Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра терапии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«27» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.53 Эндокринология

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1096 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.53 Эндокринология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;

– приказ 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»;

– приказ 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».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

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

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

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры 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.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.53 Эндокринология выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.53 Эндокринология, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, 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**:

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	**УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	**УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	**УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	**УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	**УК-5.** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **общепрофессиональными компетенциями**:

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	**ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	**ОПК-2.** Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	**ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	**ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-9. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
ОТФ А Проведение обследования пациентов с	**ПК-1.** Способен к проведению обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза **ТФ А/01.8**	установления диагноза
ОТФ А Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности **ТФ А/02.8**	**ПК-2.** Способен к назначению лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности
ОТФ А Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, медицинских осмотров в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы **ТФ А/04.8**	**ПК-3.** Способен к проведению медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, медицинских осмотров в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
ОТФ А Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала **ТФ А/06.8**	**ПК-4.** Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
ОТФ А Оказание медицинской помощи в экстренной форме **ТФ А/07.8**	**ПК-5.** Способен к оказанию медицинской помощи в экстренной форме

3. Структура государственной итоговой аттестации

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

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

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

Задание: укажите правильный вариант ответа.

1. Аменорея с повышенным уровнем гонадотропинов встречается при

1) синдроме Рокитанского-Майера-Кюстера

2) дисгенезии гонад

3) синдроме Каллмана

4) аденоме гипофиза

5) неврогенной анорексии

2. В профилактике инволюционного остеопороза наиболее рациональным

является

1) прием препаратов кальция с момента становления менопаузы

2) прием препаратов витамина Д

3) увеличение двигательной активности в сочетании с приемом препаратов витамина Д и кальция

4) назначение эстрогенсодержащих препаратов

5) диета с низким содержанием белка

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

– контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

– контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

– ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.53 Эндокринология.

Примеры контрольных вопросов:

1. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса) Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения.

2. Сахарный диабет. Определение. Классификация сахарного диабета и других типов нарушения толерантности к глюкозе. Эпидемиология сахарного диабета.

Примеры контрольных заданий:

1. Расскажите методику клинического обследования эндокринологического больного.

2. Расскажите методику сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания эндокринологического больного.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Ситуационная задача № 1.

Женщина 38 лет госпитализирована в эндокринологическое отделение. На основании клинико-инструментально-лабораторного обследования диагностирован подострый тиреоидит.

Что целесообразно назначить данной пациентке?

Ситуационная задача № 2.

Мужчина 24 лет жалуется на усталость, потерю веса, жажду, полиурию, затрудненное дыхание, субфебрильную температуру тела. Плохо себя чувствует в течение месяца после гриппа, ухудшение отметил три дня назад. При осмотре: пониженная масса тела, кожа сухая, одышка, пульс 80 в минуту, артериальное давление 100/70 мм рт.ст., язык обложен, пальпация живота умеренно болезненна во всех отделах.

Что можно заподозрить у данного больного?

Ситуационная задача № 2.

Женщина 38 лет госпитализирована в эндокринологическое отделение. На основании клинико-инструментально-лабораторного обследования диагностирован подострый тиреоидит.

Что целесообразно назначить данной пациентке?

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Организации.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:
– от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
– от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
– от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
– менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 1.: учеб. пос. / Аметов А. С. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 352 с. – ISBN 978-5-9704-3279-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432792.html

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 2.: учеб. пос. / Аметов А. С. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 280 с. – ISBN 978-5-9704-3280-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432808.html

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 3: учеб. пос. / А. С. Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 256 с. – ISBN 978-5-9704-3401-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434017.html

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 4: учеб. пос. / А. С. Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 312 с. – ISBN 978-5-9704-3427-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434277.html

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 5: учеб. пособие / А. С. Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 288 с. – ISBN 978-5-9704-3624-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436240.html

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 6: учеб. пособие / А. С. Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 160 с. – ISBN

978-5-9704-4053-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440537.html

Аметов А. С. Сахарный диабет 2-го типа. Проблемы и решения. Том 7 / А. С. Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-4211-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442111.html

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 8 / Аметов А. С. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 336 с. – ISBN 978-5-9704-4454-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444542.html

Медведев И. Б. Диабетическая ретинопатия и ее осложнения: руководство / И. Б. Медведев, В. Ю. Евграфов, Ю. Е. Батманов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-3324-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433249.html

Древаль А. В. Профилактика поздних макрососудистых осложнений сахарного диабета: руководство / Древаль А. В., Мисникова И. В., Ковалева Ю. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 80 с. (Библиотека врача-специалиста) – ISBN 978-5-9704-2961-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429617.html

Дедов И. И. Детская эндокринология. Атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-3614-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436141.html

Дедов И. И. Персонализированная эндокринология в клинических примерах / под ред. И. И. Дедова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 440 с. – ISBN 978-5-9704-5109-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451090.html

Балан В. Е. Сложные вопросы терапии менопаузальных нарушений / под ред. В. Е. Балан, Я. З. Зайдиевой, В. А. Петрухина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 344 с. – ISBN 978-5-9704-5803-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458037.html

Дополнительная литература:

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 1.: учеб. пос. / Аметов А. С. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 352 с.

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 2.: учеб. пос. / Аметов А. С. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 280 с.

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 3: учеб. пос. / А. С. Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 256 с.

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 4: учеб. пос. / А. С. Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 312 с.

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 5: учеб. пособие / А. С. Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 288 с.

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 6: учеб. пособие / А. С. Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 160 с.

Аметов А. С. Сахарный диабет 2-го типа. Проблемы и решения. Том 7 / А. С. Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 240 с.

Аметов А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. Том 8 / Аметов А. С. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 336 с.

Медведев И.Б. Диабетическая ретинопатия и ее осложнения: руководство / И.Б. Медведев, В.Ю. Евграфов, Ю.Е. Батманов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288с.

Древаль А. В. Профилактика поздних макрососудистых осложнений сахарного диабета: руководство / Древаль А. В., Мисникова И. В., Ковалева Ю. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 80 с.

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

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.53 Эндокринология

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Эндокринология /40	**1. Аменорея с повышенным уровнем гонадотропинов встречается при:** 1) синдроме Рокитанского-Майера-Кюстера; 2) дисгенезии гонад; 3) синдроме Каллмана; 4) аденоме гипофиза; 5) неврогенной анорексии. **2. В профилактике инволюционного остеопороза наиболее рациональным является:** 1) прием препаратов кальция с момента становления менопаузы; 2) прием препаратов витамина Д; 3) увеличение двигательной активности в сочетании с приемом препаратов витамина Д и кальция; 4) назначение эстрогенсодержащих препаратов; 5) диета с низким содержанием белка. **3. Точкой приложения антирезорбтиной терапии являются:** 1) остеобласты; 2) остеокласты; 3) остеоциты; 4) костная матрица; 5) остеоиды. **4. Для клинических проявлений остеопороза в менопаузе характерно следующее:** 1) снижение роста до 10-12 см; 2) болевой синдром с преимущественным поражение позвоночного столба; 3) изменение походки; 4) искривление позвоночного столба; 5) деформация грудной клетки. **5. Для идиопатического остеопороза взрослых характерно следующее:** 1) болевой синдром; 2) компрессионные переломы позвоночника; 3) искривление позвоночного столба; 4) снижение функции гонад; 5) уменьшение роста на 10-12 см. **6. Факторами риска развития остеопороза у женщин являются:** 1) менопауза;

		2) крупное телосложение; 3) гинекологические операции в анамнезе; 4) избыточный вес; 5) длительный прием антибиотиков. **7. При синдроме Штейна–Левенталя показано лечение:** 1) андрогенами; 2) бромкриптином; 3) эстроген–гестагенными препаратами; 4) эстрогенами; 5) заназолом; **8. В клинической картине акромегалии могут наблюдаться изменения со стороны ЦНС:** 1) синдром карпального канала; 2) головные боли; 3) парастезии; 4) миопатический синдром; 5) нарушения высшей нервной деятельности – апатия, вялость, сонливость. **9. Нарушения углеводного обмена – диабет при акромегалии может коррегироваться:** 1) инсулинотерапией; 2) приемом амарила; 3) диетой с пониженным содержанием углеводов; 4) специфической терапией основного заболевания; 5) приемом сиофора. **10. Опухоль, секретирующая СТГ может локализоваться в:** 1) поджелудочной железе; 2) гипофизе; 3) яичниках; 4) гипоталамусе; 5) средостении. **11. Для гипоталамонезависимой формы («гипофизарной») акромегалии характерно:** 1) отсутствие чувствительности к тиролиберину; 2) наличие признаков активации гипоталамической области по данным ЭЭГ- исследования; 3) в анамнезе травмы черепа, психические травмы; 4) выраженная чувствительность к тиролиберину; 5) небольшие размеры опухоли гипофиза. **12. Развитие несахарного диабета обусловлено:** 1) дефицитом АДГ; 2) резистентностью к действию АДГ; 3) разрушением АДГ в крови под действием плацентарных ферментов; 4) мутацией гена рецептора АДГ; 5) генетическими дефектами синтеза препро АДГ. **13. К нейротрансмиттерам относятся все перечисленные вещества, кроме**: 1) норадреналина; 2) серотонина;

		3) мелатонина; 4) эндорфинов; 5) инсулина. **14. Введение кортиколиберина**: 1) вызывает усиление синтеза АКТГ; 2) вызывает снижение синтеза АКТГ; 3) не изменяет синтез АКТГ; 4) снижает синтез кортизола; 5) снижает синтез альдостерона. **15. Тестостерон в организме мужчины вызывает все перечисленные эффекты, кроме:** 1) участия в формировании вторичных половых признаков; 2) обеспечения либидо; 3) обеспечения потенции; 4) стимуляции роста скелета; 5) уменьшения массы скелетной мускулатуры. **16. Костные изменения при болезни Иценко-Кушинга могут проявляться всем перечисленным, кроме:** 1) деформации и переломов костей; 2) остеопороза; 3) задержки роста в детском возрасте; 4) болевого синдрома различной интенсивности и длительности; 5) гиперостоза. **17. Клиническая ремиссия при болезни Иценко-Кушинга проявляется всем перечисленным, кроме:** 1) нормализации массы тела; 2) уменьшения трофических кожных изменений; 3) снижения кровяного давления; 4) повышения массы тела; 5) нормализации углеводного обмена. **18. Типичными проявлениями повышенной продукции глюкокортикоидов являются:** 1) похудание; 2) стрии на коже; 3) артериальная гипотония; 4) повышенная влажность кожных покровов; 5) снижение глюкозы в крови. **19. отрицательный результат большой пробы с дексаметазоном позволяет исключить:** 1) болезнь Иценко-Кушинга; 2) аденоматоз коры надпочечников; 3) глюкстерому; 4) эктопический АКТГ-синдром; 5) кортикостерому. **20. Изменения эндокринной системы при синдроме Симмондса заключается в поражении следующих органов:** 1) околощитовидных желез; 2) щитовидной железы; 3) слюнных желез;

		4) молочных желез; 5) бартолиниевой железы. **21. Гипофизарная кома при синдроме Симмондса сопровождается:** 1) прогрессирующим гипокортицизмом и гипотиреозом; 2) прогрессирующим гиперкортицизмом; 3) тиреотоксическим кризом; 4) гипернатриемией и гиперкалиемией; 5) гипертермией и гипервозбудимости. **22. Для дифференциальной диагностики почечной формы несахарного диабета и диабета центрального генеза необходимо:** 1) назначение пробного курса лечения препаратами минералокортикоидов; 2) проба с сухоедением; 3) пробное назначение адиуретина; 4) проведение водной нагрузки; 5) исследование функции почек. **23. Глюкостерома – гормонально активная опухоль коры надпочечника, в основном продуцирующая:** 1) андрогены; 2) альдостерон; 3) эстрогены; 4) глюкокортикоиды; 5) адреналин. **24. Андростерома – гормонально-активная опухоль коры надпочечников, продуцирующая в основном:** 1) андрогены; 2) эстрогены; 3) альдостерон; 4) глюкокортикоиды; 5) адреналин. **25. Причинами развития хронической недостаточности коры надпочечников могут быть:** 1) аутоиммунное поражение надпочечников; 2) туберкулез; 3) опухоли или метастазы рака в надпочечники; 4) кровоизлияния в надпочечники или тромбоз сосудов надпочечников; 5) все перечисленное. **26. Синдром Шмидта проявляется сочетанием:** 1) идиопатической Аддисоновой болезни и сахарного диабета; 2) аддисоновой болезни и скрытого аутоиммунного тиреоидита; 3) аддисоновой болезни и несахарного диабета; 4) аддисоновой болезни и снижением когнитивных функций; 5) аддисоновой болезнью и снижением зрения. **27. Синдром Ватерхауза-Фридерихсена развивается преимущественно:** 1) в период сениума;

		2) в возрасте 20-45 лет; 3) в пубертатном периоде; 4) у новорожденных и рожениц; 5) в период менопаузы. **28. Проявлениями болезни Аддисона являются:** 1) гиперпигментация кожи; 2) боли в животе (Аддисонические желудочно-кишечные кризы); 3) гипотония; 4) гипертония; 5) кардиалгии. **29. Патологические показатели теста толерантности к глюкозе могут наблюдаться при:** 1) инфекции, лихорадке; 2) заболевании желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания; 3) поражение печеночной паренхимы; 4) синдроме Нонена (Нунана; 5) синдроме Клайнфельтера. **30. Фруктоза, содержащаяся во фруктах и ягодах, способствует:** 1) образованию гликогена; 2) повышению мукополисахаридов в крови; 3) обладает антикетогенным действием; 4) не обладает гипохолестеринемическим эффектом; 5) ухудшению течения диабетической ангиопатии. **31. Абсолютными показаниями для инсулинотерапии являются:** 1) обострение ишемической болезни сердца; 2) кетоацидоз, диабетическая кома; 3) хронический пиелонефрит; 4) беременность и роды; 5) отсутствие эффекта от диетотерапии. **32. К осложнениям, вызываемым введением инсулина, относятся:** 1) нарушение аккомодации; 2) отеки; 3) гипогликемии; 4) аллергические реакции; 5) липодистрофии. **33. Беременным женщинам с нарушением толерантности к углеводам назначают:** 1) бигуаниды; 2) диету с полным исключением легкоусваиваемых углеводов; 3) пероральные сахароснижающие препараты I генерации; 4) инсулинотерапию; 5) пероральные сахароснижающие препараты II генерации. **34. Пролиферативная диабетическая ретинопатия характеризуется:**

		1) наличием новообразованных сосудов на поверхности сетчатки; 2) обильным разрастанием соединительной ткани на сетчатке; 3) может осложняться отслойкой сетчатки; 4) внезапным развитием в течение 5 первых лет сахарного диабета при плохом контроле заболевания; 5) является фактором риска для развития катаракты. **35. Согласно классификации ВОЗ для II степени зоба характерно:** 1) визуальное увеличение щитовидной железы; 2) пальпаторное увеличение щитовидной железы; 3) зоб, изменяющий конфигурацию шеи; 4) щитовидная железа, не определяемая при осмотре шеи; 5) каждая доля равна 1 фаланге большого пальца пациента. **36. При тиреотоксикозе средней тяжести первоначальная доза мерказолина в сутки составляет:** 1) 30-40 мг; 2) 20 мг; 3) 10 мг; 4) 5 мг; 5) 2,5 мг. **37. Для тиреотоксической аденомы характерно:** 1)отрицательная проба с подавлением Т3; 2)положительная проба с подавлением Т3; 3) положительная проба с тиролиберином; 4)определение большого количества тиреостимулирующих антител; 5)умеренное увеличение тиреостимулирующих антител. **38. При пальпации щитовидной железы для аутоиммунного тиреоидита характерно:** 1) гладкая эластическая консистенция; 2) неравномерная плотность; 3) каменистая плотность; 4) болезненность; 5) очаг флюктуации. **39. Для диагностики аденомы паращитовидных желез могут быть использованы следующие исследования:** 1) субтракционная сцинтиграфия с TI-204 и Tc-99m; 2) пневмопаратиреоидография; 3) компьютерная томография; 4) сканирование с селен–метионином; 5) термография. **40. Синдром Пиквика характеризуется:** 1) морбидным ожирением; 2) гиповентиляцией; 3) сонливостью; 4) гиперхолестеринемией; 5) гипертриглицеридемией.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. Количественной характеристикой конкретной информации в здравоохранении является**

		а) медиана б) вариация в) показатель г) модуль **2. Инвалидом признается лицо, имеющее ____ нарушение здоровья, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость ___** а) обратимое; его санаторно-курортного лечения б) незначительное; его стационарного лечения в) временное; выдачи ему листка нетрудоспособности г) стойкое; его социальной защиты **3. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи включает** а) порядки оказания медицинской помощи б) объемы соответствующих видов медицинской помощи в) стандарты медицинской помощи г) протоколы ведения пациентов **4. Применение клинических рекомендаций, стандартов и порядков медицинской помощи способствует** а) выработке единых подходов к оказанию медицинской помощи б) повышению укомплектованности медицинскими кадрами в) реорганизации медицинских организаций г) увеличению расходов финансовых средств **5. В основе организации оказания первичной медико-санитарной помощи лежит ____ принцип** а) гендерно-возрастной б) этапный в) индивидуальный г) территориально-участковый
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем,**

		распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций /5	**1. Задачи РСЧС** 1) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС 2) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС 3) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС 4) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС 5) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС **2. В состав ВСМК входят все, кроме** 1) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России 2) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России, МЧС России 3) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления 4) силы и средства медицинской службы гражданской обороны **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является** 1) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация 3) прогнозирование исхода поражения 4) медицинская сортировка 5) оказание неотложной помощи **4. Что включает площадка для сбора и оказания**

		медицинской помощи в очаге ЧС 1) пункт сбора пораженных 2) распределительный пост 3) сортировочная площадка 4) площадка санитарного транспорта 5) площадка оказания медицинской помощи 6) площадка размещения легко пораженных 7) площадка размещения тяжело пораженных **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО** 1) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении 2) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других подразделений ЛПМО к приему пострадавших 3) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи 4) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого медицинского имущества и медикаментов 5) при невозможности оказания пострадавшим медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления 6) контроль исполнения решения
5.	Медицинские информационные технологии /5	**1. Комплекс методологических, программных, технических, информационных и организационных средств, поддерживающих процессы функционирования информатизируемой организации, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **2. Совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в лечебно-профилактическом учреждении, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **3. Свойство информации отвечать запросам потребителей** а) ценность б) релевантность в) доступность г) эргономичность **4. Медицинская информация это** а) любая информация о человеке б) информация о социальном статусе человека в) информация, относящаяся к человеку как пациенту

		г) совокупность средств лечения **5. Автоматизированные медицинские информационные системы постоянного интенсивного наблюдения относятся к классу** а) ресурсных информационных медицинских систем б) технологических информационных медицинских систем в) статистико-аналитических информационных медицинских систем г) образовательных информационных медицинских систем
6.	Кардиология /20	**1. Назовите непосредственные причины, вызывающие острый коронарный синдром:** 1) длительный спазм коронарных артерий; 2) тромбоз; 3) эмболия. 4) наличие атеросклеротической бляшки, перекрывающей просвет коронарной артерии на 60%. **2. Через какой интервал времени после начала ишемии зона некроза в миокарде становится видима макро- и микроскопически?** 1) через 18-24 часа; 2) через 1-5 часов; 3) через 20-30 минут. **3. Больной 50 лет поступил в отделение через 4 дня после эпизода длительных (до 5 часов) загрудинных болей. На ЭКГ - полная блокада левой ножки пучка Гиса. При решении вопроса о наличии острого инфаркта миокарда диагностическую ценность будет иметь:** 1) определение содержания миоглобина; 2) определение активности аспартатаминотрасферазы; 3) определение активности креатинфосфокиназы; 4) определение тропонина. **4. Регистрация патологического зубца Q и подъёма сегмента ST в отведениях II, III, aVF является признаком:** 1) передне-перегородочного инфаркта миокарда 2) нижнего инфаркта миокарда 3) бокового инфаркта миокарда 4) задне-базального инфаркта миокарда **5. Факторы риска внезапной сердечной смерти:** 1) желудочковая тахикардия в анамнезе; 2) низкая фракция выброса у пациента с инфарктом миокарда в анамнезе; 3) пароксизмы фибрилляции предсердий у пациента с тиреотоксикозом; 4) низкая физическая активность после перенесенного миокардита. **6. Каковы основные патогенетические механизмы повышения артериального давления?** 1) активация системы ренин-ангиотензин-альдостерон;

		2) активация симпатической нервной системы; 3) дисфункция эндотелия; 4) избыточная реабсорбция натрия на уровне почек. **7. Какой инструментальный метод следует использовать в первую очередь для диагностики артериальной гипертензии почечного генеза?** 1) ультразвуковое исследование почек; 2) допплерография почечных артерий; 3) компьютерная томография органов брюшной полости; 4) радиоизотопная ренография. **8. Отметьте основные классы антигипертензивных препаратов** 1) холинолитики; 2) вета-адреномиметики; 3) тиазидовые диуретики; 4) блокаторы медленных кальциевых каналов; 5) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; 6) блокаторы рецепторов ангиотензина II 1 типа; 7) бета-адреноблокаторы. **9. Какой антигипертензивный препарат следует в первую очередь использовать у больных с ишемической болезнью сердца?** 1) диуретик; 2) прямой ингибитор ренина; 3) бета-адреноблокатор; 4) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента; 5) агонист имидазолиновых рецепторов. **10. Морфологические изменения при рестриктивной кардиомиопатии:** 1) плексиформный кардиосклероз; 2) фиброз и гиалинизация клапанного эндокарда; 3) амилоидоз миокарда и клапанов сердца; 4) фиброз пристеночного эндокарда; 5) мелкоочаговый кардиосклероз. **11. Какая наиболее частая причина развития митрального стеноза?** 1) хроническая ревматическая болезнь сердца; 2) кальциноз митрального клапана; 3) врожденный порок сердца; 4) инфекционный эндокардит. **12. Какие нозологические формы входят в понятие органической митральной недостаточности?** 1) инфекционный эндокардит; 2) отрыв хорд митрального клапана; 3) кальциноз митрального клапана; 4) аннулоэктация митрального клапана; 5) ответы 1,3. **13. При постоянной форме фибрилляции предсердий тромбоэмболия наиболее часто встречается у больных:** 1) ишемической болезнью сердца; 2) гипертонической болезнью;

		3) ревматическим митральным пороком сердца. **14. Этиология ХСН** 1) ИБС; 2) ГБ, вторичные АГ; 3) пороки сердца; 4) кардиомиопатии; 5) миокардиты; 6) токсические воздействия на миокард. **15. При возникновении тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ из перечисленного наиболее специфично появление:** 1) признака SI-QIII; 2) полной или неполной блокады правой ножки пучка Гиса; 3) отрицательных зубцов Т в отведениях V1-D; 4) синусовой тахикардии; 5) частых предсердных экстрасистол. **16. При развитии врожденного порока имеет значение прием:** 1) медикаментов; 2) наркотиков; 3) гормонов; 4) контрацептивов; 5) всего перечисленного в определенный период развития. **17. Первичный гиперальдестеронизм (синдром Конна) – это:** 1) базофильная или хромофобная аденома гипофиза; 2) опухоль коры надпочечников, выделяющая избыточное количество альдостерона; 3) аденокарцинома пучковой зоны коры надпочечников; 4) опухоль из хромаффинных клеток мозгового вещества надпочечников. **18. Какой процент сужения коронарных артерий является гемодинамически значимым:** 1) менее 75%; 2) более 65 %; 3) более 75%; 4) более 50%. **19. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов**: 1) повышается; 2) понижается; 3) не изменяется; 4) может как повышаться, так и понижаться. **20. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:** 1) нифедипин; 2) верапамил; 3) дилтиазем; 4) различий между данными препаратами нет.
7.	Поликлиническая	**1. При хроническом бронхите хрипы лучше**

	терапия /10	**выслушиваются при:** 1) форсированном дыхании; 2) обычном дыхании; 3) задержке дыхания; 4) на вдохе; 5) в горизонтальном положении. **2. Укажите изменения при хроническом легочном сердце:** 1) анемия; 2) эритроцитоз; 3) тромбоцитоз; 4) тромбоцитопения; 5) бластемия. **3. Согласно классификации гипертонической болезни по ВОЗ выделяют:** 1) две стадии течения заболевания; 2) три стадии течения заболевания; 3) пять стадий течения заболевания; 4) шесть стадий заболевания. **4. Наиболее важным методом диагностики хронического пиелонефрита среди ниже представленных методов является:** 1) выявление бактериурии; 2) пункционная биопсия почки; 3) выявление антител к базальной мембране клубочков; 4) термометрия; 5) определение активных лейкоцитов в моче. **5. Продолжительность течения острой пневмонии:** 1) до 2 - 3 дней; 2) до 10 недель; 3) до 6 недель; 4) до 3 - 4 недель; 5) до 8 недель. **6. На какой максимальный срок может выдать больничный лист участковый врач единолично и единовременно?** 1) на 3 дня; 2) на 6 дней; 3) на 10 дней; 4) на 21 день; 5) на 30 дней. **7. Перечислите особенности фармакокинетики, фармакодинамики лекарственных препаратов у пожилых людей:** 1) замедление всасывания; 2) замедление распределения; 3) снижение скорости метаболизма; 4) снижение скорости выведения; 5) ни одно из перечисленных. **8. Наиболее частой причиной хронического первичного панкреатита является**: 1) вирусная инфекция;

		2) алкоголизм; 3) обменные и гормональные нарушения; 4) наследственная предрасположенность; 5) несбалансированное питание. **9. Выберете 4 показания для обязательного назначения антикоагулянтов у пациентов с нарушением ритма по типу фибрилляции предсердий:** 1) предшествующая эмболия или инсульт в анамнезе; 2) гипертензия в анамнезе; 3) возраст более 45 лет; 4) инфаркт миокарда в анамнезе; 5) узловые образования в анамнезе; 6) тромбофлебит поверхностных вен голеней; 7) застойная недостаточность кровообращения. **10. Артрит, уретрит, конъюнктивит - триада, типичная для:** 1) синдрома Съегрена; 2) синдрома Рейгера; 3) синдрома Фелти; 4) ревматоидного артрита; 5) СКВ.
8.	Интенсивная терапия в гематологии /10	**1. Трансфузионная терапия больных апластической анемией включает следующие препараты крови, кроме:** 1) эритроцитарной массы; 2) гранулоцитарного колониестимулирующего фактора; 3) тромбоцитарного концентрата; 4) плазмы крови; 5) размороженных эритроцитов. **2. Наличие выраженного геморрагического синдрома при значительном удлинении активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового времени и тромбинового времени может быть связано с:** 1) передозировкой гепарина; 2) тяжелым поражением печени; 3) патологическим фибринолизом; 4) ДВС-синдромом; 5) всем перечисленным. **3. При каком из перечисленных вариантов острого лейкоза наиболее часто развивается синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания:** 1) М1; 2) М2; 3) М3; 4) М4; 5) М5. **4. Диагностика тромбофилических состояний основывается на: 1. исследовании скорости глобулинового лизиса; 2. выявлении волчаночного антикоагулянта; 3. исследовании уровня**

		физиологических антикоагулянтов; 4. исследовании ристомицин-зависимой агрегации тромбоцитов. 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **5. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен: 1. увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости; 2. тромбоцитозом; 3. нарушением функциональных свойств тромбоцитов; 4. активацией плазменного гемостаза.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **6. Основное количество железа в организме человека всасывается:** 1) в желудке; 2) в нисходящем отделе ободочной кишки; 3) в двенадцатиперстной и тощей кишках; 4) в подвздошной кишке; 5) в слепой кишке. **7. Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром: 1. терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования; 2. диагносцировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки; 3. диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции - продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК); 4. терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **8. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана на: 1. положительных этаноловом, протаминсульфатном, b-нафтоловом и клампинг-тестах; 2. развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов; 3. повышении кофакторной активности фактора Виллебранда; 4. гиперфибриногенемии.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3;

		3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **9. Аутоиммунный гемолиз может быть симптоматическим и осложнить течение: 1. инфаркта миокарда; 2. диффузных болезней соединительной ткани; 3. острой пневмонии; 4. лимфопролиферативного синдрома.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **10. К антикоагулянтам непрямого действия относится:** 1) фенилин; 2) гепарин; 3) свежезамороженная плазма; 4) тиклид; 5) аминокапроновая кислота.

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса) Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения.
2. Сахарный диабет. Определение. Классификация сахарного диабета и других типов нарушения толерантности к глюкозе. Эпидемиология сахарного диабета.
3. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология и патогенез. Клиника.
4. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса). Лечение и профилактика: медикаментозное лечение, тиреостатики. Терапия радиоактивным йодом. Хирургическое лечение. Показания и противопоказания. Факторы риска развития рецидивов.
5. Сахарный диабет 1 типа. Патогенез. Клиника. Диагностика Дифференциальная диагностика.
6. Острая надпочечниковая недостаточность. Особенности клинического течения при кровоизлиянии в надпочечники (синдром Уотерхауса-Фридериксена). Осложнения. Диагностика.
7. Функциональная автономность щитовидной железы (тиреотоксическая аденома, многоузловой токсический зоб, диссеминированная функциональная автономность). Основные формы функциональной автономности щитовидной железы: монофокальная, полифокальная, диссеминированная. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
8. Феохромоцитома Этиология. Патогенез. Клиника. Характеристика различных форм заболевания (пароксизмальная, смешанная, персистирующая). Атипичные проявления феохромоцитомы. Осложнения. Симпато-адреналовый криз. Катехоламиновый шок. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
9. Гиперлактацидемическая кома. Этиология. Классификация по этиологическому принципу. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.
10. Лечение сахарного диабета 1 типа. Принципы питания при сахарном диабете 1 типа. Заместительная инсулинотерапия при сахарном диабете 1 типа. Система

регулярного гликемического контроля и самоконтроля. Осложнения инсулинотерапии. Роль терапевтического обучения больных в достижении результатов лечения.

11. Определение понятия «ожирение». Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация ожирения. Этиопатогенетическая классификация. Классификация по типу жироотложения и индексу массы тела. Ожирение на фоне эндокринных нарушений: гипотериоза, гипогонадизма, гиперкортицизма, гиперпролактинемии.

12. Тиреотоксический криз. Диагностика. Клиника. Неотложная помощь.

13. Лечение ожирения и метаболического синдрома. Основные принципы и цели терапии. Немедикаментозные методы. Медикаментозные методы. Показания. Противопоказания. Хирургические методы лечения ожирения. Критерии успешного лечения ожирения. Профилактика ожирения и метаболического синдрома. Определение сердечно-сосудистого риска.

14. Болезнь Иценко-Кушинга. Определение. Этиология. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика. Оценка клинико-лабораторных данных, результатов проб, направленных на подавление секреции АКТГ и кортизола (малая и большая дексаметазоновые пробы).

15. Гипергликемическая кетоацидотическая (диабетическая) кома. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.

16. Хронический аутоиммунный тиреоидит (тиреоидит Хашимото). Этиология. Патогенез. Клиника и диагностика ХАИТ. Консенсус по диагностике хронического аутоиммунного тиреоидита. Дифференциальная диагностика.

17. Синдром диабетической стопы. Классификация. Патогенез и клиника нейропатической и нейро-ишемической формы формы синдрома диабетической стопы. Факторы риска развития синдрома диабетической стопы. Лечение синдрома диабетической стопы.

18. Гиперосмолярная кома (гиперосмолярное гипергликемическое состояние). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.

19. Амиодарон-индуцированные тиреопатии. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика, принципы лечения, прогноз.

20. Лечение сахарного диабета 2 типа Цели терапии сахарного диабета 2 типа. Диетотерапия при сахарном диабете 2 типа. Физические упражнения при сахарном диабете 2 типа. Медикаментозное лечение.

21. Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна) Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

22. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

23. Метаболический инсулинорезистентный синдром и его синдромообразующие факторы, определение. Диагностика. Лечение и профилактика.

24. Тиреотоксический криз. Диагностика. Клиника. Неотложная помощь.

25. Сахарный диабет и беременность. Особенности клинического течения и лечения диабета во время беременности. Критерии компенсации сахарного диабета у беременной. Профилактика фетопатии и дистресс-синдрома.

26. Синдром гипотиреоза Этиологическая классификацию гипотиреоза. Лечение и профилактика гипотиреоза. Критерии эффективности лечения гипотиреоза. Прогноз и диспансеризация пациентов с гипотиреозом.

27. Катехоламиновый криз. Диагностика. Клиника. Неотложная помощь.

28. Эндемический зоб и другие йоддефицитные заболевания. Клинические формы йоддефицитных тиреопатий. Диагностика. Дифференциальная диагностика йоддефицитных заболеваний с другими заболеваниями щитовидной железы. Классификация йоддефицитных заболеваний. Лечение. Профилактика.

29. Профилактика сахарного диабета 2 типа. Группы риска развития сахарного диабета 2 типа. Диспансерное наблюдение.

30. Акромегалия и гигантизм. Этиология. Патогенез. Клиника. Признаки активности процесса. Диагностика. Лечение и профилактика.

31. Первичный гиперпаратиреоз. Клинические проявления. Клинические формы первичного гиперпаратиреоза: костная (остеопоротическая, фиброзно-кистозный остеит, педжетоидная), висцеропатическая, смешанная. Диагностика и дифференциальная диагностика.

32. Современные алгоритмы управления сахарным диабетом 2 типа.

33. Гипотиреоидная кома. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.

34. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Классификация. Лечение и профилактика

35. Острый тиреоидит (бактериальный). Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика острого тиреоидита. Лечение. Прогноз и диспансеризация пациентов с острым тиреоидитом.

36. Неотложные состояния при сахарном диабете. Гипергликемическая кетоацидотическая (диабетическая) кома. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.

37. Первичный гиперпаратиреоз. Лечение. Профилактика.

38. Сахарный диабет 2 типа. Патогенез. Клиника. Диагностика Дифференциальная диагностика.

39. Злокачественные новообразования щитовидной железы. Эпидемиология, этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Клинические симптомы, функциональное состояние щитовидной железы. Возрастные особенности клинического течения злокачественных новообразований. Особенности метастазирования опухолей щитовидной железы. Диагностика. Лечение.

40. Сахарный диабет. Определение. Классификация сахарного диабета и других типов нарушения толерантности к глюкозе. Эпидемиология сахарного диабета.

41. Подострый тиреоидит (тиреоидит де Кервена гранулематозный). Этиология: роль вирусных инфекций в развитии болезни, значение иммунореактивности. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз и диспансеризация пациентов с подострым тиреодитом.

42. Гиперкальциемический криз. Диагностика. Неотложная терапия гиперкальциемического криза.

43. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса). Принципы лечения и профилактики.

44. Феохромоцитома. Лечение и профилактика. Хирургическое лечение. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных. Прогноз и диспансеризация больных.

45. Гипергликемическая кетоацидотическая (диабетическая) кома. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.

2.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Расскажите методику клинического обследования эндокринологического больного.

2. Расскажите методику сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания эндокринологического больного.

3. Расскажите методику осмотра, перкуссии, пальпации, аускультации эндокринологического больного.

*включая исследования: центральной и периферической нервной системы (состояние сознания, двигательная и чувствительная сфера, оболочечные симптомы); органы чувств, полости рта, глотки; кожных покровов; периферического кровообращения; молочных желез; наружных половых органов.

4. Расскажите методику формулирования и обоснования предварительного диагноза.
5. Расскажите методику формулирования и обоснования дифференциального диагноза.
6. Расскажите методику назначения медикаментозной терапии.
7. Расскажите методику диагностики анемического синдрома.
8. Расскажите методику оценки клинического анализа крови.
9. Расскажите методику оценки клинического анализа мочи.
10. Расскажите методику оценки биохимического анализа крови.
11. Расскажите методику оценки анализа мочи (проба Нечипоренко).
12. Расскажите методику оценки анализа мочи (проба Зимницкого).
13. Расскажите методику оценки теста толерантности к глюкозе.
14. Расскажите методику оценки гликемического профиля.
15. Расскажите методику оценка гормональных исследований крови (ТТГ, Т3, Т4, катехоламины, ренин, альдостерон).
16. Расскажите методику регистрации и расшифровки и оценки ЭКГ.
17. Расскажите методику оценки КТ и МРТ области гипофиза.
18. Расскажите методику подготовки и анализ УЗИ щитовидной железы.
19. Расскажите методику подготовки и анализ УЗИ надпочечников.
20. Расскажите методику подготовки и анализ УЗИ поджелудочной железы.
21. Расскажите методику проведения внутривенного вливания (струйно, капельно).
22. Расскажите методику проведения подкожной, внутримышечной инъекции.
23. Опишите клинические проявления тиреотоксикоза.
24. Перечислите причины развития тиреотоксического криза.
25. Дайте описание клинических стадий эндокринной офтальмопатии.
26. Перечислите показания к хирургическому лечению диффузного токсического зоба.
27. Дайте характеристику изменений в клиническом анализе крови и показателях уровня тиреоидных гормонов при подостром тиреоидите.
28. Назовите лабораторные критерии сахарного диабета и нарушенной толерантности к глюкозе.
29. Составьте алгоритм обследования больного при наличии признаков гиперкортицизма.
30. Дайте описание гипогликемического состояния у больного сахарным диабетом, получающего инсулин.
31. Перечислите основные причины гипогликемии у больных сахарным диабетом 1 типа.
32. Перечислите мероприятия первой помощи больному сахарным диабетом при гипогликемии.
33. Назовите основные причины гипергликемического гиперосмолярного состояния у пациентов с сахарным диабетом.
34. Перечислите показания к лазерной коагуляции сетчатки у больных сахарным диабетом.
35. Назовите цели гиполипидемической терапии у больных сахарным диабетом 2 типа с ишемической болезнью сердца.
36. Составьте план обследования пациентки с признаками гиперандрогенемии.
37. Опишите клинические и ЭКГ-признаки гипокальциемии.
38. Опишите клинические проявления абсолютного дефицита инсулина.

39. Составьте примерный план питания больного сахарным диабетом 1 типа.

40. Проверьте вибрационную, болевую и тактильную чувствительность нижних конечностей.

41. Назовите характерные изменения сосудов сетчатки при препролиферативной диабетической ретинопатии. 20. Опишите клиническую картину синдрома Шерешевского-Тернера.

42. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипогликемия, гипергликемия, диабетическая кома.

43. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: тиреотоксический криз.

44. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипотиреоидная кома.

45. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипертензивный адреналовый криз при феохромоцитоме.

46. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: инфаркт миокарда.

47. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: тромбоэмболия легочной артерии.

48. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: приступ бронхиальной астмы, астматический статус.

49. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: анафилактический шок.

50. Расскажите методику проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: приступ пароксизмальной тахикардии, фибрилляции предсердий.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Женщина 38 лет госпитализирована в эндокринологическое отделение. На основании клинико-инструментально-лабораторного обследования диагностирован подострый тиреоидит.

Что целесообразно назначить данной пациентке?

Задача 2.

Мужчина 24 лет жалуется на усталость, потерю веса, жажду, полиурию, затрудненное дыхание, субфебрильную температуру тела. Плохо себя чувствует в течение месяца после гриппа, ухудшение отметил три дня назад. При осмотре: пониженная масса тела, кожа сухая, одышка, пульс 80 в минуту, артериальное давление 100/70 мм рт.ст., язык обложен, пальпация живота умеренно болезненна во всех отделах.

Что можно заподозрить у данного больного?

Задача 3.

Мужчина. 57 лет, обратился с жалобами на выраженную жажду (до 8 литров в день) в том числе и ночью, учащенное мочеиспускание. Эти симптомы появились около 6 месяцев назад и постепенно нарастали.

Из анамнеза выяснено, что около года назад получил черепно-мозговую травму.

При проведении стандартного теста толерантности к глюкозе: уровень глюкозы натощак 4,8ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 5,5 ммоль/л.

При исследовании мочи: белок – отрицательный, плотность 1001-1002, лейкоциты – 1-0-1, эритроциты – ед. в п/зр. В анализах крови без отклонений, рентгенография черепа – без отклонений.

При проведении пробы с сухоедением – осмолярность мочи 265 мОсм/кг, после проведения десмопрессинового теста – осмолярность мочи 768 мОсм/кг.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует подумать в первую очередь?
2. Оцените результаты обследования.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Какие еще исследование необходимо провести?
5. Назначьте лечение.

Задача 4.

Больная Б., 25 лет, поступила в отделение нейроэндокринологии с жалобами на отсутствие менструаций в течение двух лет, выделения из молочных желез, сухость во рту, постоянную жажду – выпивает до 7 л жидкости в сутки; периодическую головную боль, больше в глазницах, бесплодие в течение 2 лет, увеличение массы тела – за два года около 5 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. Исследование гормонов в крови: пролактин - 2524 мЕд/л (норма - 41-613), ЛГ - 1,5 Ед/л (норма - 3,0-12), ФСГ - <l,5 Ед/л (норма - 1,6-6,6), эстрадиол - 135 пмоль/л (норма - 110-550), тестостерон - 0,8 (0,8-2,7).

Вопросы:

1. Выделите ведущие проявления заболевания.
2. Чем обусловлено развитие данных проявлений?
3. Дайте интерпретацию анализа мочи по Зимницкому.
4. Тактика лечения.
5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать несахарный диабет?

Задача 5.

Больной К. 30 лет обратился с жалобами на головную боль, увеличение надбровных дуг, мягких чашей лица, увеличение суставов кистей рук, увеличение размера обуви на 2 единицы. Во время обследования на МРТ гипофиза выявлена аденома гипофиза (соматолропипома) с супраселлярным ростом 1,4*1,9 см. СТГ l00 нмоль/л (N до 20), пролактин 194 мМЕ/мл (ТЫ 60-450), ТТГ 1,4 мкед/мл (норма 0,25-4,5). На УЗИ щитовидной железы – обьем 50 мл, в правой доле образование 0,9*1,1см, с тонким гипоэхогенным ободком.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Локализация патологического процесса. Выработка какого гормона обуславливает данную клиническую картину?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Какие пробы нужно провести?
5. Тактика лечения?

Задача 6.

Больной М., 45 лет, обратился с жалобами на увеличение размеров кистей, стоп, укрупнение черт лица в течение последних пяти лет, также отмечает головные боли, боли в суставах, снижение зрения. Лабораторно выявлено: уровень СТГ 0,6 нг/мл; ИФР 315 нг/мл (норма 101-267). По данным МРТ: макроаденома гипофиза. В анамнезе гипертоническая болезнь в лечение l0 лет. Пациенту проведен ОГТТ, на фоне которого

концентрация СТГ составила 1,5 нг/мл.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Критерии, характерные для активной стадии?
3. Каковы показания к госпитализации при данной патологии?
4. Какие еще дополнительные методы обследования можно провести?
5. Тактика лечения и критерии ремиссии заболевания?

Задача 7.

Больной 23 лет обратился к эндокринологу с жалобами на головную боль, избыточную массу тела, снижение либидо, эректильную дисфункцию.

Данные анамнеза: в течение нескольких лет пациент наблюдается у психиатра по поводу органического психического заболевания, получает нейролептики (рисперидон и клозалин).

Объективно: телосложение гиперстенического типа, избыточного питания, отложение жира по андроидному типу. Вес 110 кг, рост 170 см, ИМТ - 38,06 кг/м^2. Оволосение по мужскому типу. Истинная гинекомастия.

Данные обследования: пролактин - 8136 мЕД/л (норма – 73-407), тестостерон – 2,l нмоль/л (норма – 5,76-28,14), ЛГ, ФСГ, ТТГ и Е2 – в пределах референсных значений. МРТ головного мозга: эндосупраселлярная аденома гипофиза размерами 12*18*16 мм. Офтальмологический осмотр: нарушения полей зрения не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.
3. Определите тактику лечения.
4. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту? Какова цель лечения?
5. Изменится ли тактика лечения, если при проведении контрольной МРТ размеры опухоли составляют 19*22*20 мм, и определяется отсутствие снижения уровня пролактина до нормальных значений?

Задача 8.

Больная 20 лет обратилась к эндокринологу с жалобами на выделения из молочных желез, появляющиеся при надавливании на соски, периодические головные боли.

Из анамнеза известно, что впервые отметила появление выделений из молочных желез в 18-летнем возрасте. Менструальный цикл регулярный.

При осмотре: телосложение правильное, отложение жира по гиноидному типу. Вес – 63,0 кг, рост – 170 см, ИМТ – 21,79 кг/м^2. Оволосение по женскому типу, признаков гирсутизма не определяется, галактореи II ст.

Данные лабораторно-инструментального обследования: пролактин – 1980 мМЕ/л (норма – 109-557), пролактин мономерный – 772 мМЕ/л (норма 79-347), доля макропролактина – 61 %, ЛГ, ФСГ, ТТГ и Е2 – в пределах референсных значений. МРТ головного мозга: аденома гипофиза 5*8*7 мм.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.
3. Определите тактику лечения.
4. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту?
5. При динамическом наблюдении через 1 год лечения уровень пролактина в крови

составляет 480 мЕД/л (норма – 109-557), пролактин мономерный – 427 мМЕ/л (норма – 79-347), галакторея отсутствует, по данным МРТ головного мозга – без значимой динамики. О чем могут свидетельствовать эти данные?

Задача 9.

Больной Ю., студент 17 лет, доставлен в приемный покой «Скорой помощью» в бессознательном состоянии. Со слов родственников, в течение нескольких последних дней жаловался на резкую слабость, усталость, сонливость, много пил жидкости. К врачу не обращался. Сегодня утром не пошел на занятия из-за сильной слабости, спал все утро, днем родственники разбудить его не смогли. За 3 недели до этого перенес тяжелую ОРВИ.

Объективно: больной без сознания. Слабо реагирует на болевые раздражители, Кожные покровы сухие, тургор тканей снижен. Глазные яблоки при пальпации мягкие. Изо рта запах ацетона. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС – 120 в минуту. АД – 80/40 мм рт.ст. Дыхание шумное, частое. ЧДД – 26 в минуту. При аускультации хрипы не выслушиваются. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом, слизистая рта сухая. Живот мягкий. Печень по краю реберной дуги.

Результаты дополнительного обследования:

Сахар крови 32 ммоль/л. Катетером получено 150 мл мочи, экспресс-реакция на ацетон (+++), РН крови – 7,1; уровень лактата, креатинин, мочевина, трансаминазы в пределах нормы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить характер неотложных мероприятий и дальнейшую тактику.
5. Укажите вероятный механизм развития болезни.

Задача 10.

Больная, 18 лет, госпитализирована в эндокринологическое отделение с жалобами на слабость, жажду, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, тупые боли в пояснице, головные боли, боли в ногах. Заболела сахарным диабетом остро в 12 лет. Сразу были назначены диета и инсулин. Две недели назад перенесла грипп, после чего появились указанные выше жалобы, несмотря на строгое соблюдение диеты и инсулинотерапии – перед завтраком Хумалог 8 Ед + перед обедом 6 Ед + перед ужином 4 Ед; Лантус 32 Ед.

Объективно: лицо бледное, одутловатое. Рост 160 см, масса тела 54 кг. АД 150/95 мм рт.ст. Пульс 80 уд/мин. Язык сухой, яркий. Печень + 4 см, тестоватой консистенции, безболезненная. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Температура $37{,}4^0$ С.

Анализ крови: эритроциты 3,0; гемоглобин 89 г/л; лейкоциты 9,9; формула: метамиелоциты 1 п/я 17 с/я 68 лимф. 10 мон. 4. СОЭ 53 мм.

Анализ мочи: мутная, реакция щелочная, удельный вес 101 1, белок 0,99 г/л, лейкоциты 80 – 100 в п/зр., слизь +++, бактерии +++.

Гликемический профиль: 6.00 – 10,0 ммоль/л; 8.00 – 15,7 ммоль/л; 11.00 – 14,8 ммоль/л; 13.00 – 17,0 ммоль/л; 18.00 – 16,8 ммоль/л; 22.00 – 14,2 ммоль/л.

Ацетон в моче отрицательный.

Биохимические анализы: кетоновые тела 5 мг%; мочевина 5,0 ммоль/л; креатинин 120 мкмоль/т, АЛТ 45 Е/л; АСТ 67 Е/л; билирубин 12 ммоль/л.

Глазное дно: диски зрительных нервов розовые, артерии сужены, вены расширены, извиты, множественные микроаневризмы, геморрагии, мягкие и твердые экссудаты.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Имеются ли осложнения заболевания?

3. Имеются ли сопутствующие заболевания?

4. План дальнейшего обследования.

5. Какое лечение необходимо назначить?

Задача 11.

Пациент, 23 года, страдает сахарным диабетом в течение 10 лет. В анамнезе 4 гипогликемические комы, часто кетоз. Последние 2 года появились жалобы на боли, онемение стоп, их зябкость, «ползание мурашек», снижение зрения, периодически отеки на лице, подъемы АД до 150/100 мм рт.ст., участились гипогликемические состояния до 2-3-х раз в неделю при обычной дозе инсулина. Месяц назад – гипогликемическая кома (предвестников не ощущал). Три дня назад попал в ДТП: был за рулем автомобиля и потерял сознание, доставлен бригадой СМП в приемный покой Елизаветинской больницы.

На фоне введения 40 мл 4094 глюкозы (2-х кратно) и затем в/венной инфузии 5 % глюкозы у больного появилось сознание, о происшедшем ничего не помнит.

Инсулинотерапия: новорапид перед завтраком 16 ед, перед обедом 16 ед, перед ужином 16 ед. Лантус в 22.00 28 ед.

Данные обследования: сахар крови-2,5 ммоль/л (после введения глюкозы). Общий анализ мочи: уд. Вес - 1012, цвет - желтый, Б - 0,058, Л - 2-4 в п/з, Э - 1-2 в п/з.

Общий анализ крови: Э - 4,0; Hb - 140 г/л, СОЭ - 21 ММ/Ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Какие осложнения диабета вероятнее всего у пациента?

2. Что могло явиться причиной учащения гипогликемий?

3. Чем обусловлено развитие АГ и отечного синдрома?

4. План обследования.

6. План лечения.

Задача 12.

Больной, 22 лет, жалуется на сухость во рту, жажду, обильное мочеиспускание (суточный диурез около 6 л), значительное снижение массы тела и снижение работоспособности. Заболевание развилось в течение трех месяцев после перенесенного эндемического паротита.

Объективно: рост 178 см, вес 62 кг. Телосложение астеническое, кожа сухая, в области спины поверхностная пиодермия. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы, тоны звучные. Пульс 86 в минуту, ритмичный. АД 16/80 мм рт.ст. Определяется кровоточивость дёсен. Край печени выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, болезненный при пальпации.

Анализ крови: эритроциты 5,0; гемоглобин 15 г/л; лейкоциты 13,6; СОЭ 23 мм.

Анализ мочи: светлая, реакция кислая, удельный вес 1014, белок 0 г/л, лейкоциты 3-4 в п/зр., слизь +, бактерии -.

Уровень сахара 19,4 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Дайте обоснование диагнозу.

3. План обследования.

4. Укажите вероятный механизм развития болезни.

5. Принципы лечения.

Задача 13.

Больная 58 лет, пенсионерка.

Пациентка предъявляет жалобы на избыточный вес (прибавила 5 кг за последний год), беспокоит слабость, сухость во рту, жажда (выпивает 3-4 литра в день), имеется

полиурия и никтурия. Из анамнеза известно, что в возрасте 32 лет родила ребенка с весом 4,7 кг. Страдает избыточной массой тела в течение 18-20 лет (прибавила в весе за это время на 30 кг). В 50-летнем возрасте случайно выявлен сахарный диабет, получает лечение диетой и манинилом в дозе 10 мг в день. Стойкой компенсации диабета нет из-за постоянного нарушения диеты. АД и холестерин в крови не измеряли. Считает, что сопутствующих заболеваний у неё нет. Наследственность - сахарный диабет 2 типа у тёти. Пациентка имеет глюкометр, но редко определяет гликемию.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 98 кг. Кожа нормальной влажности, суховата в области локтей, обычной окраски. Щитовидная железа уплотнена и увеличена в размере (1 ст), узлов не определяется. Периферических отеков нет. Язык чистый. Тоны сердца ясные, ритмичные 66 уд. в 1 мин. АД 170/75 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов отклонений не обнаружено. Пульсация на a.dorsalis pedis отчетливая с обеих сторон. Стул - наклонность к запорам, мочеиспускание в норме.

Данные лабораторного обследования: клинический анализ крови и общий анализ мочи в норме. Сахар крови натощак 9,2 ммоль/л; через 2 часа после еды - 12 ммоль/л.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование. Посчитать ИМТ пациентки
2. Какая этиология и патогенез данного заболевания?
3. Какие исследования вы назначите?
4. К каким специалистам следует направить пациентку?
5. План лечения - следует ли изменить терапию и почему?

Задача 14.

Мужчина 57 лет, обратился к терапевту с жалобами на головную боль, жажду, полиурию, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что пациент прибавил в весе на 8 кг за последние 2 года. Бывают подъемы АД до 180/100 мм рт.ст.. Наследственность - у дяди и двоюродного брата имеется сахарный диабет 2 типа.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 176 см; масса тела 109 кг. Кожа нормальной влажности, обычной окраски. Периферических отеков нет. Язык чистый. Тоны сердца ясные, ритмичные 80 уд. в 1 мин. АД 170/100 мм рт ст. Со стороны внутренних органов без особенностей. Пульсация на a.dorsalis pedis отчетливая с обеих сторон. Стул в норме. Дизуритических явлений нет.

Данные лабораторного обследования: клинический анализ крови и общий анализ мочи в норме. Глюкоза плазмы натощак – 7,2 ммоль/л, повторно 7,7 ммоль/л, холестерин 6,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Посчитать индекс массы тела пациента.
2. Диагноз и обоснование.
3. Этиология и патогенез развития заболевания.
4. Какие дополнительные исследования следует провести пациенту?
5. План лечения пациента.

Задача 15.

Больная К., 55 лет, повар. Обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на головокружение и головную боль, Считает себя больной в течение последних 2 лет, когда появились эпизоды повышения АД до 165/100 мм рт.ст., возникающие после эмоционального напряжения. На фоне избыточной массы тела в течение года появилась сухость во рту, зуд промежности. Других жалоб не предъявляет.

Имеет дочь (вес при рождении больше 5 кг.) В анамнезе – зсахарный диабет 2 типа у матери, получала метформин. Наследственность по другим эндокринным заболеваниям не отягощена. Страдает гипертонической болезнью, наблюдается у кардиолога.

Год назад при случайном определении зарегистрирован уровень гликемии в

капиллярной крови 8.0 ммоль/л, но к врачу не обращалась. Неделю назад при профосмотре был проведен ПТТГ (75 г.глюкозы) капиллярная кровь - натощак - 6,3 ммоль/л, через 2 часа - 11,3 ммоль/л, рекомендована консультация специалиста.

Объективные данные: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Рост 164 см, масса тела 88 кг. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски и влажности. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент 2 тона над аортой. Пульс 78 в минуту. АД 170/100 мм рт.ст. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Частота дыхания -16 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, отеков нет. Стул оформлен.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз, обоснование.
2. Этиология и основы патогенеза данного заболевания.
3. План обследования.
4. План ведения пациента.
5. Предпочтительная сахаропонижающая терапия.

Задача 16.

Женщина 27 лет. Беременность 14 недель (первая беременность). Жалобы на учащенное мочеиспускание, иногда сухость во рту. Рост 172 см; масса тела 78 кг. Набор веса + 3 кг. В анамнезе страдала избыточным весом, нарушением менструального цикла по типу опсоменореи.

При осмотре состояние удовлетворительное. Избыточного питания. Acantosis nigricans в области шейной складки. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, без узлов. АД 135/75 мм рт.ст. ЧСС - 78 в мин. При осмотре внутренних органов без видимой патологии. Мочеиспускание учащено.

При обследовании в женской консультации впервые выявлен сахар венозной плазмы натощак 7,4 ммоль/л; глюкозурия. Наследственность по эндокринной патологии – сахарный диабет 2 типа у бабушки.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Риски для женщины с сахарным диабетом во время беременности.
4. Риски для плода у беременных женщин с сахарным диабетом.
5. План ведения пациентки во время беременности.

Задача 17.

Пациентка М., 38 лет на приеме в женской консультации. Беременность II, срок 12 нед. В анамнезе СД 2 типа у сестры. Первая беременность в 28 лет, роды срочные, девочка, 4100 г при рождении.

Жалоб активно не предъявляет. Избыточного питания. В остальном объективный осмотр без отклонений. Прибавка в весе + 4 кг.

При б/х анализе глюкоза крови (венозная плазма) 5.2 ммоль/л. ОАК и ОАМ, биохимический анализ без патологии.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Какие факторы риска данной патологии имеются у пациентки? Какие еще факторы риска вы знаете?
3. Ведение пациентки.
4. Нуждается ли в послеродовом наблюдении?
5. Правила проведения, сроки проведения и интерпретация данных ОГТТ во время физиологической беременности.

Задача 18.

Некурящий мужчина 54 лет обратился с жалобами на снижение массы тела, тремор рук, выраженную потливость, бессонницу. Ухудшение состояния отмечает в течение 2 месяцев.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 180 см, вес – 70 кг. Кожные покровы чистые, влажные. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД - 140/80 мм рт.ст., ЧСС - 110 ударов в минуту. Щитовидная железа при пальпации - II степени увеличения, безболезненна при пальпации, подвижная при глотании, над ее поверхностью выслушивается систолический шум. Глазные симптомы отрицательные.

При гормональном исследовании: ТТГ – 0,001 (N: 0,4 – 4,0) мЕд/л, св. T_4 – 45,4 (N: 9,0 – 23,2) пмоль/л, св. T_3 - 10,0 (0,6 - 1,9) нг/мл, АТ-рТТГ - 14 МЕ/мл (N: 0-1).

По данным УЗИ с доплеровским кортированием: объем ЩЖ – 19,5 мл, повышенная васкуляризация ЩЖ.

Лечение: для устранения основных симптомов заболевания пациенту был назначен Тирозол по 30 мг/сут с постепенным снижением дозы. На фоне приема поддерживающей дозы тирозола 10 мг/сут появились и стали нарастать жалобы на боли в области орбит, слезотечение, покраснение глаз, чувство песка в глазах, диплопию, периорбитальные отеки, нарастающий экзофтальм, отсутствие полного смыкания глазной щели. При гормональном исследовании: ТТГ – 2,5 (N: 0,4-4,0) мЕд/л, св. T_4 – 17,4 (N: 9,0-23,2) пмоль/л, св. T_3 – 1,2 (0,6 - 1.9) нг/мл, АТ-рТТГ- 12 МЕ/л (N: 0-1).

Вопросы:

1. Сформулируйте и поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения используются для устранения глазных симптомов легкой, средней и тяжелой степени тяжести?
3. Какой метод лечения и по какой схеме будет выбран для данного пациента и почему?
4. Перечислите показания к орбитальной декомпрессии.
5. Какой прогноз для жизни?

Задача 19.

Пациентка 50 лет, обратилась с жалобами на бессонницу, приступы сердцебиения, тремор рук, потливость, отмечает эпизоды субфебрилитета в вечернее время, снижение массы тела на 15 кг, быструю утомляемость, раздражительность, беспричинное беспокойство, рассеянность, плаксивость, плохую переносимость тепла.

Считает себя больной в течение 3 месяцев, когда появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы. В последний месяц состояние стало заметно ухудшаться – нарастала слабость, появилась одышка. Отмечено однократное повышение АД до 170/110 мм рт.ст. с развернутой клиникой гипертонического криза, купировавшееся самостоятельно. Постоянного контроля уровня АД не проводилось. Поступила в эндокринологическое отделение для обследования и лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела – $36,8^0$ С. Рост – 157 см, вес – 60 кг. Больная суетлива, делает много быстрых ненужных движений, многословна. Выглядит моложе своих лет. Тонкие кисти, тонкие пальцы с заостренной ногтевой фалангой. Кожные покровы чистые, влажные. Подкожно-жировой слой развит слабо. Сухожильные рефлексы усилены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД - 150/70 мм рт.ст., ЧСС - 105 ударов в минуту. Щитовидная железа – II степени увеличения, безболезненна при пальпации, подвижная при глотании, над ее поверхностью выслушивается систолический шум. Глазные симптомы отрицательные, тремор пальцев рук.

При гормональном исследовании: ТТГ – 0,002 (N: 0,4 -4,0) мЕд/л, св. T_4 – 70,4 (N: 9,0-23,2) пмоль/л, св. T_3 – 3,3 (0,6-1,9) нг/мл. АТ-ТПО – 980 МЕ/л (0-100).

УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа расположена обычно. Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях. Узлов нет. Правая доля: 2,8х1,8х6,1 см. Левая доля: 2,1х1,8х6,0 см. Перешеек: 0,7 см. Объем щитовидной железы – 27 мл.

Вопросы:

1. О каком заболевании наиболее вероятно идет речь?

2. С каким другим заболеванием, протекающим с тиреотоксикозом, его наиболее часто приходится дифференцировать?

3. Какой из приведенных гормональных показателей (ТТГ, T_4, T_3) имеет наибольшее, а какой наименьшее диагностическое значение?

4. С назначения каких препаратов и в каких дозах следует начать лечение?

5. Какой метод лечения будет выбран для базовой терапии и почему?

Задача 20.

Пациентка 60 лет, обратилась с жалобами на приступы сердцебиения, тремор рук, потливость, перебои в работе сердца.

Считает себя больной в течение 6 месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы. Поступила в эндокринологическое отделение для обследования и лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 75 кг. Кожные покровы читсые, умеренно влажные. Тоны сердца ясные, аритмичные, мерцательная аритмия, шумов нет. АД - 165/95 мм рт.ст., ЧСС - 105 ударов в минуту, пульс 100 ударов в минуту. Щитовидная железа - II степени увеличения, безболезненна при пальпации, подвижная при глотании, систолический шум над ее поверхностью не выслушивается, в правой доле пальпируется округлое, безболезненное узловое образование диаметром около 2 см. Глазные симптомы отрицательные.

При гормональном исследовании: ТТГ - 0,002 (N: - 4,0) мЕд/л, св. T_4 - 26,4 (N: - 23,2) пмоль/л, св. T_3 – 2,3 (0,6 - 3,9) пмоль/л, АТ-ТПО – МЕ/мл (норма - 0-100), АТ-ТГ и АТ-рТТГ – в пределах нормальных значений

УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа расположена обычно. Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная сниженной эхогенности. Правая доля: 2,8х1,8х4,1 см, визуализируется узел 2,0*l,8*2,5 см. Левая доля: 2,1х1,8х4,0 см. Перешеек: 0,7 см. Объем щитовидной железы – 27 мл.

Вопросы:

1. О каком заболевании наиболее вероятно идет речь?

2. С каким другим заболеванием, протекающим с тиреотоксикозом, его наиболее часто приходится дифференцировать?

3. Какие еще методы исследование необходимо провести?

4. Назначьте лечение.

5. Перечислите показания к оперативному лечению при выявлении узлов в щитовидной железе.

Задача 21.

Больная Н., 72 лет увеличение щитовидной железы впервые отмечено во время беременности в 1970 г. К эндокринологу обратилась в 1995 г. По данным УЗИ щитовидной железы было выявлено узловое образование. В 1998 г. субтотальная резекция щитовидной железы по поводу узлового эутиреоидного зоба. Гистология: узловой коллоидный зоб. В 2009 г по данным УЗИ щитовидной железы: объем 44 мл, узел правой доли 1,9 см. В марте 2013 г на фоне на сердцебиения и нарастающей слабости в анализе крови: ТТГ - 0,01 мЕ/л (0,4 - 4), св. T_4 - 2 пмоль/л (1 - 23,2), АТ-ТПО - 13,6 МЕ/мл (0 - 100), АТТГ – 13,2 МЕ/мл (0 - 60). Поступила в эндокринологическое отделение для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост - 158 см, вес - 77,5 кг, ИМТ -

31,04 кг/м^2, кожные покровы нормальной окраски и влажности. АД - 150/90 мм рт.ст., ЧСС - 90 в мин. Щитовидная железа увеличена до 2 степени, плотная, узлы левой доли и перешейка, глазные симптомы отрицательны.

УЗИ щитовидной железы: Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная, смешанной эхогенности на фоне ткани средней эхогенности определяются множественные гипоэхогенные участки в обеих долях. Правая доля: 17х16х43 мм. Левая доля: 31х23х75 мм. Перешеек: 6 мм. Объем – 33 см^3 (9-18). В верхней трети левой доли определяется узел с ровными контурами - 1,4х0,8х1,7 см, в перешейке определяются два узла размерами 0,7х0,4х0,6 см и 1,8х1,1х1,8 см.

Тонкоигольная аспирационная пункционная бипсия щитовидной железы под контролем УЗИ: цитограмма пунктата характерна для диффузно-узлового частично пролиферирующего коллоидного зоба с кистозными изменениями в узле.

Сцинтиграфия щитовидной железы: отчетливо визуализируются обе доли с четкими контурами, достаточно интенсивным накоплением индикатора. В средней части левой доли зона гиппоаккумуляции индикатора («холодный» узел»). В нижней половине правой доли зона гипераккумуляции округлой формы («горячий» узел), выступающая за наружный контур железы.

Вопросы:

1. О каком заболевании наиболее вероятно идет речь?
2. С каким заболеванием щитовидной железы необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Что означают понятия «холодный» узел и «горячий» узел?
4. Насколько эффективно будет в данном случае назначение тиреостатических препаратов?
5. Какой метод лечения следует признать в данном случае как наиболее оптимальный?

Задача 22.

Больная Е., 75 лет, предъявляет жалобы на выраженную слабость, сонливость, зябкость, запоры, отечность ног, снижение слуха, осиплый голос, затруднение при глотании, сухость кожных покровов

В анамнезе: в 1997г. во время автокатастрофы перенесла черепно-мозговую травму средней тяжести, после чего отметила снижение слуха, ухудшилось зрение, развился птоз правого века, периодически теряла сознание. Наблюдается в неврологическом отделении больницы МПС.

В 1998 г. появились и нарастали отеки голеней, кистей рук, затем периорбитальные отеки, изменился тембр голоса. Летом 1990 г. прибавила в весе 7 кг. С этого времени стали беспокоить общая слабость, сонливость, шелушение кожи на ладонях.

Объективные данные: рост – 156 см, вес – 52 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Конфигурация суставов не изменена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 58 уд. в мин, АД – 100/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, узловые образования не определяются. Выделений из молочных желез нет.

Данные обследований:

Общ. анализ крови: Нв 130 г/л, эритр. – 3,4*l0*12, лейк. – 5,7*10*9, п/я – 1, с/я – 40, лимф. – 51, моно – 7, СОЭ – 23 мм/час.

ЭКГ: синусовая брадикардия, ритм правильный, ЧСС – 56 уд. в мин. горизонтальное положение ЭОС, выраженные изменения миокарда левого желудочка.

Биохим. анализ крови: в пределах нормы.

Уровень гормонов крови: ТТГ – 65,0 МЕ/мл (0,25 – 4,0), св.T_4 – 1,85 пмоль/л (9,0-

23,2).

УЗИ щитовидной железы: железа расположена в типичном месте, контуры ровные. Паренхима диффузно-неоднородная, сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях. Узлов нет. Правая доля: 0,9 х 0,7 х 2,6 см, левая доля: 1,2 х 0,8 х 3,0 см. Объем железы – 2,2 мл.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Нужны ли дополнительные исследования?
3. Рекомендуемое лечение.
4. Имеются ли особенности в ведении пациентов старшей возрастной группы с данной патологией?
5. Определите прогноз

Задача 23.

Больная К., 24 лет, при поступлении в клинику жаловалась на сухость кожных покровов, выпадение волос на голове.

Из анамнеза: с 4 до 6 лет наблюдалась эндокринологом по поводу «узла» в щитовидной железе (УЗИ не проводилось), непродолжительное время принимала тироксин, в какой дозе не помнит. Развивалась в соответствии с возрастом, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставала.

Менархе – с 12 лет, менструации регулярные до 18 лет, с этого возраста нарушение цикла по типу олигоменореи. Через год выявлена железодефицитная анемия. По назначению гематолога в течение 4 мес. проводилось лечение препаратами железа без эффекта. Ухудшение самочувствия с 21 года, когда стала беспокоить быстрая утомляемость, слабость, появилась сухость кожных покровов, выпадение волос.

Объективные данные: Рост – 158 см, вес – 72 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Конфигурация суставов не изменена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 56 уд. в мин., АД – 100/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, узловые образования не определяются. Выделений из молочных желез нет.

Вопросы:

1. Определите план обследования.
2. Чем может быть обусловлена железодефицитная анемия?
3. Сформулируйте предварительный диагноз
4. Определите тактику лечения. Какие гормональные показатели необходимо контролировать и с какой периодичностью?
5. Изменится ли тактика лечения, если пациентка сообщает, что планирует беременность в ближайшее время?

Задача 24.

Больная 55 лет обратилась с жалобами на приступы сердцебиения, боли за грудиной различного характера и интенсивности, нарушение сердечного ритма, потливость, слабость, которые ее беспокоят в течение последних 5 месяцев. Проведен курс лечения седативными, нитратами и амиодароном, который продолжался в течение 6 месяцев. На фоне проведенного лечения отмечает значительное улучшение, восстановление сердечного ритма, однако потливость и приступы сердцебиения сохраняются.

Объективные данные: рост – 156 см, вес 52 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Конфигурация суставов не изменена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 58 уд. в мин., АД – 100/60 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края

реберной дуги. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, узловые образования не определяются. Выделений из молочных желез нет.

УЗИ: щитовидная железа обычно расположена, объем железы 17 мл (норма: 9-18,0). Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная.

Уровень гормонов крови: св. T_4 – 8,0 пмоль/л (11,5-23,0), общ. T_4 – 56 нмоль/л (60-120), св. T_3 – 2,3 (0,6-3,9) пмоль/л, ТТГ – 16, 09 МЕ/л (0,17-4,05), АТ-ТПО – 35,0 (до 50).

Вопросы:

1. Что послужило причиной изменения гормональных показателей функции щитовидной железы?
2. Какой из приведенных гормональных показателей (ТТГ, T_4, T_3) имеет наибольшее, а какой наименьшее диагностическое значение?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Определите тактику лечения.
5. Укажите возможную схему лечения

Задача 25.

Пациентка 35 лет, обратилась с жалобами на слабость, боли в области передней поверхности шеи с иррадиацией в уши, периодические сердцебиения, тремор рук, потливость, отмечает эпизоды субфебрилитета в вечернее время до 38^0 С, снижение массы тела на 3 кг.

Из анамнеза известно, что ранее наблюдалась у эндокринолога по поводу АИТ с сохраненной функцией щитовидной железы. Около месяца назад перенесла ОРВИ.

Ухудшение самочувствия в течение последней недели. Поступила в эндокринологическое отделение для обследования и лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела – 37,8 ^{0}С. Рост – 160 см, вес – 60 кг. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД – 130/70 мм рт.ст., ЧСС – 110 ударов в минуту. Щитовидная железа – II степени увеличения, болезненная при пальпации, подвижная при глотании, в правой доле пальпируется уплотнение около 2 см в диаметре, систолический шум над ее поверхностью не выслушивается. Глазные симптомы отрицательные.

Общ. анализ крови: Нв 130 г/л, эритр. – 3,4*10*12, лейк. – 5,7*10*9, п/я – 1, с/я – 40, лимф. – 51, моно – 7, СОЭ – 73 мм/час.

ЭКГ: синусовая брадикардия, ритм правильный, ЧСС – 96 уд. в мин. горизонтальное положение ЭОС, выраженные изменения миокарда левого желудочка.

Биохим. анализ крови: в пределах нормы.

При гормональном исследовании: ГГГ – 0,02 (N: 0,4-4,0) мЕд/л, св. T_4 – 35,4 (N: 9,0-23,2) пмоль/л, св. T_3 - 5,3 (0,3 3,9) пмоль/л, АТ-ТПО - 560 МЕ/л (0-100), АТ-ТГ - в пределах референсных значений.

УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа расположена обычно. Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная сниженной эхогенности, васкуляризация усилена. Правая доля: 2,8х1,8х6,1 см, определяется участок повышенной эхогенности см без четких контуров. Левая доля: х см. Перешеек: 0,7 см. Объем щитовидной железы – 27 мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте и поставьте диагноз.
2. Какие заболевания могут сопровождаться клиникой тиреотоксикоза?
3. Имеются ли показания для назначения тиреостатиков у данной пациентки?
4. Какой метод лечения будет выбран для базовой терапии и почему?
5. Определите прогноз.

Задача 26.

Больная 58 лет жалуется на приступы сердцебиения, потливость, сухость кожных

покровов, ломкость ногтей, снижение памяти и слабость. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся выкидышами. Страдает поливалентной аллергией.

Объективные данные: Рост – 164 см, вес – 59 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Конфигурация суставов не изменена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 58 уд. в мин., АД – 100/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Щитовидная железа увеличена до 2 ст., мягкая, узловые образования обеих долей диаметром около 2 см. Выделений из молочных желез нет.

При пальпации щитовидной железы: пальпируются обе доли, размер больше дистальной фаланги, в правой доле определяется нечетко очерченное узловое образование 1,5х1,3 см, в левой доле – узел 1,9х2,4 см с четким ободком Хало. Остальная ткань железы плотная, объем железы 28 $см^3$. Проведена ТАБ, заключение: правая доля - выраженная лимфоцитарная инфильтрация, клетки Ашкенази–Гюртля, левая доля узловой коллоидный пролиферирующий зоб с явлениями кистозной дегенерации.

При гормональном исследовании: ТТГ – 11,2 (N: 0,4 – 4,0) мЕд/л, св. $Т_4$ – 8.9 (N: 9,0 – 23,2) пмоль/л, св. $Т_3$ – 3,0 (0,3 - 3,9) пмоль/л, АТ-ТПО – МЕ/л (0-100), АТ-ТГ - в пределах референсных значений.

Вопросы:

1. Сформулируйте и поставьте диагноз.
2. Охарактеризуйте данные ТАБ.
3. Определите тактику лечения.
4. Перечислите показания к оперативному лечению при узловом зобе.
5. Какие методы исследования и как часто следует проводить данному пациенту?

Задача 27.

У беременной, 19 лет, при постановке на учет в сроке 8 недель пальпаторно выявлена увеличенная щитовидная железа. При опросе предъявляет жалобы на утомляемость, тремор РУК, потливость, раздражительность, беспричинное беспокойство, рассеянность, плаксивость, плохую переносимость тепла.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,8 о с. Рост – 168 см, вес – 60 кг. Больная суетлива, делает много быстрых ненужных движений, многословна. Кожные покровы чистые, влажные. Сухожильные рефлексы усилены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД - 150/70 мм рт.ст., ЧСС - 105 ударов в минуту. Щитовидная железа II степени увеличения, безболезненна при пальпации, подвижная при глотании, над ее поверхностью выслушивается систолический шум. Глазные симптомы отрицательные, тремор пальев рук.

При гормональном исследовании: ТТГ – 0,005 (N: 0,4 – 4,0) мЕд/л, св. $Т_4$ – 36,4 (N: 9,0 – 23,2) пмоль/л, св. $Т_3$ - 3,3 (0,6 - 1,9) нг/мл. АТ-ТПО - 360 МЕ/л (0-100), АТ-рТТГ - 18 ЕД/л (0-1).

УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа расположена обычно. Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях. Узлов нет. Объем правой доли: 19 мл, левой доли – 15 мл. Перешеек: 0,7 см. Общий объем щитовидной железы – 34 мл.

Вопросы:

1 . Поставьте диагноз.

2. Какой препарат следует назначить, какая схема, на Ваш взгляд, является наиболее предпочтительной?

3. Решите вопрос о возможности дальнейшего пролангирования беременности.

4. Прогноз.

5. Каких осложнений беременности можно ожидать при отсутствии адекватного лечения?

Задача 28.

У беременной женщины, 19 лет, при постановке на учет в сроке 6 недель выявлен уровень ТТГ – 3,9 мкМЕ/мл (0,4-4,0), FT_4 13,0 пмоль/л (9-22,0), АТ-ТПО – 310 МЕ/л (0-30).

Активно жалоб не предъявляет. При объективном осмотре отклонений не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какой препарат следует назначить.
3. Решите вопрос о возможности дальнейшего пролонгирования беременности.
4. Прогноз.
5. Каких осложнений беременности можно ожидать при отсутствии адекватного лечения?

Задача 29.

Мужчина, 51 год, проходит обследование по поводу появления периодической головной боли в лобной области, сочетающейся с дискомфортом в области живота. Также пациент предъявляет жалобы на общую и мышечную слабость, набор веса на 5 кг за полгода, депрессию.

При объективном осмотре: Рост 190 см, вес 115 кг, АД 170/95 мм рт.ст., пульс 88 уд./мин. Лицо круглое, розовое, отложение жировой ткани над ключицами и по задней поверхности шеи, пальпация живота безболезненная. Петехий нет. Неврологический осмотр – без особенностей, за исключением снижение силы в проксимальных мышцах ног.

По КТ органов брюшной полости выявлено образование надпочечника диаметром 2 см. В 8:00 уровень кортизола 717 нмоль/л, АКТГ 2 пг/мл. Вопросы:

1. Какое заболевание нужно исключать в первую очередь?
2. Какой следующий шаг в обследовании нужно предпринять?
3. После проведения ночного теста с дексаметазономом уровень кортизола 356 нмоль/л. Нужны ли еще исследования для постановки диагноза больному и какие?
4. Какой диагноз у этого пациента и тактика лечения?
5. Нужно ли назначать данному пациенту заместительную терапию глюкокортикоидами после адреналэктомии?

Задача 30.

Больная Р., 29 лет, поступила в эндокринологическое отделение клиники в плановом порядке с целью обследования по поводу объемного образования правого надпочечника. При поступлении жалобы на общую и мышечную слабость, утомляемость, учащенное сердцебиение (пульс до 120 уд в 1 мин) на фоне подъема АД (максимум до 160/100 мм рт.ст.).

Из анамнеза известно, что впервые стала отмечать подъем АД, учащенное сердцебиение в течение 6 мес. Плановая терапия иАПФ (диротон) – без значимого эффекта. При проведении УЗИ было выявлено объемное образование правого надпочечника, наличие которого подтверждено и по результатам КТ обследовании в июне 2012 года выявлено объемное образование правого надпочечника размерами 1,39х1,33х1,29 см.

При объективном осмотре обращает на себя внимание повышение артериального давления до 156/95. Рост – 170 см, вес 67 кг.

Данные лабораторного обследования:

Адренокортикотропный гормон - 10,3 пг/мл (норма <46).

Кортизол в 9.00 - 191,0 нмоль/л (норма 138 - 690).

Кортизол в 21.00 - 57,0 нмоль/л (норма 70 – 345).

Кортизол на фоне пробы с 2 мг дексаметазона - <27,6 нмоль/л.

Альдостерон (фон) горизонтально 450,0 пг/мл (10,0 - 105,0).

Ангиотензин I (АРП) 0,04 нг/мл/час (норма 0,5-1,9).

Альдостерон на фоне «маршевой пробы» (вертикально) - 180 пг/мл.

Калий 3,5 ммоль/Л (норма 3,6-5,1).

Метанефрин в моче – 21.2 мкг/сут (норма 0-60).

Норметанефрин в моче – 16.5 мкг/с (норма 0-120).

Вопросы:

1. О каком заболевании могут свидетельствовать данные изменения?

2. Какой тест дополнительно необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. Нужно ли этой пациентке проводить селективный забор крови из надпочечниковых вен на альдостерон и почему?

4. При какой форме первичного гиперальдостеронизма «маршевая проба» неинформативна?

5. Какое лечение показано пациентке?

Задача 31.

Пациентка Л., 56 лет, обратилась к врачу с жалобами на выраженную мышечную слабость, потемнение кожных покровов, сухой кашель, тошноту при подъеме АД (макс до 230/100 м рт.ст.), сухость во рту, учащенное ночное мочеиспускание.

Отмечает ухудшение самочувствия в течении 3 лет, когда впервые стала отмечать общую и мышечную слабость, гипертонические кризы на фоне ранее эффективной гипотензивной терапии.

При осмотре обращают на себя внимание: истонченная, с мраморным оттенком кожа с заметным сосудистым рисунком, атрофия мышц нижних конечностей и плечевого пояса, лунообразно лицо с цианотичным оттенком, диспластичное ожирение с преимущественным отложением жира на животе, артериальная гипертензия 190/100 мм рт.ст.

При проведении лабораторного обследования: глюкоза – 9.3 ммоль/л, калий – 3,3 ммоль/л, АКТГ – 457 пг/мл, кортизол в 9.00 – 1134 нмоль/л, кортизол в 21.00 – 900 нмоль/л, кортизол на фоне пробы с 2 мг дексаметазона 1200 нмоль/л, кортизол на фоне пробы с 8 мг дексаметазона в сутки – 800 нмоль/л.

Рентгенограмма органов грудной клетки: без особенностей, признаки диффузного остеопороза.

КТ органов грудной клетки: в третьем сегменте правого легкого овоидной формы образование 0,5х0,8х0,7 см.

МРТ гипофиза – микроаденома гипофиза диаметром 0,5 см.

КТ органов брюшной полости: диффузная гиперплазия обоих надпочечников.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какие инструментальные методы диагностики рекомендуется провести для уточнения диагноза?

3. Какие результаты обследования позволяют заподозрить длительное течение заболевания?

4. Метод лечения.

5. Прогноз.

Задача 32.

Больная Х., 51 год, жалобы на периодическое повышение артериального давления более 250/100 мм рт.ст., сопровождающееся учащенным сердцебиением, бледностью кожных покровов, ощущением жара в теле, выраженными головными болями в

затылочной области давящего характера, тошнотой, иногда – рвотой, дрожью в руках. Приступы возникают на фоне видимого благополучия, внезапно. Их продолжительность примерно 15 минут, принимает кордафлекс.

При проведении КТ органов брюшной полости получены данные за опухоль левого надпочечника размерами 43,5х37,8 мм.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?

2. При клинической диагностике этого заболевания существует триада симптомов, которая в сочетании с артериальной гипертензией наиболее часто встречается. Все ли эти симптомы есть у данной пациентки?

3. Какие лабораторные тесты необходимо провести пациентке?

4. Нужно ли больной проводить радиоизотопные методы исследования?

5. После установления диагноза что необходимо назначить больному?

Задача 33.

Мужчина, 45 лет, проходит обследование по поводу синдрома Кушинга. У него центральное ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет, акне и слабость проксимальных мышц. Он утверждает, что ежедневно выпивает 100 г водки, хотя его жена говорит, что, на самом деле, он пьет гораздо больше. Суточная экскреция кортизола с мочой повышена в 3 раза по сравнению с нормой. Кортизол плазмы в 8:00 после приема 1 мг дексаметазона в 23:00 – 138 нмоль/л.

Вопросы:

1. Что Вы подозреваете в первую очередь?

2. Какой следующий анализ нужно выполнить?

3. Чтобы избежать ложно-положительного результата при исследовании свободного кортизола мочи, как надолго надо отказаться от приема алкоголя?

4. Что может привести к ложно-положительному результату теста с 1 мг дексаметазона у женщин?

5. Имеют ли пациенты с «псевдо-Кушингом» фенотипические изменения как при истинном синдроме Кушинга?

Задача 34.

Обратились родители мальчика 3 лет (3 года и 2 мес.) с жалобами на появление у ребенка лобкового и подмышечного оволосения, увеличение размеров полового члена.

Данные анамнеза: мальчик от 1-й беременности, родился в срок, при рождении патологии не выявлено, выписанына 5-й день в удовлетворительном состоянии. Рост и развитие по возрасту, у врачей-специалистов не наблюдались, хронической патологии, операций, травм не было. Рост родителей: мама 163 см, папа 170 см. Наследственность по эндокринной патологии не отягощена.

В течение последнего года интенсивно растет, опережает сверстников по темпам роста. В поведении стали заметны агрессивность, конфликтность в общении с другими детьми, в связи с чем обращались к психологам, часто перед сном и при пробуждении стали появляться эрекции. Обращали внимание на увеличение размеров полового члена. Около 2 недель мама заметила появление прямых пигментированных волос на лобке и в подмышечных областях, в связи с чем обратилась к эндокринологу.

Данные объективного статуса: рост 122 см, вес 20,3 кг Телосложение правильное, хорошо развита мышечная масса. Речь с логопедическими дефектами. Негативистичен, сопротивляется осмотру.

Кожные покровы чистые, диффузно смуглые.

ЩЖ – без патологии.

АД - 100/70 мм рт.ст., ЧСС – 100 в минуту.

Половая формула: A-1, P-2, F-0-1, V-0-1, ДП-5 см, ШП 1,5 см, testis scrotum. ОЯ

правого и левого яичек по 3 мл. Мошонка пигментированная.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Назначьте необходимое гормональное и инструментальное обследование для уточнения причины данного состояния.

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

4. Назовите характерные изменения гормональных и инструментальных данных в том случае, если у пациента ВГКН? Какую форму заболевания можно предполагать с учетом клинико-анамнестических данных?

5. Потребуется ли расширение обследования в этом случае?

Задача 35.

На приеме мальчик 7,5 лет с родителями. Жалобы на слабость, недомогание, гиперпигментацию кожных покровов, плохой аппетит, в то же время отмечает тягу к соленой пище – маринованным огурцам, соленой рыбе, периодические различной локализации боли в животе, постоянную сонливость, нежелание посещать школу. Ухудшение самочувствия отмечает около 2 недель.

Данные анамнеза: мальчик от 1-й беременности, родился в срок, при рождении патологии не выявлено. В возрасте 5 лет на основании признаков преждевременного полового созревания, ускорения темпов роста и костного возраста, повышения уровня 17-ОНР диагностирована ВГКН, простая вирильная форма, подтверждена молекулярно-генетическим исследованием. Назначено лечение преднизолоном 2,5 мг утром и 5 мг вечером. Самочувствие ребенка было удовлетворительным, уровни 17-ОНР при мониторинге раз в 4-6 мес. в пределах нормы. В сентябре ребенок пошел в 1-й класс. Через 2 недели от начала учебы начал отмечать вышеописанные жалобы, родители стали замечать усиление пигментации кожных покровов.

Данные объективного статуса: рост 139 см, вес 25,9 кг. Телосложение правильное. Кожные покровы чистые, диффузно смуглые, сгущение пигментации в подмышечных областях, локтевых сгибах, ладонных складках, в области сосков. Щ.ж. – без патологии.

А/Д - 85/50 мм рт.ст., ЧСС – 110 в минуту, ритмичные.

Половая формула: А-2, Р-3, F-1 , V-1, ДП-7 см, ШП – 2 см, testis scrotum. ОЯ правого и левого яичек по 5 мл. Мошонка пигментированная.

Данные лабораторного исследования: глюкоза - 4,1 ммоль/л, калий - 5,7 ммоль/л, в КАК – Нв - 127 г/л, количество форменных элементов, лейкоцитарная формула б/о.

17-ОНР – 54,4 нг/мл, кортизол – менее 27 нмоль/л, АКТГ – 150 пг/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Требуется ли госпитализация ребенка в эндокринное отделение? Экстренно или планово? Обоснуйте свое мнение.

3. Потребуется ли дополнительное гормональное и инструментальное исследование, какое?

4. С чем связано на Ваш взгляд ухудшение течения заболевания? Отражает ли декомпенсацию заболевания значительное снижение уровня кортизола?

5. Какова тактика лечения пациента в ближайшем и отдаленном периодах?

Задача 36.

На приеме пациентка 25 лет. Жалобы на утомляемость, отечность, повышение веса на 10 кг за последние полгода, головные боли, появление растяжек на груди и животе.

Данные анамнеза: девочка родилась с вирилизацией наружных гениталий (2 ст. по Прадеру), при обследовании диагностирована ВГКН вследствие дефекта 21-гидроксилазы на основании повышения уровня 17-ОНР более 100 нг/мл, повышения ренина плазмы

более 80 нг/мл. Лечение начато до начала клинических проявлений. В возрасте 1,5 лет проведено оперативное лечение (феминизирующая пластика НПО). Получала гидрокортизон (Кортеф) и Кортинефф. Регулярно наблюдались детским эндокринологом, своевременно проводилась коррекция доз заместительной терапии. Экстренных госпитализаций не было. Менархе в 14 лет, месячные установились регулярные. Росла и развивалась по возрасту, посещала детский сад, в школу пошла с 7 лет, училась на 4-5. После школы поступила в ВУЗ, который закончила 2 года назад, в настоящее время работает по специальности.

Кортеф принимала в дозе 5 мг утром, 2,5 мг днем и 12,5 мг на ночь + Кортинефф 50 мкг утром.

В течение последних 4 мес. в связи с отсутствием Кортефа перешла на прием кортизона ацетата: 25 мг утром, 12,5 мг днем и 50 мг на ночь + Кортинефф 50 мкг утром. Связывает ухудшение самочувствия и прибавку веса с переходом на лечение кортизоном, хочет перейти снова на лечение кортефом.

Данные объективного статуса: рост – 165 см, вес – 75,8 кг. ОТ – 80 см, ОТ/ОБ - 0.87. Кожные покровы чистые, обычной влажности, на груди и животе множественные стрии розового цвета, по типу атрофических, отмечается общая пастозность – лица, рук. голеней.

Щ.ж. – не увеличена, плотноватой консистенции, узлов не пальпируется.

А/Д - 130/80 мм рт.ст., после 15 приседаний – 160/80 мм рт.ст., ЧСС – 80 в минуту.

По органам без существенных изменений.

Данные лабораторного и и нструментального исследования: глюкоза плазмы – 5,8 ммоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, в КАК – Нв-145 г/л, эр – 4.5 х 10^{12}/л, лейк – 9,9 х 10^{9}/л, сдвиг в сторону нейтрофилов, тромб – 330 х 10^{9}/л, СОЭ – 15 мм/час.

17-ОНГ – 0,3 нг/мл, ренин 16,8 нг/мл, кортизол –1027 нмоль/л, АКТГ – 13 пг/мл, тестостерон – 0,5 нг/мл, ДЭА-сульфат – 100 мкг/дл.

УЗИ малого таза – без патологии. УЗИ надпочечников – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Чем обусловлено повышение уровня кортизола в крови?
3. Требуется на Ваш взгляд лабораторное дообследование и если да, то какое?
4. Разделяете ли Вы мнение пациентки о причинах ухудшения состояния?
5. Каковы варианты дальнейшей заместительной терапии Вы можете предложить?

Задача 37.

На приеме ребенок 2 лет с родителями.

Данные анамнеза: ребенок от 3-й беременности (первые две закончились выкидышами на ранних сроках), родился в срок, с весом 4.100 кг, длиной 53 см. Родители кавказской национальности. Определен фенотипически мужской пол, констатирована гипоспадия, 2сторонний крипторхизм, тактика ведения избрана наблюдательная. Развитие по возрасту, в росте с года несколько опережает сверстников. Последние полгода наблюдаются у невропатолога ввиду головных болей. Проведено обследование головного мозга, сосудов шеи, исключена судорожная активность. На приеме невролога впервые измерено АД и выявлено его повышение до 150/100 мм рт.ст. Отправлен на консультацию эндокринолога для исключения эндокринных причин гипертензии у ребенка.

Данные объективного статуса: рост – 104 см, вес – 20 кг.

Телосложение правильное. Кожные покровы чистые, диффузно смуглые, сгущение пигментации в подмышечных областях, локтевых сгибах, ладонных складках, в области сосков. АД - 140/100 мм рт.ст., ЧСС – 90 в минуту, ритмичные. Половые органы: А-0, Р-0, F-0, V-0, ДП-2 см, ШП – 1 см, гипоспадия.

Мошонка пигментированная, складчатая. Яички в мошонке отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Даст ли в данном случае полезную информацию кариотипирование? Обоснуйте свое мнение.

3. Какое гормональное обследование вы назначите такому ребенку? Существует ли гормональный биохимический маркер, исследование которого позволит верифицировать диагноз?

4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

5. Какие инструментальные методы исследования позволят уточнить диагноз?

Задача 38.

На приеме пациентка 18 лет.

Данные анамнеза: обратилась в связи с задержками месячных до 2 мес., ростом волос на лице и теле, избытком веса, прогрессирующей прибавкой веса, стрии на животе и бедрах. Симптомы начались с 14 после наступления менархе. В анамнезе госпитализация после дисфункционального маточного кровотечения в возрасте 16 лет, назначались гормональные препараты (Марвелон) для остановки кровотечения, рекомендовано обследование и лечение у эндокринолога. Последние 2 года отмечается прогрессирующая прибавка веса, около 2 мес. заметила появление стрий на животе и бедрах.

У обеих бабушек по материнской линии сахарный диабет типа 2. У матери – «преддиабет».

Данные объективного статуса: рост – 160 см, вес – 87,3 кг.

Телосложение правильное. Кожные покровы чистые, обычного цвета. На животе и бедрах короткие розовые стрии. На лице и груди – единичные элементы угревой сыпи.

Щ.ж. – не увеличена, эластична, узлов не пальпируется.

Рост концевых волос на верхней губе (2 балла), подбородке (2 балла), нижней части живота (2 балла), бедрах (2 балла), предплечьях и голенях по 2 балла.

АД – 100/60 мм рт.ст, ЧСС – 80 в минуту, ритмичные.

Данные предыдущего гормонального исследования: кортизол – 570 нмоль/л, АКТГ – 27 пг/мл, сахар крови натощак из пальца – 5,8 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какие клинические симптомы избыточной выработки андрогенов имеются у данной пациентки?

2. Какие заболевания необходимо дифференцировать у этой пациентки, учитывая данные предыдущих обследований?

3. Какое лабораторное обследование вы назначите пациентке для уточнения диагноза? Существуют ли условия для проведения обследования?

4. Как Вы расцените уровень сахара крови натощак и будете ли назначать дополнительные исследования для уточнения характера углеводного обмена?

5. Какое инструментальное исследование необходимо провести для подтверждения диагноза СПКЯ?

Задача 39.

На приеме пациентка 20 лет.

Данные анамнеза: обратилась в связи с задержками месячных до 2 мес., ростом волос на лице и теле, избытком веса. Симптомы начались с 15 после наступления менархе. С детства имеется избыток веса.

Данные объективного статуса: рост – 165 см, вес – 72,3 кг. Телосложение правильное.

Рост концевых волос на верхней губе (1 балл), подбородке (2 балла), верхней части живота (1 балл), нижней части живота (2 балла), бедрах (2 балла), предплечьях и голенях по 2 балла.

Данные предыдущего исследования: св. тестостерон – 5,1 пг/мл, ЛГ – 10,8 мМЕ/мл,

ФСГ – 3,8 мМЕ/мл, пролактин – 320 мМЕ/мл, 17-ОН прогестерон – 2,5 нг/мл, эстрадиол 58 пмоль/л, ТТГ – 1,8 мкМЕ/мл, сахар крови натощак – 4,8 ммоль/л, инсулин натощак – 25 мкМЕ/мл.

По данным УЗИ малого таза (проведено на 20-й день МЦ): матка уменьшена в размерах, м-ЭХО 5 мм, яичники объемом 12,l и 10,6 $см^3$, множественные, более 15 шт. фолликулы в эхосрезе 3-6 мм в диаметре, преимущественно с периферическим расположением. Доминантный фолликул, желтое тело отсутствуют в обоих яичниках. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве не выявляется.

УЗИ Щ.Ж. – без патологии.

УЗИ надпочечников – без патологии.

Вопросы:

1. Как Вы можете прокомментировать данные гормонального исследования?
2. Интерпретируйте данные УЗИ малого таза у этой пациентки.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какое дообследование Вы назначите для уточнения диагноза?
5. Как Вы расцените уровень сахара крови натощак и будете ли назначать дополнительные исследования для уточнения характера углеводного обмена?

Задача 40.

На приеме пациентка 25 лет.

Данные анамнеза: обратилась в связи с задержками месячных, ростом волос на лице и теле, избытком веса в возрасте 18 лет. Симптомы начались с 15 лет, вскоре после наступления менархе. В анамнезе ожирение, нарушенная толерантность к глюкозе, дислипидемия, артериальная гипертензия. Обследована у гинеколога-эндокринолога, констатирован диагноз СПКЯ. Назначены контрацептивные препараты для лечения проявлений андрогенной дермопатии (Джес, Ярина), которые принимает в течение 7 лет. Соблюдала диету, снизила вес на 15 кг. Планирует беременность.

Данные объективного статуса: рост – 165 см, вес – 80,8 кг.

Рост концевых волос на лице и теле сложно оценить – проведена эпиляция. АД – 130/90 мм рт.ст.

По данным УЗИ малого таза (проведено на 8-й день МГЦ): матка нормальных размеров, м-ЭХО 2 мм, яичники объемом 5,5 и 5,6 $см^3$, единичные (4-5) фолликулы в эхосрезе в каждом яичнике.

Вопросы:

2. Интерпретируйте данные УЗИ малого таза у этой пациентки.
2. Чем Вы объясните данную УЗ-картину яичников с учетом выставленного ранее диагноза?
3. Какое дообследование Вы назначите с учетом целей пациентки? Есть ли условия для проведения исследования?
4. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?
5. Каков прогноз в отношение фертильности у данной пациентки?

Задача 41.

На приеме пациентка 26 лет.

Данные анамнеза: обратилась в возрасте 25 лет с основной жалобой на отсутствие беременностей в течение 2 лет. В анамнезе всегда регулярные месячные, менархе с 13 лет. Имеется небольшой избыток веса, гирсутизм I ст. На основании обследования врачом гинекологом-эндокринологом диагностирован СПКЯ. Проведено 2 курса стимуляции овуляции Кломифеном (клостельбигитом), после которых беременности не наступило. Пациентка собирает документы для проведения ЭКО, в рамках чего обратилась к эндокринологу. Муж обследован, спермограмма без отклонений от нормы.

Данные объективного статуса: рост – 165 см, вес – 82,5 кг.

Телосложение правильное. На шее, в подмышечных областях, на локтях нечеткие очаги пигментации бронзового цвета.

Рост концевых волос на верхней губе (1 балл), подбородке (1 балл), верхней части живота (l балл), нижней части живота (2 балла), бедрах (1 балл), предплечьях и голенях по 2 балла.

Данные предыдущего исследования: св. тестостерон – 4,8 пг/мл, ЛГ – 11,5 мМЕ/мл, ФСГ – мМЕ/мл, пролактин 286 мМЕ/мл, 17-ОН прогестерон 1,8 нг/мл, глобулин связывающий половые гормоны (ГСПГ) – 32,5 нмоль/л, эстрадиол – 90 пмоль/л, ТТГ – 1,4 мкМЕ/мл, кортизол - 455 нмоль/л, АКТГ – 12,6 пг/мл, сахарная кривая 5,5 ммоль/л натощак, 9.3 ммоль/л через час после приема глюкозы, 8,1 ммоль/л через 2 часа после приема глюкозы, инсулин натощак – 23,6 мкМЕ/мл.

По данным УЗИ малого таза (проведено на 7-й день МЦ): матка нормальных размеров, м-ЭХО 5 мм, яичники объемом 14,1 и 10,3 $см^3$, множественные, более 12 шт. фолликулы в эхосрезе 3-6 мм в диаметре, преимущественно с периферическим расположением. Доминантный фолликул отсутствует в обоих яичниках. УЗИ Щ.ж. – без патологии. УЗИ надпочечников – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Как Вы можете прокомментировать данные гормонального исследования?

3. Интерпретируйте данные УЗИ малого таза у этой пациентки.

4. Какое лечение можно предложить как альтернативу ЭКО для восстановления овуляции и фертильности у данной пациентки?

5. Какова основная патогенетическая цель консервативного лечения у данной пациентки?

Задача 42.

Больной 25 лет обратился к эндокринологу с жалобами на бесплодие, избыточную массу тела, снижение либидо, гинекомастию.

Данные анамнеза: наблюдался в возрасте 15 лет у эндокринолога с диагнозом задержка полового развития.

Данные объекгивного осмотра: состояние удовлетворительное, явных отклонений со стороны систем и органов не выявлено. ИМТ 28 $кг/м^2$, грудные железы представлены жировой тканью, железистой ткани не выявлено. При оценке половой системы: половые органы развиты правильно, яички в мошонке, гипоспадии нет, варикоцеле нет, вирилизация наружных половых органов по шкале Прадера – 5 баллов, по шкале Таннера – 2 балла, объем яичек по орхидометру Прадера – 6 мл (правое и левое), лобковое и подмышечное оволосение по шкале Таннера – 2 балла. В анализе эякулята – азооспермия.

Данные обследования: пролактин - 536 мЕД/л, тестостерон – 2,1 нмоль/л, ЛГ – 23 мМЕ/мл, ФСГ - 45 мМЕ/мл.

Кариотипирование: кариотип 47ХХУ.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.

3. Определите тактику лечения.

4. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту? Какова цель лечения?

5. Изменится ли тактика лечения, если пациент планирует зачатие ребенка?

Задача 43.

Больной 25 лет обратился к эндокринологу с жалобами на бесплодие, отсутствие либидо, отсутствие полового оволосения, отсутствие обоняния.

Данные анамнеза: наблюдался в возрасте 2 года с диагнозом крипторхизм и далее в 14 лет у эндокринолога с диагнозом задержка полового развития.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, явных отклонений со стороны систем и органов не выявлено. ИМТ 20 кг/м^2, при пальпации грудных желез железистой ткани не выявлено. При оценке половой системы: яички гипоплазированы и расположены в мошонке, гипоспадии нет, варикоцеле нет, вирилизация наружных половых органов по шкале Прадера – 5 баллов, по шкале Таннера – 1 балл, лобковое и подмышечное оволосение по шкале Таннера – 1 балл.

В анализе эякулята – азооспермия.

Данные обследования: пролактин - 256 мЕД/л, тестостерон – 1,9 нмоль/л, ЛГ – 0,8 мМЕ/мл, ФСГ - 0.7 мМЕ/мл.

УЗИ органов мошонки и малого таза: яички гипоплазированы, расположены в мошонке, объем 2 мл правое и 2 мл левое, опухолевого процесса не обнаружено Кариотипирование: кариотип 46 ХУ.

МРТ гипоталамо-гипофизарной области: патологических образований не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого Вами заболевания.

3. Определите тактику лечения.

4. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту? Какова цель лечения?

5. Изменится ли тактика лечения, если пациент планирует зачатие ребенка?

Задача 44.

Больной 29 лет обратился к эндокринологу с жалобами на бесплодие.

Данные анамнеза: у эндокринолога не наблюдался, в браке 6 лет, беременности у супруги не наступало при регулярной половой жизни в теч. 2-х лет без контрацепции.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, явных отклонений со стороны систем и органов не выявлено. ИМТ 20 кг/м^2, при пальпации грудных желез железистой ткани не выявлено. При оценке половой системы: яички расположены в мошонке, гипоспадии нет, варикоцеле нет, вирилизация наружных половых органов по шкале Прадера – 5 баллов, по шкале Таннера – 5 баллов, лобковое и подмышечное оволосение по шкале Таннера – 5 баллов. Объем яичек 15 мл правое и 15 мл левое.

В анализе эякулята – азооспермия.

Данные обследования: пролактин - 256 мЕД/л, тестостерон – 16,9 нмоль/л, ЛГ – 4,8 мМЕ/мл, ФСГ - 16,7 мМЕ/мл

Кариотипирование: кариотип 46 ХУ.

Молекулярное генетическое исследование методом полимеразно-цепной реакции: SRY +, выявлены микроделеции локусов гена AZF региона с.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого Вами заболевания.

3. Определите тактику лечения.

4. Какой прогноз лечения и какие дополнительные процедуры могут проводиться в рамках ЭКО?

5. Какие дополнительные методы исследования могут потребоваться в рамках проведения процедуры ЭКО с целью определения риска наследования заболевания?

Задача 45.

Больной 38 лет обратился к эндокринологу с жалобами на рост левой грудной

железы. Данные анамнеза: у эндокринолога не наблюдался, подобных изменений ранее не было, имеет 2-х детей. Симптомы развились 3 месяца назад после перенесенного стресса.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, явных отклонений со стороны систем и органов не выявлено. ИМТ 35 кг/м^2, грудные железы представлены жировой тканью и железистой тканью с левой стороны. Диаметр железистой ткани примерно 2.5 см слева. При оценке половой системы: половые органы развиты правильно, яички в мошонке. Гипоспадии нет, варикоцеле нет, вирилизация наружных половых органов по шкале Прадера 5 баллов, по шкале Таннера – 5 балла, объем яичек по орхидометру Прадера – 16 мл (правое и левое), лобковое и подмышечное оволосение по шкале Таннера 5 баллов.

Стадия полового развития по Таннеру – 5.

В анализе эякулята: нормозооспермия.

Данные обследования: пролактин - 567 мЕД/л, тестостерон – 10,8 нмоль/л, ЛГ – 2,5 мМЕ/мл, ФСГ – 4,3 мМЕ/мл, эстрадиол – 56 пг/мл.

Клинический и биохимический анализ крови – выявлено повышение уровня АЛТ до 110 ЕД/л, АСТ – 23 ЕД/л, остальные показатели без изменений.

Кариотипирование: кариотип 46 ХУ.

УЗИ грудных желез: истинная односторонняя гинекомастия, диаметр железистой ткани слева – 2.7 см, справа – нет.

УЗИ органов мошонки, малого таза и брюшной полости: яички объемом 26 мл каждое расположены в мошонке, опухолей тестикул не обнаружено, опухолевого процесса в надпочечниках не обнаружено. Выявлены признаки стеатогепатита.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого Вами заболевания.

3. Определите тактику лечения.

4. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту? Какова цель лечения?

5. Изменится ли тактика лечения, если медикаментозная терапия оказалась не эффективной?

Задача 46.

Больной 28 лет обратился к эндокринологу с жалобами на бесплодие, снижение либидо.

Данные анамнеза: наблюдался у эндокринолога с возраста 12 лет с диагнозом сахарный диабет I-го типа аутоиммунного генеза, аутоиммунный тиреоидит. Получает интенсифицированную инсулинотерапию, левотироксин 150 мкг/сутки. В настоящее время сахарный диабет в состоянии компенсации (гликированный гемоглобин 5.8%). На фоне заместительной терапии левотироксином достигнут эутиреоз.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, явных отклонений со стороны систем и органов не выявлено. ИМТ 28 кг/м^2, грудные железы представлены жировой тканью, железистой ткани не выявлено. При оценке половой системы: половые органы развиты правильно, яички в мошонке, гипоспадии нет, варикоцеле нет, вирилизация наружных половых органов по шкале Прадера – 5 баллов, по шкале Таннера – 5 балла, объем яичек – по орхидометру Прадера 10 мл (правое и левое), лобковое и подмышечное оволосение по шкале Таннера – 5 баллов.

В анализе эякулята – олигозооспермия тяжелой степени (концентрация сперматозоидов 2 млн/мл).

Данные обследования: пролактин - 436 мЕД/л, тестостерон – 2,9 нмоль/л, ЛГ – 33 мМЕ/мл, ФСГ - 24 мМЕ/мл

Кариотипирование: кариотип 46 ХУ.

Иммунологическое исследование: выявлены антитела к стероид-продуцирующим тканям яичка.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого Вами заболевания.

3. Определите тактику лечения.

4. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту? Какова цель лечения?

5. Изменится ли тактика лечения, если пациент планирует зачатие ребенка?

Задача 47.

Больная 18 лет обратился к эндокринологу с жалобами на отсутствие месячных.

Данные анамнеза: у эндокринолога не наблюдалась, данное обращение - первичное

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, явных отклонений со стороны систем и органов не выявлено. ИМТ 21 кг/м^2, грудные железы развиты правильно по шкале Таннера – 5 баллов. При оценке половой системы: наружные половые органы развиты правильно по женскому типу, размер клитора 1 см, лобковое и подмышечное оволосение по шкале Таннера – 1 балл, оволосение по шкале Ферримана-Галвея – 0 баллов. Осмотр рег vaginum: влагалище укорочено длиной 2 см, заканчивается слепо. Матка и яичники не пальпируются.

Данные обследования: пролактин - 436 мЕД/л, тестостерон – 45,4 нмоль/л, ЛГ – 33 мМЕ/мл,

ФСГ 24 мМЕ/мл, эстрадиол – 160 пг/мл.

Кариотипирование: кариотип 46 ХУ.

УЗИ органов малого таза: матка, маточные трубы и яичники не определяются, выявлены гипоплазированные яички в области внутреннего пахового кольца объемом 12 мм каждое. Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого вами заболевания.

3. Определите тактику лечения.

4. Мониторинг каких исследований и с какой периодичностью необходимо проводить этому пациенту? Какова цель лечения?

5. Изменится ли тактика лечения, если пациентка предъявляет жалобы на сексуальную дисгармонию вследствие невозможности проведение полноценного полового акта?

Задача 48.

Больной Т., 37 лет, поступил в эндокринологическое отделение клиники с целью проведения гормонального обследования по поводу объемных образований в обоих надпочечниках.

Анамнез заболевания: отмечает ухудшение общего самочувствия в течение 6 мес., когда появились общая слабость, повышенная нервозность, ощущение учащенного сердцебиения, периодически возникающий дискомфорт в эпигастральной области. Месяц назад при проведении МСКТ органов брюшной полости: гиперваскулярные образований обоих надпочечников с кистозным компонентом - слева 46*37 мм, справа 25*27 мм, УЗИ щитовидной железы: увеличенные шейные лимфоузлы и наличие узла в правой доле в щитовидной железе (поданным проведенной ТАБ – нельзя исключить медуллярный рак). В ан. крови - повышение уровня кальцитонина до 77.3 (при норме до 13 пг/мл).

При объективном осмотре: обращает на себя внимание психо-эмоциональная лабильность, астеническое телосложение, дискомфорт при пальпации в эпигастральной

области, наличие узла в правой доле щитовидной железы около 1 см в диаметре.

Данные инструментально-лабораторного обследования:

УЗП щитовидной железы: Щитовидная железа расположена типично. Общий объем 13 $см^3$, эхогенность обычная. Структура однородная. В правой доле лоцируется образование неправильной формы, неоднородной структуры, с анэхогенным компонентом, с петрификатами, размерами 12х9х11 мм, кровоток выраженный перинодулярный и в центре. В левой доле аналогичное по структуре образование размерами 6х6х9 мм, с перинодулярным и центральным кровотоком. Периферические лимфоузлы не увеличены. В проекции паращитовидных желез образования не выявлены.

КТ органов брюшной полости: в теле и медиальной ножке правого надпочечника определяется образование размерами 32,7х25,8х34,6 мм, овальной формы, с четкими контурами, плотностью в нативную фазу +13 +30 HU. В артериальную фазу отмечается интенсивное контрастное усиление в периферическом отделе (+148 HU), с наличием гиподенсных зон +20 +35HU. В паренхиматозную фазу денситометрическая плотность образования так же не равномерная +105 HU - + 35HU. В дистальных отделах латеральной ножки правого надпочечника визуализируется образование округлой формы, размерами 15,4х 10,2 мм, относительно гомогенной структуры, накапливающее рентгенконтрастный препарат в артериальную и паренхиматозную фазы до +25 +77HU.

Левый надпочечник представлен патологическим образованием размерами 43х38,2х60 мм, с более выраженными гиподенсными зонами (вероятно за счет кровоизлияний и некроза). Характер накопления рентгенконтрастного препарата аналогичен образованию в правом надпочечнике.

Результаты лабораторного обследования: адреналин крови (фон) – 407 пг/мл (норма 0-100), норадреналин в крови (фон) – 1230 пг/мл (норма 0-600), метанефрин крови (фон) – 648 ПГ/МЛ (норма 0-90), норметанефрин крови (фон) – 585 пг/мл (норма 0-180), метанефрин в моче – 878 мкг/сут. (норма 0-60), норметанефрин в моче – 1107 мкг/сут (норма 0-120), адреналин в крови на фоне пробы с клофелином – 1147 пг/мл, норадреналин в крови на фоне пробы с клофелином – 4000 пг/мл, кортизол в 9.00 – 388 нмоль/л (норма 138-690), кортизол в 21.00 – 159 нмоль/л (норма 70-345), кортизол на фоне пробы с 1 мг дексаметазона – 79 нмоль/л, АКТГ – 16,4 пг/мл (норма <46), альдостерон – 61 пг/мл (норма 10-150), ренин – 5.0 пг/мл(норма 4.7-31), кальциотнин – 170 пг/мл (норма 0-11), паратгормон – 35 пг/мл (норма до 65 пг/мл).

Вопросы:

1. О каком заболевании могут свидетельствовать данные изменения в анализах и визуализирующих исследованиях?

2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести?

3. Предварительный план лечения пациента?

4. Какие вопросы при сборе семейного анамнеза необходимо уточнить?

5. У пациента есть сын 3 летнего возраста, показаны ли ему какие-либо обследования, если да, то – какие?

Задача 49.

Больной Л., 55 лет жалуется на похудание, общую слабость, особенно мышечную, снижение аппетита, тошноту, ноющую боль в надчревной области без четкой связи с характером принимаемой пищи; потемнение кожи, особенно лица, кистей, прогрессирующее исхудание появились 1 год назад. В прошлом болел туберкулезом легких. Выраженная общая слабость, в том числе мышечная. Снизилось до нормы артериальное давление, в связи с чем гипотензивные средства практически не принимает. Объективно. Рост – 170 см, масса тела 64,5 кг. Кожа смуглая, цвета загара, пигментация более выражена на открытых участках тела. Пульс – 68 уд. в мин, ритмичный, средней величины. АД - 145/80 мм рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Ширина сосудистого пучка 6

см, тоны сердца ослаблены, систолический шум над верхушкой, усиление П тона над аортой. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, умеренно болезненный в надчревной области. Дополнительные исследования: общий анализ крови и мочи без отклонений от нормы, глюкоза крови натощак - 4,55 ммоль/л. ЭКГ - ритм синусовый, правильный, снижение вольтажа зубцов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Объясните вероятную причину нормализации артериального давления.
4. Составьте план дополнительных исследований для обоснования окончательного диагноза.
5. Какая информация может быть получена при эхографии надпочечников?

Задача 50.

Пациентка 22 лет обратилась к эндокринологу с жалобами на слабость, жажду, полиурию, головную боль. Данные анамнеза: после родов год назад появилась слабость, жажда, полиурия, боли в эпигастрии, диспепсия и снижение массы тела. Появилась полиурия и жажда (выпивала до 4-х литров жидкости в день).

Данные объективного обследования: щитовидная железа не увеличена, эластичной консистенции, узлы не пальпируются. Клинически и лабораторно эутиреоз. Данные лабораторного обследования: Сахар крови натощак - 5,5 ммоль/л. Обший кальций – 2,58 (N – 2,05 -2,54) ммоль/л. Гиперкальциурия 6,75 (N- 4,02-4,99) ммоль/сутки, ПТГ - 202 (N – 16-87) пг/мл. В общем анализе мочи – РН 7,6, удельный вес 1009, белка нет, в осадке оксалаты, фосфаты. Данные инструментального обследования: При рентгеновской остеоденситометрии выявлено снижение МПК в области шейки бедра (Т-критерий -2,5 SD). УЗИ ПОЧеК - нефрокальциноз в виде гиперэхогенности пирамидок обеих почек. УЗИ щитовидной желез – узел 3 см в правой доле ЩЖ (3,2 х 1,75 х 2,03 пониженной эхогенности). УЗИ поджелудочной железы – уплотнение ткани, пониженной эхогенности, кисты в проекции тела и хвоста ПЖ. В остальном проведение УЗИ брюшной полости, почек и надпочечников патологии не выявило. Прицельный рентгеновский снимок турецкого седла - остеопороз спинки турецкого седла. Спиральная КТ с контрастом - выявлено образование 3,1 х 2,0 см позади нижней доли ЩЖ справа – предположительно аденома ОЩЖ.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого Вами заболевания.
3. Определите тактику лечения.
4. Какова цель лечения?
5. Какова может быть альтернативная тактика ведения пациентки при отказе пациентки от выбранного Вами метода лечения заболевания.

Задача 51.

Пациент 56 лет предъявляет жалобы на слабость, периодические судорожные подергивания мышц конечностей, боли за грудиной и в подложечной области; затруднение дыхания.

Данные анамнеза: Пациент перенес оперативное лечение 2 месяца назад по поводу папиллярного рака щитовидной железы, Проведена тотальная струмэктомия, принимает 100 мкг левотироксина натрия. Ухудшение самочувствия появилось 2 недели назад, когда возникли перечисленные выше жалобы. Данные объективного обследования. Рост 178 см, вес 92 кг (ИМ Т - 29 кг/м^2). Распределение подкожно-жировой клетчатки по абдоминальному типу (ОТ - 94 см). На шее послеоперационный рубец. Отмечается

положительный симптом Труссо и симптом Хвостека 2. Пульс 82 ударов в 1 мин, ритмичный, АД 140/85 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов без отклонений от нормы. Данные лабораторного обследования: в биохимическом анализе крови уровень общего кальция в крови - 2,0 ммоль/л. (норма от 2,2 до 2,65 ммоль/л), уровень ионизированного кальция в крови - 1,09 ммоль/л. (норма от 1,13 до 1,31 ммоль/л). Уровень фосфора неорганического в крови 1,32 ммоль/л (норма от 0,87 до 1,45 ммоль/л). T_4 своб. 9,2 пмоль/л (норма 11.5-23.0), ТТГ – 11,2 мМЕ/л (норма 0.17-5.0).

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте основной диагноз.
2. Поставьте и сформулируйте сопутствующий диагноз.
3. Определите тактику лечения основного заболевания.
4. Определите тактику лечения сопутствующего заболевания.
5. Цель лечения основного и сопутствующего заболевания? Мониторинг каких исследований следует провести этому пациенту для оценки адекватности проводимой терапии?

Задача 52.

Пациентка 40 лет, находилась в отделении гастроэнтерологии с жалобами на частые поносы, боли в животе, снижение веса, боли в спине.

Данные анамнеза: в течение нескольких лет отмечала плохое самочувствие, нарастание слабости, боли в спине, снижение веса на 4 кг, частый жидкий стул и периодические боли в животе.

Данные объективного обследования: Рост 161 см, вес 58 кг (ИМТ 22,38). Щитовидная железа не увеличена, эластичной консистенции, узлов не определяется. Тремор пальцев рук отсутствует. Глазные симптомы отрицательные. Пульс 78 ударов в мин, ритмичный, АД 130/82 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются. В остальном со стороны внутренних органов - без отклонений от нормы.

Данные лабораторного обследования: При обследовании выявлена гипохромная анемия, гипокальциемия – уровень общего кальция в крови 2,0 ммоль/л (норма от 2,2 до 2,65 ммоль/л), уровень ионизированного кальция в крови - ммоль/л (норма от 1,13 до ⌊,3 ммоль/л). Уровень паратгормона в крови – 15,2 пмоль/л (норма от 2,35 - 1,54 пмоль/л). Уровень фосфора неорганического в крови - 1,06 ммоль/л (норма от 0,87 до 1,45 ммоль/л), креатинин крови 80 мкмоль/л, СКФ по формуле CKD-EPI – 80 мл/мин/1,73 $м^2$, повышение уровней антиглиадиновых антител (маркеры целиакии). Данные инструментального обследования: При рентгенологическом обследовании на рентгенограммах позвоночника признаки диффузного остеопороза, снижение высоты тел позвонков в грудном и поясничном отделе. По данным денситометрии Z-критерий менее -2,5 в поясничном отделе позвоночника (низкая минеральная плотность кости для хронологического возраста), при ФГДС- признаки атрофического гастродуоденита.

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Каковы причины изменений в костях?
3. Обоснуйте алгоритм дифференциальной диагностики предполагаемого Вами заболевания.
4. Определите тактику лечения остеопороза.
5. Какова цель лечения, и мониторинг каких исследований следует провести этой пациентке при лечении основного заболевания?