

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ЭНДОКРИННЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

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 «Эндокринология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Сердечно-сосудистая патология при эндокринных заболеваниях». 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 «Помповая терапия и мониторинг глюкозы» 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. Кардиоваскулярный риск	Тестовые задания
		Раздел 2. Сердечно-сосудистая патология при эндокринных заболеваниях	
УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Промежуточная аттестация	Раздел 1. Кардиоваскулярный риск	Тестовые задания Перечень вопросов для собеседования
		Раздел 2. Сердечно-сосудистая патология при эндокринных заболеваниях	

### 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

**Правильный ответ для всех вопросов – первый**

1. Факторы риска изучают в следующих типах исследований
  - a. Проспективные популяционные наблюдательные (когортные) исследования
  - b. Рандомизированные клинические исследования
  - c. Экспериментальные исследования
  - d. Ретроспективные исследования
2. К немодифицируемым кардиоваскулярным факторам риска относятся:
  - a. Пол, возраст, семейный анамнез
  - b. Уровень гликемии
  - c. Уровень ЛПНП
  - d. Курение
3. К модифицируемым кардиоваскулярным факторам риска относятся:
  - a. Уровень ЛПНП
  - b. Семейный анамнез
  - c. Пол
  - d. Возраст
4. Рискометр SCORE подходит для определения индивидуального риска у следующих пациентов:
  - a. Мужчины и женщины в возрасте 40-65 лет, не имеющие кардиоваскулярной патологии, сахарного диабета и хронической болезни почек
  - b. Для всех людей
  - c. Мужчины и женщины в возрасте 40-65 лет
  - d. Только для мужчин вне зависимости от возраста
5. Сколько уровней кардиоваскулярного риска принято выделять?
  - a. 5
  - b. 3
  - c. 2
  - d. 4
6. Каковой целевой уровень ХС-ЛПНП у больных очень высокого риска?
  - a. < 1.4 ммоль/л
  - b. < 1.0 ммоль/л
  - c. < 1.8 ммоль/л
  - d. < 2.6 ммоль/л
7. Каковой целевой уровень ХС-ЛПНП у больных с подтвержденным АССЗ, перенесших повторное сосудистое событие в течение последних двух лет, несмотря на применение статинов в максимально-переносимой дозе?
  - a. < 1.0 ммоль/л
  - b. < 1.4 ммоль/л
  - c. < 1.8 ммоль/л
  - d. < 2.6 ммоль/л
8. Каковой целевой уровень ХС-ЛПНП у больных среднего риска?
  - a. < 2.6 ммоль/л
  - b. < 1.4 ммоль/л
  - c. < 1.8 ммоль/л
  - d. < 3.0 ммоль/л
9. Каковой целевой уровень ХС-ЛПНП у больных низкого риска?
  - a. < 3.0 ммоль/л

- b. < 1.4 ммоль/л
  - c. < 1.8 ммоль/л
  - d. < 2.6 ммоль/л
10. Наличие сахарного диабета при отсутствии поражения органов мишеней и значительного повышения одного из факторов риска повышает уровень риска как минимум до
- a. высокого
  - b. среднего
  - c. очень высокого
  - d. не оказывает влияние на уровень риска
11. Наличие сахарного диабета при наличии поражения органов мишеней или значительного повышения одного из факторов риска повышает уровень риска как минимум до
- a. очень высокого
  - b. среднего
  - c. высокого
  - d. не оказывает влияние на уровень риска
12. Относительный риск развития кардиоваскулярных заболеваний при наличии сахарного диабета составляет в среднем
- a. 2.0
  - b. 10.0
  - c. 0.5
  - d. 1.0
13. Ингибиторы гидроксиметилглутарил-коа-редуктазы снижают уровень:
- a. ХС-ЛПНП
  - b. хиломикронов
  - c. ХС-ЛПВП
  - d. выработки витамин-К-зависимых факторов свертывания крови
14. Механизм действия ингибиторов гидроксиметилглутарил-коа-редуктазы заключается:
- a. в нарушении синтеза холестерина в печени
  - b. в нарушении всасывания липидов в кишечнике
  - c. в блокировании фермента, регулирующего концентрацию рецептора к ЛПНП на поверхности гепатоцита
  - d. в ингибировании трансляции гена белка PCSK9
15. При применении ингибиторов гидроксиметилглутарил-коа-редуктазы могут наблюдаться:
- a. гепатотоксический эффект и миалгии
  - b. нефротоксический эффект
  - c. кровотечения
  - d. снижение гемоглобина
16. Диагноз рабдомиолиза выставляют при:
- a. более чем 10-кратном превышении референсного уровня общей КФК
  - b. более чем 2-кратном превышении референсного уровня общей КФК
  - c. развитии острого повреждения почек на фоне применения статинов
  - d. наличии миалгии
17. Высокими дозами аторвастатина считают
- a. 40 и 80 мг

- b. 20 мг
  - c. 10 мг
  - d. 100 мг
18. От удвоения дозы статинов можно ожидать снижение ХС-ЛПНП приблизительно на
- a. 6 %
  - b. 50 %
  - c. 25 %
  - d. 100 %
19. Механизм действия эзетимиба заключается в
- a. ингибировании белка, подобного белку Ниманна-Пика С1 типа 1
  - b. ингибировании гидроксиметилглутарил-коа-редуктазы
  - c. ингибировании пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексин типа 9
  - d. ингибировании трансляции гена белка PCSK9
20. Применение статинов сопровождается следующим влиянием на риск развития сахарного диабета 2 типа
- a. незначительно увеличивает риск развития сахарного диабета 2 типа (относительный риск 1.09)
  - b. значительно увеличивает риск развития сахарного диабета 2 типа (относительный риск 2.00)
  - c. снижает риск развития сахарного диабета 2 типа (относительный риск 0.75)
  - d. не влияет на риск развития сахарного диабета 2 типа
21. Показанием для назначения ингибиторов пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексин типа 9 являются:
- a. Первичная гиперхолестеринемия и смешанная гиперхолестеринемия при невозможности достижения у пациентов целевой концентрации ХС-ЛПНП на фоне приема максимально допустимой дозы статинов или при невозможности использования статинов (непереносимость статинов или наличие противопоказаний к их применению)
  - b. Только при семейной гиперхолестеринемии
  - c. Только при невозможности использования статинов (непереносимость статинов или наличие противопоказаний к их применению)
  - d. Экстремально высокий уровень кардиоваскулярного риска
22. Статины применяются следующим образом
- a. внутрь ежедневно
  - b. внутрь курсами (при достижении целевого уровня ХС-ЛПНП лечение прерывается)
  - c. инъекции 1-2 раза в месяц
  - d. инъекции 1 раз в 3-6 месяцев
23. Алирокумаб применяют следующим образом
- a. инъекции 1 раз в месяц
  - b. внутрь ежедневно
  - c. внутрь курсами (при достижении целевого уровня ХС-ЛПНП лечение прерывается)
  - d. инъекции 1 раз в 3-6 месяцев
24. Инклисиран применяют следующим образом
- a. инъекции 1 раз в 3-6 месяцев
  - b. инъекции 1-2 раза в месяц
  - c. внутрь ежедневно

- d. внутрь курсами (при достижении целевого уровня ХС-ЛПНП лечение прерывается)
25. Эзетимиб применяют следующим образом
- a. внутрь ежедневно
  - b. инъекции 1 раз в 3-6 месяцев
  - c. инъекции 1-2 раза в месяц
  - d. внутрь курсами (при достижении целевого уровня ХС-ЛПНП лечение прерывается)
26. Механизм действия фенофибрата заключается
- a. в блокировании ядерных рецепторов PPAR- $\alpha$
  - b. ингибировании белка, подобного белку Ниманна-Пика С1 типа 1
  - c. ингибировании гидроксиметилглутарил-коа-редуктазы
  - d. ингибировании пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексин типа 9
27. Фенофибрат снижает уровень
- a. триглицеридов
  - b. ХС-ЛПНП
  - c. ХС-ЛПВП
  - d. глюкозы крови
28. Целевым уровнем офисного систолического артериального давления у больных сахарным диабетом считают
- a. 120-130 мм рт ст
  - b. < 140 мм рт ст
  - c. < 120 мм рт ст
  - d. < 160 мм рт ст
29. Согласно клиническим рекомендациям стартовое медикаментозное лечение в виде монотерапии возможно в следующих случаях:
- a. при артериальной гипертензии 1 степени в случае отсутствия факторов риска, а также у больных старше 80 лет
  - b. всем пациентам целесообразно лечение гипертензии начинать с монотерапии
  - c. больным, перенесшим инсульт
  - d. больным сахарным диабетом 2 типа
30. Оптимальными комбинациями для стартовой терапии артериальной гипертензии считаются:
- a. ингибитор ангиотензинпревращающего фермента или блокатор рецепторов к ангиотензину + блокатор кальциевых каналов или тиазидный диуретик
  - b. бета-блокатор + тиазидный диуретик
  - c. бета-блокатор + блокатор рецепторов к ангиотензину
  - d. ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + блокатор рецепторов к ангиотензину
31. При резистентной артериальной гипертензии можно рассмотреть добавление к лечению
- a. ингибиторов минералокортикоидных рецепторов
  - b. магнезии
  - c. нитратов
  - d. петлевых диуретиков
32. Бета-блокаторы для лечения артериальной гипертензии можно рассматривать
- a. в случаях наличия дополнительных показаний - стенокардия, перенесенный в анамнезе инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий, хроническая

- сердечная недостаточность, а также у молодых женщин, планирующих беременность
- b. у пациентов с большим избыточным весом
  - c. всем больным при отсутствии бронхиальной астмы
  - d. только при наличии тиреотоксикоза
33. Какие группы сахароснижающих препаратов продемонстрировали положительные кардиоваскулярные эффекты в рандомизированных клинических исследованиях?
- a. ингибиторы НГЛТ2 и агонисты рецепторов ГПП1
  - b. метформин
  - c. ингибиторы ДПП4
  - d. инсулины
34. Какие сахароснижающие препараты противопоказаны при наличии хронической сердечной недостаточности?
- a. тиазолидиндионы
  - b. метформин
  - c. ингибиторы НГЛТ-2
  - d. инсулин
35. Какие эффекты сульфонилмочевины могут быть потенциально опасными для больных высокого кардиоваскулярного риска?
- a. все перечисленное
  - b. повышение веса
  - c. риск гипогликемии
  - d. электрическая нестабильность кардиомиоцита за счет блокады К-АТФ каналов
36. По данным мета-анализов исследований применение метформина у больных высокого кардиоваскулярного риска характеризуется:
- a. нейтральным эффектом на прогноз
  - b. негативным влиянием на прогноз из-за риска развития лактат-ацидоза у больных с гипоксией
  - c. негативным влиянием на прогноз из-за риска развития тяжелой гипогликемии
  - d. положительным влиянием на прогноз по сравнению с ингибиторами НГЛТ2
37. К эндокринным заболеваниям, которые могут вызвать артериальную гипертензию относятся
- a. все перечисленное
  - b. первичный альдостеронизм
  - c. феохромоцитома
  - d. синдром Кушинга
38. Наиболее распространенной причиной эндокринной артериальной гипертензии является
- a. первичный альдостеронизм
  - b. феохромоцитома
  - c. синдром Кушинга
  - d. сахарный диабет
39. Мышечная слабость, семейный анамнез ранней артериальной гипертензии и сосудистых осложнений, наличие нарушений сердечного ритма и гипокалемия характерны для
- a. первичного альдостеронизма

- b. феохромоцитомы
  - c. синдрома Кушинга
  - d. первичного гипотиреоза
40. Кризовое течение артериальной гипертензии, головная боль, потливость, сердцебиение, покраснение лица, нейрофиброматоз характерны для
- a. феохромоцитомы
  - b. первичного альдостеронизма
  - c. синдрома Кушинга
  - d. первичного гиперпаратиреоза

### 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: тестовые задания и вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1. Тестовые вопросы к зачету по дисциплине «Сердечно-сосудистая патология при эндокринных заболеваниях»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
<p>1. Факторы риска изучают в следующих типах исследований</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Проспективные популяционные наблюдательные (когортные) исследования</li> <li>b. Рандомизированные клинические исследования</li> <li>c. Экспериментальные исследования</li> <li>d. Ретроспективные исследования</li> </ul> <p>2. К немодифицируемым кардиоваскулярным факторам риска относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Пол, возраст, семейный анамнез</li> <li>b. Уровень гликемии</li> <li>c. Уровень ЛПНП</li> <li>d. Курение</li> </ul> <p>3. К модифицируемым кардиоваскулярным факторам риска относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Уровень ЛПНП</li> <li>b. Семейный анамнез</li> <li>c. Пол</li> <li>d. Возраст</li> </ul> <p>4. Рискометр SCORE подходит для определения индивидуального риска у следующих пациентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Мужчины и женщины в возрасте 40-65 лет, не имеющие кардиоваскулярной патологии, сахарного диабета и хронической болезни почек</li> <li>b. Для всех людей</li> <li>c. Мужчины и женщины в возрасте 40-65 лет</li> <li>d. Только для мужчин вне зависимости от возраста</li> </ul> <p>5. Сколько уровне кардиоваскулярного риска принято выделять?</p>	<p>УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7</p>

- a. 5
  - b. 3
  - c. 2
  - d. 4
6. Каковой целевой уровень ХС-ЛПНП у больных очень высокого риска?
- a. < 1.4 ммоль/л
  - b. < 1.0 ммоль/л
  - c. < 1.8 ммоль/л
  - d. < 2.6 ммоль/л
7. Каковой целевой уровень ХС-ЛПНП у больных с подтвержденным АССЗ, перенесших повторное сосудистое событие в течение последних двух лет, несмотря на применение статинов в максимально-переносимой дозе?
- a. < 1.0 ммоль/л
  - b. < 1.4 ммоль/л
  - c. < 1.8 ммоль/л
  - d. < 2.6 ммоль/л
8. Каковой целевой уровень ХС-ЛПНП у больных среднего риска?
- a. < 2.6 ммоль/л
  - b. < 1.4 ммоль/л
  - c. < 1.8 ммоль/л
  - d. < 3.0 ммоль/л
9. Каковой целевой уровень ХС-ЛПНП у больных низкого риска?
- a. < 3.0 ммоль/л
  - b. < 1.4 ммоль/л
  - c. < 1.8 ммоль/л
  - d. < 2.6 ммоль/л
10. Наличие сахарного диабета при отсутствии поражения органов мишеней и значительного повышения одного из факторов риска повышает уровень риска как минимум до
- a. высокого
  - b. среднего
  - c. очень высокого
  - d. не оказывает влияние на уровень риска
11. Наличие сахарного диабета при наличии поражения органов мишеней или значительного повышения одного из факторов риска повышает уровень риска как минимум до
- a. очень высокого
  - b. среднего
  - c. высокого
  - d. не оказывает влияние на уровень риска
12. Относительный риск развития кардиоваскулярных заболеваний при наличии сахарного диабета составляет в среднем
- a. 2.0
  - b. 10.0
  - c. 0.5
  - d. 1.0

13. Ингибиторы гидроксиметилглутарил-коа-редуктазы снижают уровень:
- ХС-ЛПНП
  - хиломикронов
  - ХС-ЛПВП
  - выработки витамин-К-зависимых факторов свертывания крови
14. Механизм действия ингибиторов гидроксиметилглутарил-коа-редуктазы заключается:
- в нарушении синтеза холестерина в печени
  - в нарушении всасывания липидов в кишечнике
  - в блокировании фермента, регулирующего концентрацию рецептора к ЛПНП на поверхности гепатоцита
  - в ингибировании трансляции гена белка PCSK9
15. При применении ингибиторов гидроксиметилглутарил-коа-редуктазы могут наблюдаться:
- гепатотоксический эффект и миалгии
  - нефротоксический эффект
  - кровотечения
  - снижение гемоглобина
16. Диагноз рабдомиолиза выставляют при:
- более чем 10-кратном превышении референсного уровня общей КФК
  - более чем 2-кратном превышении референсного уровня общей КФК
  - развитии острого повреждения почек на фоне применения статинов
  - наличии миалгии
17. Высокими дозами аторвастатина считают
- 40 и 80 мг
  - 20 мг
  - 10 мг
  - 100 мг
18. От удвоения дозы статинов можно ожидать снижение ХС-ЛПНП приблизительно на
- 6 %
  - 50 %
  - 25 %
  - 100 %
19. Механизм действия эзетимиба заключается в
- ингибировании белка, подобного белку Ниманна-Пика С1 типа 1
  - ингибировании гидроксиметилглутарил-коа-редуктазы
  - ингибировании пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексин типа 9
  - ингибировании трансляции гена белка PCSK9
20. Применение статинов сопровождается следующим влиянием на риск развития сахарного диабета 2 типа

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>a. незначительно увеличивает риск развития сахарного диабета 2 типа (относительный риск 1.09)</li><li>b. значительно увеличивает риск развития сахарного диабета 2 типа (относительный риск 2.00)</li><li>c. снижает риск развития сахарного диабета 2 типа (относительный риск 0.75)</li><li>d. не влияет на риск развития сахарного диабета 2 типа</li></ul> <p>21. Показанием для назначения ингибиторов пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексин типа 9 являются:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Первичная гиперхолестеринемия и смешанная гиперхолестеринемия при невозможности достижения у пациентов целевой концентрации ХС-ЛПНП на фоне приема максимально допустимой дозы статинов или при невозможности использования статинов (непереносимость статинов или наличие противопоказаний к их применению)</li><li>b. Только при семейной гиперхолестеринемии</li><li>c. Только при невозможности использования статинов (непереносимость статинов или наличие противопоказаний к их применению)</li><li>d. Экстремально высокий уровень кардиоваскулярного риска</li></ul> <p>22. Статины применяются следующим образом</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. внутрь ежедневно</li><li>b. внутрь курсами (при достижении целевого уровня ХС-ЛПНП лечение прерывается)</li><li>c. инъекции 1-2 раза в месяц</li><li>d. инъекции 1 раз в 3-6 месяцев</li></ul> <p>23. Алирокумаб применяют следующим образом</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. инъекции 1 раз в месяц</li><li>b. внутрь ежедневно</li><li>c. внутрь курсами (при достижении целевого уровня ХС-ЛПНП лечение прерывается)</li><li>d. инъекции 1 раз в 3-6 месяцев</li></ul> <p>24. Инклизиран применяют следующим образом</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. инъекции 1 раз в 3-6 месяцев</li><li>b. инъекции 1-2 раза в месяц</li><li>c. внутрь ежедневно</li><li>d. внутрь курсами (при достижении целевого уровня ХС-ЛПНП лечение прерывается)</li></ul> <p>25. Эзетимиб применяют следующим образом</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. внутрь ежедневно</li><li>b. инъекции 1 раз в 3-6 месяцев</li><li>c. инъекции 1-2 раза в месяц</li><li>d. внутрь курсами (при достижении целевого уровня ХС-ЛПНП лечение прерывается)</li></ul> <p>26. Механизм действия фенофибрата заключается</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. в блокировании ядерных рецепторов PPAR-<math>\alpha</math></li></ul> |  |
|--|--|

- b. ингибировании белка, подобного белку Ниманна-Пика С1 типа 1
  - c. ингибировании гидроксиметилглутарил-коа-редуктазы
  - d. ингибировании пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексин типа 9
27. Фенофибрат снижает уровень
- a. триглицеридов
  - b. ХС-ЛПНП
  - c. ХС-ЛПВП
  - d. глюкозы крови
28. Целевым уровнем офисного систолического артериального давления у больных сахарным диабетом считают
- a. 120-130 мм рт ст
  - b. < 140 мм рт ст
  - c. < 120 мм рт ст
  - d. < 160 мм рт ст
29. Согласно клиническим рекомендациям стартовое медикаментозное лечение в виде монотерапии возможно в следующих случаях:
- a. при артериальной гипертензии 1 степени в случае отсутствия факторов риска, а также у больных старше 80 лет
  - b. всем пациентам целесообразно лечение гипертензии начинать с монотерапии
  - c. больным, перенесшим инсульт
  - d. больным сахарным диабетом 2 типа
30. Оптимальными комбинациями для стартовой терапии артериальной гипертензии считаются:
- a. ингибитор ангиотензинпревращающего фермента или блокатор рецепторов к ангиотензину + блокатор кальциевых каналов или тиазидный диуретик
  - b. бета-блокатор + тиазидный диуретик
  - c. бета-блокатор + блокатор рецепторов к ангиотензину
  - d. ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + блокатор рецепторов к ангиотензину
31. При резистентной артериальной гипертензии можно рассмотреть добавление к лечению
- a. ингибиторов минералокортикоидных рецепторов
  - b. магнезии
  - c. нитратов
  - d. петлевых диуретиков
32. Бета-блокаторы для лечения артериальной гипертензии можно рассматривать
- a. в случаях наличия дополнительных показаний - стенокардия, перенесенный в анамнезе инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность, а также у молодых женщин, планирующих беременность

- b. у пациентов с большим избыточным весом
  - c. всем больным при отсутствии бронхиальной астмы
  - d. только при наличии тиреотоксикоза
33. Какие группы сахароснижающих препаратов продемонстрировали положительные кардиоваскулярные эффекты в рандомизированных клинических исследованиях?
- a. ингибиторы НГЛТ2 и агонисты рецепторов ГПП1
  - b. метформин
  - c. ингибиторы ДПП4
  - d. инсулины
34. Какие сахароснижающие препараты противопоказаны при наличии хронической сердечной недостаточности?
- a. тиазолидиндионы
  - b. метформин
  - c. ингибиторы НГЛТ-2
  - d. инсулин
35. Какие эффекты сульфонилмочевины могут быть потенциально опасными для больных высокого кардиоваскулярного риска?
- a. все перечисленное
  - b. повышение веса
  - c. риск гипогликемии
  - d. электрическая нестабильность кардиомиоцита за счет блокады К-АТФ каналов
36. По данным мета-анализов исследований применение метформина у больных высокого кардиоваскулярного риска характеризуется:
- a. нейтральным эффектом на прогноз
  - b. негативным влиянием на прогноз из-за риска развития лактат-ацидоза у больных с гипоксией
  - c. негативным влиянием на прогноз из-за риска развития тяжелой гипогликемии
  - d. положительным влиянием на прогноз по сравнению с ингибиторами НГЛТ2
37. К эндокринным заболеваниям, которые могут вызвать артериальную гипертензию относятся
- a. все перечисленное
  - b. первичный альдостеронизм
  - c. феохромоцитома
  - d. синдром Кушинга
38. Наиболее распространенной причиной эндокринной артериальной гипертензии является
- a. первичный альдостеронизм
  - b. феохромоцитома
  - c. синдром Кушинга
  - d. сахарный диабет
39. Мышечная слабость, семейный анамнез ранней артериальной гипертензии и сосудистых осложнений, наличие нарушений сердечного ритма и гипокалемия характерны для
- a. первичного альдостеронизма

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>b. феохромоцитомы</li><li>c. синдрома Кушинга</li><li>d. первичного гипотиреоза</li></ul> <p>40. Кризовое течение артериальной гипертензии, головная боль, потливость, сердцебиение, покраснение лица, нейрофиброматоз характерны для</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. феохромоцитомы</li><li>b. первичного альдостеронизма</li><li>c. синдрома Кушинга</li><li>d. первичного гиперпаратиреоза</li></ul> <p>41. Быстрое увеличение веса, полиурия, полидипсия, центральное ожирение, лунообразное лицо, стрии, гирсутизм и гипергликемия характерны для</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. синдрома Кушинга</li><li>b. феохромоцитомы</li><li>c. первичного альдостеронизма</li><li>d. первичного гиперпаратиреоза</li></ul> <p>42. Скрининговым исследованием для исключения феохромоцитомы является определение уровня</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. метанефринов крови или мочи</li><li>b. кортизола</li><li>c. АКТГ</li><li>d. ТТГ</li></ul> <p>43. Скрининговым исследованием для исключения первичного гиперальдостеронизма является определение уровня</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. альдостерона и ренина крови</li><li>b. метанефринов крови или мочи</li><li>c. кортизола</li><li>d. АКТГ</li></ul> <p>44. Скрининговыми исследованиями для исключения синдрома Кушинга являются</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. исследование кортизола слюны и проведение малой дексаметазоновой пробы</li><li>b. определение АКТГ</li><li>c. определение альдостерона и ренина крови</li><li>d. определение метанефринов крови или мочи</li></ul> <p>45. Для тиреотоксикоза характерно следующее нарушение ритма</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Фибрилляция предсердий</li><li>b. АВ-узловая реципрокная тахикардия</li><li>c. Желудочковая тахикардия</li><li>d. Для тиреотоксикоза не характерны нарушения ритма</li></ul> <p>46. Какое нарушение функции щитовидной железы чаще встречается среди больных с фибрилляцией предсердий?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. первичный гипотиреоз</li><li>b. тиреотоксикоз</li><li>c. вторичный гипотиреоз</li><li>d. правильных ответов нет</li></ul> |  |
|---|--|

<p>47. При фибрилляции предсердий у больных манифестным тиреотоксикозом для фармакологической профилактики эмболических осложнений назначают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>оральные антикоагулянты</li> <li>тиреостатики</li> <li>кортикостероиды</li> <li>антиаритмические препараты для удержания синусового ритма</li> </ol> <p>48. Для контроля ЧСС у больных с фибрилляцией предсердий используют</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>бета-блокаторы</li> <li>амиодарон</li> <li>дигоксин</li> <li>тиомазол</li> </ol> <p>49. Под амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом I типа понимают</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>тиреотоксикоз в результате избыточного неконтролируемого синтеза тиреоидных гормонов из-за поступления больших количеств йода больных, обычно уже имеющих узлы в щитовидной железе или латентную болезнь Грейвса</li> <li>деструктивным тиреоидит вследствие ассоциированного с амиодароном воспаления и деструкции щитовидной железы с поступлением в циркуляцию уже синтезированных тиреоидных гормонов</li> <li>тиретоксикоз, развивающийся после внутривенного введения амиодарона</li> <li>тиретоксикоз, развивающийся после длительного применения амиодарона внутрь</li> </ol> <p>50. Лечение амиодарон-индуцированного II типа следует начинать с</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>глюкокортикоидов</li> <li>тиреостатиков</li> <li>терапии радиоiodом</li> <li>левотироксина</li> </ol>	
--	--

5.1.2 Вопросы к зачету по дисциплине «Сердечно-сосудистая патология при эндокринных заболеваниях»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
<ol style="list-style-type: none"> <li>Определение термина «кардиоваскулярный риск». Факторы риска.</li> <li>Метаболизм липопротеидов. Липиды крови. Патогенетическое значение ЛПНП.</li> </ol>	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4,

<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Определение абсолютного индивидуального риска и уровня риска. Рискометры</li> <li>4. Целевые уровни ХС-ЛПНП при различном уровне кардиоваскулярного риска</li> <li>5. Ингибиторы гидроксиметилглутарил-коа-редуктазы. Механизм действия. Показания. Нежелательные эффекты. Дозирование и способ применения</li> <li>6. Эзетемиб. Механизм действия. Показания. Нежелательные эффекты. Дозирование и способ применения</li> <li>7. Ингибиторы пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексин типа 9. Механизм действия. Показания. Дозирование и способ применения</li> <li>8. Инклисиран. Механизм действия. Показания. Дозирование и способ применения</li> <li>9. Современные принципы диагностики и лечения. Целевые значения артериального давления при сахарном диабете</li> <li>10. Алгоритм фармакологического контроля артериального давления. Возможности комбинированной лекарственной терапии</li> <li>11. Распространенность, особенности клинического течения и прогноз ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом.</li> <li>12. Современная сахароснижающая терапия с точки зрения кардиоваскулярной безопасности: результаты РКИ, данные регистров, возможные механизмы.</li> <li>13. Выбор сахароснижающей терапии на основании знаний о кардиоваскулярной безопасности препаратов.</li> <li>14. Представление о вторичной артериальной гипертензии. Заболевания эндокринной системы, сопровождающиеся артериальной гипертензией. Алгоритм диагностики. Скрининговые и верифицирующие методы.</li> <li>15. Первичный гиперальдостеронизм как причина эндокринной артериальной гипертензии. Клиническая картина. Классификация. Диагностика и лечение</li> <li>16. Феохромоцитома как причина эндокринной артериальной гипертензии. Клиническая картина. Диагностика и лечение</li> <li>17. Синдром Кушинга как причина эндокринной артериальной гипертензии. Клиническая картина. Диагностика и лечение.</li> <li>18. Нарушения функции щитовидной железы и нарушения сердечного ритма. Механизм формирования фибрилляции предсердий при тиреотоксикозе. Контроль ЧСС. Значение антикоагулянтной терапии при фибрилляции предсердий.</li> <li>19. Амiodарон-индуцированные тиреопатии. Патогенез. Классификация. Принципы диагностики и лечения.</li> <li>20. Лечение амiodарон-индуцированного тиреотоксикоза.</li> </ol>	<p>ПК-5, ПК-6, ПК-7</p>
---	---------------------------------

### 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.