

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

**ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ
ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Специальность 31.08.53 Эндокринология
код, наименование

Кафедра: эндокринологии и внутренних болезней

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Лабораторно-инструментальные методы диагностики эндокринных заболеваний» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Лабораторно-инструментальные методы диагностики эндокринных заболеваний». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Лабораторно-инструментальные методы диагностики эндокринных заболеваний» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Текущий контроль	Раздел 1. Лабораторные методы диагностики эндокринных заболеваний	Тестовые задания
		Раздел 2. Инструментальные методы диагностики эндокринных заболеваний	
УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Промежуточная аттестация	Раздел 1. Лабораторные методы диагностики эндокринных заболеваний	Тестовые задания Перечень вопросов для собеседования
		Раздел 2. Инструментальные методы диагностики эндокринных заболеваний	

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестовых заданий

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7

Примеры тестовых заданий

1. Необходимым методом исследования для диагностики гипопитуитаризма является
 - 1) рентгенологическое исследование головного мозга
 - 2) МРТ головного мозга
 - 3) УЗИ внутренних органов
 - 4) ЭКГ
2. Для гипопитуитаризма типичны следующие гормональные изменения
 - 1) снижение уровня периферических гормонов
 - 2) снижение уровня гормона роста
 - 3) сочетанное снижение гормонов периферических эндокринных желез со снижением тропных гормонов и гормона роста
 - 4) низкий уровень тропных гормонов гипофиза
3. Оптимальная частота определения уровня тиреотропного гормона у пациентов с компенсированным гипотиреозом на фоне заместительной терапии
 - 1) 1 раз в 1 месяц
 - 2) 1 раз в 2-3 месяца
 - 3) 1 раз в полгода
 - 4) 1 раз в год
4. Для оценки компенсации вторичного гипотиреоза используется
 - 1) уровень свободного тироксина
 - 2) уровень тиреотропного гормона
 - 3) клинические признаки эутиреоза
 - 4) достижение адекватной дозы L-тироксина – 1,6 мкг/кг массы тела в сутки
5. Для дифференциальной диагностики тиреотоксической фазы деструктивного тиреоидита и болезни Грейвса используется
 - 1) определение уровня тиреотропного гормона
 - 2) УЗИ щитовидной железы
 - 3) определение уровня свободного тироксина
 - 4) сцинтиграфия щитовидной железы
6. Достоверным методом диагностики токсической аденомы щитовидной железы является
 - 1) определение гормонального статуса
 - 2) УЗИ щитовидной железы
 - 3) сцинтиграфия щитовидной железы
 - 4) пункционная биопсия щитовидной железы
7. Методом первичной диагностики рака щитовидной железы является
 - 1) сцинтиграфия щитовидной железы
 - 2) пункционная биопсия щитовидной железы
 - 3) гистологическое исследование щитовидной железы
 - 4) определение уровня тиреоидных гормонов в сыворотке крови
8. Для первичного гипотиреоза характерно изменение уровня гормонов со стороны репродуктивной системы
 - 1) повышение уровня пролактина
 - 2) повышение уровня общего тестостерона и снижение уровня свободного тестостерона
 - 3) повышение уровня эстрадиола
 - 4) повышение уровня сексстероидсвязывающего глобулина

9. Исследование гормонального профиля при кортикостероме характеризуется
 - 1) повышением уровня адренкортикотропного гормона
 - 2) снижением уровня адренкортикотропного гормона
 - 3) повышением уровня кортизола в сыворотке крови
 - 4) повышением суточной экскреции кортизола с мочой
10. Для дифференциальной диагностики кортикостеромы и эктопированного акггзависимого синдрома кушинга наибольшее значение имеет
 - 1) клиническая симптоматика
 - 2) определение уровня кортизола
 - 3) определение уровня АКТГ
 - 4) проба с дексаметазоном
11. При первичном альдостеронизме секреция альдостерона
 - 1) значительно увеличена
 - 2) незначительно увеличена
 - 3) умеренно снижена
 - 4) значительно снижена
 - 5) не изменена
12. При первичном альдостеронизме секреция ренина
 - 1) значительно уменьшена
 - 2) незначительно уменьшена
 - 3) не изменена
 - 4) незначительно увеличена
 - 5) значительно увеличена
13. Для первичного альдостеронизма характерно
 - 1) гипокалиемия
 - 2) гиперкалиемия
 - 3) гипернатриемия
 - 4) гипохлоремический алкалоз
 - 5) гиперкалиурия
14. Какие изменения экг характерны для развития гипокалиемии на фоне первичного альдостеронизма
 - 1) появление зубца U
 - 2) удлинение интервала P-Q
 - 3) появление уплощенного или отрицательного зубца T
 - 4) снижение S-T ниже изолинии
 - 5) отсутствие изменений S-T
15. Наиболее информативным методом рентгенологической диагностики первичного альдостеронизма является
 - 1) пневмосупраренография
 - 2) ангиография надпочечников
 - 3) селективная венография надпочечников с определением альдостерона в крови из надпочечниковой вены
 - 4) УЗИ надпочечников
 - 5) МРТ надпочечников
16. Изменения функциональных проб, характерные для андростеромы заключаются в
 - 1) значительном (на 50% и более) уменьшении экскреции 17- кетостероидов с мочой при приеме дексаметазона

- 2) отсутствии уменьшения экскреции 17-кетостероидов с мочой при приеме дексаметазона
 - 3) умеренном (менее 50%) уменьшении экскреции 17-кетостероидов с мочой при приеме дексаметазона
 - 4) увеличении экскреции 17-кетостероидов с мочой при пробе с хорионическим гонадотропином
 - 5) снижении экскреции 17-кетостероидов с мочой при пробе с прогестероном
17. Диагностическими критериями характерными для андростеромы являются
- 1) выявление односторонней опухоли надпочечника при сонографии
 - 2) выявление односторонней опухоли надпочечника при сцинтиграфии
 - 3) выявление односторонней опухоли надпочечника на рентгенограмме
 - 4) выявление двусторонней гиперплазии надпочечников при рентгено- и сцинтиграфии
 - 5) преждевременное закрытие зон роста на рентгенограмме кистей у девочек
18. При врожденной дисфункции коры надпочечников выявляют
- 1) гиперплазию обоих надпочечников
 - 2) постепенное медленное развитие вирилизации
 - 3) нормальное содержание АКТГ в плазме крови
 - 4) увеличение содержания 17-ОН-прогестерона в крови
 - 5) увеличение экскреции 17-кетостероидов с мочой
19. К изменениям гормонального статуса, характерным для андростеромы относятся
- 1) повышение уровня АКТГ и изменение его суточного ритма
 - 2) многократное повышение уровня тестостерона и дегидроэпиандростерона
 - 3) снижение уровня эстрадиола и других эстрогенов
 - 4) повышение уровня гонадотропинов
20. При проведении большой дексаметазоновой пробы секреция тестостерона и дегидроэпиандростерона
- 1) повышается
 - 2) снижается
 - 3) не изменяется
21. Клинические проявления при наличии кортикоандростеромы обусловлены избыточной продукцией
- 1) глюкокортикоидов и эстрогенов
 - 2) глюкокортикоидов и андрогенов
 - 3) глюкокортикоидов и альдостерона
 - 4) глюкокортикоидов и катехоламинов
 - 5) андрогенов и катехоламинов
22. Диагноз сахарный диабет может быть установлен при уровне глюкозы в капиллярной крови через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы:
- 1) $\geq 7,8$ ммоль/л
 - 2) $\geq 9,1$ ммоль/л
 - 3) ≥ 10 ммоль/л
 - 4) $\geq 11,1$ ммоль/л
 - 5) ≥ 14 ммоль/л
23. Диагноз сахарный диабет может быть установлен при уровне глюкозы в капиллярной крови натощак:
- 1) $\geq 6,1$ ммоль/л
 - 2) $\geq 7,0$ ммоль/л

- 3) $\geq 7,8$ ммоль/л
4) ≥ 10 ммоль/л
5) $\geq 11,1$ ммоль/л
24. Наибольшей информативностью на наличие аутоиммунного процесса в щитовидной железе является определение:
- А. антител к тиреоглобулину;
 - Б. антител к тиреопероксидазе;
 - В. антител к клеткам щитовидной железы;
 - Д. иммуноглобулинов;
 - Г. антител ко второму коллоидному антигену.
25. При проведении пробы с тиролиберинем для диффузного токсического зоба характерно:
- 1. нормальный ответ секреции ТТГ на введение тиролиберина;
 - 2. отсутствие повышения уровня ТТГ;
 - 3. повышение уровня ТТГ на 50% и >;
 - 4. снижение уровня ТТГ на 50% и >;
 - 5. снижение уровня ТТГ на 30%,
26. При вторичном гипотиреозе имеет место:
- 1. уменьшение секреции ТТГ;
 - 2. увеличение секреции ТТГ;
 - 3. увеличение секреции тиролиберина;
 - 4. снижение секреции тиролиберина;
 - 5. снижение синтеза тиреоидных гормонов из-за недостатка йода в организме.
27. При пробе с инсулином, проведенной в активной стадии акромегалии, через 30 мин. отмечается:
- 1. умеренное повышение уровня СТГ;
 - 2. чрезмерное повышение уровня СТГ;
 - 3. умеренное снижение уровня СТГ;
 - 4. значительное снижение уровня СТГ;
 - 5. отсутствие изменений уровня СТГ.
28. Для эндемического зоба наиболее характерен уровень ТТГ:
- 1. нормальный;
 - 2. нормальный или повышенный;
 - 3. повышенный;
 - 4. нормальный или сниженный;
 - 5. сниженный.
29. Для аутоиммунного тиреоидита наиболее характерно:
- 1. ТТГ повышен, Т4 снижен;
 - 2. ТТГ снижен, Т4 повышен;
 - 3. ТТГ повышен, Т4 повышен;
 - 4. ТТГ и Т4 в норме;
 - 5. ТТГ и Т4 снижены.
30. Определение гликозилированного гемоглобина при сахарном диабете позволяет врачу провести:
- 1. оценку среднего уровня гликемии за 1-3 недели;
 - 2. оценку эффективности проводимой в течение 2-3 месяцев сахароснижающей терапии;
 - 3. выявление гестационного диабета;
 - 4. ничего из перечисленного;
 - 5. оценку уровня глюкозы в крови лишь за короткий период времени (не более 2-3 дней).

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень вопросов к зачету и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1. Тестовые вопросы к зачету по дисциплине «Лабораторно-инструментальные методы диагностики эндокринных заболеваний»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
<p>1. Необходимым методом исследования для диагностики гипопитуитаризма является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рентгенологическое исследование головного мозга 2) МРТ головного мозга 3) УЗИ внутренних органов 4) ЭКГ <p>2. Для гипопитуитаризма типичны следующие гормональные изменения</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) снижение уровня периферических гормонов 2) снижение уровня гормона роста 3) сочетанное снижение гормонов периферических эндокринных желез со снижением тропных гормонов и гормона роста 4) низкий уровень тропных гормонов гипофиза <p>3. Оптимальная частота определения уровня тиреотропного гормона у пациентов с компенсированным гипотиреозом на фоне заместительной терапии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1 раз в 1 месяц 2) 1 раз в 2-3 месяца 3) 1 раз в полгода 4) 1 раз в год <p>4. Для оценки компенсации вторичного гипотиреоза используется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уровень свободного тироксина 2) уровень тиреотропного гормона 3) клинические признаки эутиреоза 4) достижение адекватной дозы L-тироксина – 1,6 мкг/кг массы тела в сутки <p>5. Для дифференциальной диагностики тиреотоксической фазы деструктивного тиреоидита и болезни Грейвса используется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) определение уровня тиреотропного гормона 2) УЗИ щитовидной железы 3) определение уровня свободного тироксина 4) сцинтиграфия щитовидной железы <p>6. Достоверным методом диагностики токсической аденомы щитовидной железы является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) определение гормонального статуса 2) УЗИ щитовидной железы 3) сцинтиграфия щитовидной железы 4) пункционная биопсия щитовидной железы 	<p>УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7</p>

- | | |
|---|--|
| <p>7. Методом первичной диагностики рака щитовидной железы является</p> <ol style="list-style-type: none">1) сцинтиграфия щитовидной железы2) пункционная биопсия щитовидной железы3) гистологическое исследование щитовидной железы4) определение уровня тиреоидных гормонов в сыворотке крови <p>8. Для первичного гипотиреоза характерно изменение уровня гормонов со стороны репродуктивной системы</p> <ol style="list-style-type: none">1) повышение уровня пролактина2) повышение уровня общего тестостерона и снижение уровня свободного тестостерона3) повышение уровня эстрадиола4) повышение уровня сексстероидсвязывающего глобулина <p>9. Исследование гормонального профиля при кортикостероме характеризуется</p> <ol style="list-style-type: none">1) повышением уровня адренокортикотропного гормона2) снижением уровня адренокортикотропного гормона3) повышением уровня кортизола в сыворотке крови4) повышением суточной экскреции кортизола с мочой <p>10. Для дифференциальной диагностики кортикостеромы и эктопированного актгзависимого синдрома кушинга наибольшее значение имеет</p> <ol style="list-style-type: none">1) клиническая симптоматика2) определение уровня кортизола3) определение уровня АКТГ4) проба с дексаметазоном <p>11. При первичном альдостеронизме секреция альдостерона</p> <ol style="list-style-type: none">1) значительно увеличена2) незначительно увеличена3) умеренно снижена4) значительно снижена5) не изменена <p>12. При первичном альдостеронизме секреция ренина</p> <ol style="list-style-type: none">1) значительно уменьшена2) незначительно уменьшена3) не изменена4) незначительно увеличена5) значительно увеличена <p>13. Для первичного альдостеронизма характерно</p> <ol style="list-style-type: none">1) гипокалиемия2) гиперкалиемия3) гипернатриемия4) гипохлоремический алкалоз5) гиперкалиурия <p>14. Какие изменения экг характерны для развития гипокалиемии на фоне первичного альдостеронизма</p> <ol style="list-style-type: none">1) появление зубца U2) удлинение интервала P-Q3) появление уплощенного или отрицательного зубца T | |
|---|--|

<p>4) снижение S-T ниже изолинии 5) отсутствие изменений S-T</p> <p>15. Наиболее информативным методом рентгенологической диагностики первичного альдостеронизма является</p> <p>1) пневмосупраренография 2) ангиография надпочечников 3) селективная венография надпочечников с определением альдостерона в крови из надпочечниковой вены 4) УЗИ надпочечников 5) МРТ надпочечников</p> <p>16. Изменения функциональных проб, характерные для андростеромы заключаются в</p> <p>1) значительном (на 50% и более) уменьшении экскреции 17-кетостероидов с мочой при приеме дексаметазона 2) отсутствии уменьшения экскреции 17-кетостероидов с мочой при приеме дексаметазона 3) умеренном (менее 50%) уменьшении экскреции 17-кетостероидов с мочой при приеме дексаметазона 4) увеличении экскреции 17-кетостероидов с мочой при пробе с хорионическим гонадотропином 5) снижении экскреции 17-кетостероидов с мочой при пробе с прогестероном</p> <p>17. Диагностическими критериями характерными для андростеромы являются</p> <p>1) выявление односторонней опухоли надпочечника при сонографии 2) выявление односторонней опухоли надпочечника при сцинтиграфии 3) выявление односторонней опухоли надпочечника на рентгенограмме 4) выявление двусторонней гиперплазии надпочечников при рентгено- и сцинтиграфии 5) преждевременное закрытие зон роста на рентгенограмме кистей у девочек</p> <p>18. При врожденной дисфункции коры надпочечников выявляют</p> <p>1) гиперплазию обоих надпочечников 2) постепенное медленное развитие вирилизации 3) нормальное содержание АКТГ в плазме крови 4) увеличение содержания 17-ОН-прогестерона в крови 5) увеличение экскреции 17-кетостероидов с мочой</p> <p>19. К изменениям гормонального статуса, характерным для андростеромы относятся</p> <p>1) повышение уровня АКТГ и изменение его суточного ритма 2) многократное повышение уровня тестостерона и дегидроэпиандростерона 3) снижение уровня эстрадиола и других эстрогенов 4) повышение уровня гонадотропинов</p> <p>20. При проведении большой дексаметазоновой пробы секреция</p>	
--	--

- тестостерона и дегидроэпиандростерона
- 1) повышается
 - 2) снижается
 - 3) не изменяется
21. Клинические проявления при наличии кортикоандростеромы обусловлены избыточной продукцией
- 1) глюкокортикоидов и эстрогенов
 - 2) глюкокортикоидов и андрогенов
 - 3) глюкокортикоидов и альдостерона
 - 4) глюкокортикоидов и катехоламинов
 - 5) андрогенов и катехоламинов
22. Диагноз сахарный диабет может быть установлен при уровне глюкозы в капиллярной крови через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы:
- 1) $\geq 7,8$ ммоль/л
 - 2) $\geq 9,1$ ммоль/л
 - 3) ≥ 10 ммоль/л
 - 4) $\geq 11,1$ ммоль/л
 - 5) ≥ 14 ммоль/л
23. Диагноз сахарный диабет может быть установлен при уровне глюкозы в капиллярной крови натощак:
- 1) $\geq 6,1$ ммоль/л
 - 2) $\geq 7,0$ ммоль/л
 - 3) $\geq 7,8$ ммоль/л
 - 4) ≥ 10 ммоль/л
 - 5) $\geq 11,1$ ммоль/л
24. Наибольшей информативностью на наличие аутоиммунного процесса в щитовидной железе является определение:
- А. антител к тиреоглобулину;
 - Б. антител к тиреопероксидазе;
 - В. антител клетка щитовидной железы;
 - Д. иммуноглобулинов;
 - Г. антител ко второму коллоидному антигену.
25. При проведении пробы с тиролиберином для диффузного токсического зоба характерно:
1. нормальный ответ секреции ТТГ на введение тиролиберина;
 2. отсутствие повышения уровня ТТГ;
 3. повышение уровня ТТГ на 50% и >;
 4. снижение уровня ТТГ на 50% и >;
 5. снижение уровня ТТГ на 30%,
26. При вторичном гипотиреозе имеет место:
1. уменьшение секреции ТТГ;
 2. увеличение секреции ТТГ;
 3. увеличение секреции тиролиберина;
 4. снижение секреции тиролиберина;
 5. снижение синтеза тиреоидных гормонов из-за недостатка йода в организме.
27. При пробе с инсулином, проведенной в активной стадии акромегалии, через 30 мин. отмечается:
1. умеренное повышение уровня СТГ;

2. чрезмерное повышение уровня СТГ;
 3. умеренное снижение уровня СТГ;
 4. значительное снижение уровня СТГ;
 5. отсутствие изменений уровня СТГ.
28. Для эндемического зоба наиболее характерен уровень ТТГ:
1. нормальный;
 2. нормальный или повышенный;
 3. повышенный;
 4. нормальный или сниженный;
 5. сниженный.
29. Для аутоиммунного тиреоидита наиболее характерно:
1. ТТГ повышен, Т4 снижен;
 2. ТТГ снижен, Т4 повышен;
 3. ТТГ повышен, Т4 повышен;
 4. ТТГ и Т4 в норме;
 5. ТТГ и Т4 снижены.
30. Определение гликозилированного гемоглобина при сахарном диабете позволяет врачу провести:
1. оценку среднего уровня гликемии за 1-3 недели;
 2. оценку эффективности проводимой в течение 2-3 месяцев сахароснижающей терапии;
 3. выявление гестационного диабета;
 4. ничего из перечисленного;
 5. оценку уровня глюкозы в крови лишь за короткий период времени (не более 2-3 дней).
31. Беременным женщинам, не имеющим в анамнезе факторы риска по гестационному диабету, скрининговый тест проводится:
1. на 1-6 неделе гестации
 2. на 7-13 неделе гестации;
 3. на 14-23 неделе гестации;
 4. на 24-28 неделе гестации;
 5. на 29-35 неделе гестации
32. При третичном гипотиреозе выявляют:
1. повышение базального уровня тиролиберина;
 2. снижение базального уровня тиролиберина;
 3. повышение базального уровня ТТГ;
 4. снижение базального уровня ТТГ;
 5. повышение уровня антител к тиреоидной пероксидазе.
33. Для диагностики вторичной надпочечниковой недостаточности применяют тесты:
1. С дексаметазоном
 2. Тест с 1-24АКТГ (синактеном)
 3. С клофелином
 4. С кломифеном
 5. С тропафеном
34. Большая дексаметазоновая проба используется для диагностики:
1. Феохромоцитомы
 2. Центрального гиперкортицизма
 3. Болезнь Аддисона
 4. Дифференциальная диагностика гиперкортицизма и эукортицизма
 5. Гиперальдостеронизм

- | | |
|---|--|
| <p>35. Для подтверждения эндогенного гиперкортицизма используется:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Классический тест Лиддла2. Кортизол в моче за сутки3. Кортизол слюны4. Тест с 1 мг дексаметазона5. Всё вышеперечисленное <p>36. Короткий синактеновый (1-24АКТГ) тест используется для диагностики:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Феохромоцитомы2. Дифференциальной диагностика болезни и синдрома Иценко-Кушинга3. Болезни Аддисона4. Дифференциальной диагностики гиперкортицизма и эукортицизма5. Гиперальдостеронизма <p>37. Холодный узел в щитовидной железе – это:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Узел, который в повышенном количестве поглощает радиоактивный изотоп I1312. Узел, который поглощает I131 после стимуляции тиреотропным гормоном3. Узел, который поглощает I131 так же, как и окружающая ткань4. Эктопированная ткань щитовидной железы5. Узел, который не поглощает I131 <p>38. Какое утверждение правильное относительно ортостатической (маршевой) пробы:</p> <ol style="list-style-type: none">1. При альдостероме отмечается снижение уровня альдостерона после нагрузки2. При идиопатическом гиперальдостеронизме уровень альдостерона после нагрузки увеличивается3. В норме и при эссенциальной гипертензии (гипертонической болезни) уровень альдостерона после нагрузки увеличивается4. Проба всегда позволяет дифференцировать эссенциальную гипертензию (гипертоническую болезнь) от гиперальдостеронизма5. При гиперкалиемии проведение пробы не показано <p>39. Диабетическая ретинопатия 1 стадии (фоновая) характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none">1. извитостью сосудов2. Помутнением стекловидного тела3. невусами сетчатки4. неоваскуляризацией5. отслойкой сетчатки <p>40. Какой уровень Т-критерия свидетельствует о наличии остеопороза:</p> <ol style="list-style-type: none">1) от+2,0 до -1,0 стандартных отклонений2) -1,0 до -2,5 стандартных отклонений3) -1,0 до 1,5 стандартных отклонений4) -1,5 до -2,0 стандартных отклонений5) -2,5 и ниже стандартных отклонений <p>41. Какое инструментальное исследование является основным в диагностике остеопороза:</p> <ol style="list-style-type: none">1) УЗИ суставов2) МРТ позвоночника3) денситометрия костной ткани методом двухэнергетической абсорбциометрии (+) | |
|---|--|

<p>4) рентгенография тазобедренных суставов 5) КТ позвоночника</p> <p>42. Какой уровень Т-критерия свидетельствует о наличии остеопении: 1) от+2,0 до -1,0 стандартных отклонений 2) -1,0 до -2,5 стандартных отклонений 3) -1,0 до 1,5 стандартных отклонений 4) -1,5 до -2,0 стандартных отклонений 5) -2,5 и ниже стандартных отклонений</p> <p>43. Какой уровень Т-критерия свидетельствует о наличии остеопороза у пациентов, принимающих кортикостероиды: 1) от+2,0 до -1,0 стандартных отклонений 2) -1,0 до -2,5 стандартных отклонений 3) -1,0 до 1,5 стандартных отклонений 4) $\leq 1,5$ стандартных отклонений 5) -2,5 и ниже стандартных отклонений</p>	
---	--

5.1.2 Вопросы к зачету по дисциплине «Лабораторно-инструментальные методы диагностики эндокринных заболеваний»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Лабораторно-инструментальные методы диагностики гипотиреоза и его причин	УК-1, УК-3,
2. Лабораторно-инструментальные методы диагностики тиреотоксикоза и его причин	ПК-1, ПК-2,
3. Лабораторно-инструментальные методы диагностики болезни Грейвса и его причин	ПК-3, ПК-4,
4. Лабораторно-инструментальные методы диагностики узлового зоба и его причин	ПК-5, ПК-6,
5. Тонкоигольная пункционная биопсия, показания, интерпретация результатов	ПК-7
6. Сцинтиграфия щитовидной железы, показания, противопоказания	
7. Лабораторная диагностика сахарного диабета	
8. Лабораторно-инструментальные методы диагностики диабетической полинейропатии	
9. Лабораторно-инструментальные методы диагностики диабетической нефропатии	
10. Лабораторно-инструментальные методы диагностики феохромоцитомы	
11. Денситометрия в практике врача эндокринолога	
12. Лабораторно-инструментальные методы диагностики гиперпролактинемии	
13. Лабораторно-инструментальные методы, функциональные пробы в диагностике акромегалии	
14. Лабораторно-инструментальные методы, функциональные пробы в диагностике несахарного диабета	
15. Лабораторно-инструментальные методы, функциональные пробы в диагностике болезни Иценко-Кушинга	
16. Лабораторно-инструментальные методы, функциональные пробы в диагностике первичного гиперальдостеронизма	
17. Лабораторно-инструментальные методы, функциональные	

пробы в диагностике кортикостеромы 18. Лабораторное-инструментальные методы, функциональные пробы в диагностике надпочечниковой недостаточности 19. Лабораторное-инструментальные методы диагностики инциденталомы надпочечника 20. Лабораторное-инструментальные методы диагностики инциденталомы гипофиза	
--	--

6. Критерии и оценивания знаний обучающихся

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Петров А.В., к.м.н., доцент, доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней

Дата « ____ » _____ 2023г.