

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по УВР и МП

д.м.н., доцент

И.А. Соловьева

29" июня 2022

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине
Эндокринология
для подготовки обучающихся
по специальности ординатуры 31.08.30 Генетика

Красноярск
2022

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине
Эндокринология

Специальность ординатуры: 31.08.30 Генетика

Квалификация выпускника: врач-генетик

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол N 11 от
29 июня 2022 г.).

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого Минздрава России,
2022

Содержание

1. Критерии оценивания
2. Тесты
3. Практические навыки
4. Ситуационные задачи

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ

1. Критерии оценки для оценочного средства: Тесты

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий - менее 70%	-/-	2 - "неудовлетворительно"

2. Критерии оценки для оценочного средства: Практические навыки

<i>Показатель оценки результатов обучения</i>	<i>Уровень сформированности компетенции</i>	<i>Шкала оценивания</i>
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу	-/-	2 - "неудовлетворительно"

выполненных параметров - менее 70%		
------------------------------------	--	--

3. Критерии оценки для оценочного средства: Ситуационные задачи

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
<p>Полно раскрыто содержание материала; материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности; продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала; точно используется терминология; показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации; продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач; продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы</p>	Повышенный	5 - "отлично"
<p>Вопросы излагаются систематизированно и последовательно; продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер; продемонстрировано усвоение основной литературы; в изложении допущены небольшие пробелы, не искажившие содержание; допущены один - два недочета при освещении основного содержания, исправленные по замечанию преподавателя</p>	Базовый	4 - "хорошо"

<p>Неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала; усвоены основные категории по рассматриваемому вопросу; имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии; при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, ординатор не может применить теорию в новой ситуации; продемонстрировано усвоение основной литературы</p>	<p>Пороговый</p>	<p>3 - "удовлетворительно"</p>
<p>Не раскрыто основное содержание учебного материала; обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала; допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов; не сформированы компетенции, умения и навыки</p>	<p>-/-</p>	<p>2 - "неудовлетворительно"</p>

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p>ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В МОЧЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Кетоновые тела 2) Желчные пигменты 3) Амилаза 4) Диастаза 5) Мочевая кислота 	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
2.	<p>НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Нарастающая протеинурия 2) Микроальбуминурия 3) Клиника нарастающей ОПН 4) Прогрессирующее снижение клубочковой фильтрации и развитием клиники ХПН 5) Нефротический синдром 	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
3.	<p>. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Нарастающая протеинурия 2) Микроальбуминурия 3) Клиника нарастающей ОПН 4) Прогрессирующее снижение клубочковой фильтрации и развитием клиники ХПН 5) Нефротический синдром 	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
4.	<p>ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ПРОВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) анализ мочи по Зимницкому 2) анализ мочи по Нечипоренко 3) двухстаканная проба 4) тест с нагрузкой глюкозой 5) синактеновый тест 	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
5.	<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИМЕНЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) препараты инсулина пролонгированного действия 2) глюкокортикоиды 3) аналоги соматостатина 4) препараты десмопрессина 5) антагонисты рецепторов гормона роста 	4	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
6.	<p>ПРИ НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1003-1009 (при количестве мочи 5- 	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	<p>20 литров) 2) 1022-1043 (при количестве мочи 2-3 литра 3) 1013-1028 (при количестве мочи 5-20 литров) 4) 1001-1005 (при количестве мочи 5-20-40 литров) 5) 1018-1020 (при количестве мочи 2-3 литра)</p>			
7.	<p>ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ</p> <p>1) синтеза антидиуретического гормона в задней доле гипофиза 2) секреции инсулина 3) синтеза антидиуретического гормона в ядрах гипоталамуса 4) секреции глюкагона 5) секреции пролактина</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
8.	<p>ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА</p> <p>1) опухоль надпочечников, секретирующая кортизол 2) аденома гипофиза, секретирующая адренокортикотропный гормон 3) недостаточная секреция адренокортикотропного гормона гипофизом 4) аденома гипофиза, секретирующая соматотропный гормон 5) травма головного мозга</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
9.	<p>ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКОКУШИНГА ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) γ-терапия 2) трансфеноидольная аденомэктомия 3) протонотерапия 4) терапия ингибиторами стероидогенез 5) лечение агонистами дофамина</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
10.	<p>ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ «СТЕРОИДНОГО ДИАБЕТА» У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) активация глюконеогенеза в печени 2) стимуляция липолиза 3) катаболизм белка в скелетной мускулатуре 4) аутоиммунное разрушение в-клеток</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	5) развитие дефекта секреции инсулина			
11.	<p>НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЫ</p> <p>1) передозировка сахаропонижающих таблеток</p> <p>2) несвоевременная диагностика сахарного диабета</p> <p>3) передозировка инсулина</p> <p>4) физическая нагрузка</p> <p>5) прием алкоголя</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
12.	<p>КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЫ</p> <p>1) судорожный синдром</p> <p>2) дегидратация</p> <p>3) быстрое развитие комы</p> <p>4) нормальный или повышенный тонус глазных яблок</p> <p>5) ровное дыхание</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
13.	<p>ДЛЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ</p> <p>1) синтеза гликогена</p> <p>2) повышения распада жиров</p> <p>3) развития жировой инфильтрации печени</p> <p>4) усиление синтеза жиров</p> <p>5) усиление синтеза белка</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
14.	<p>КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПРЕКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) усиление аппетита</p> <p>2) дыхание Куссмауля</p> <p>3) резкая слабость, вялость, сонливость</p> <p>4) полная потеря сознания</p> <p>5) отсутствие запаха ацетона в выдыхаемом воздухе</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
15.	<p>ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) снижением тургора кожи, мягкие глазные яблоки</p> <p>2) усилением рефлексов</p> <p>3) повышением мышечного тонуса</p> <p>4) цианозом кожи и слизистых</p> <p>5) отеками</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
16.	<p>ВАРИАНТОМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) абдоминальная форма</p> <p>2) неврологическая форма</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	3) судорожный вариант течения 4) развитие нефротического синдрома 5) гипогликемическая форма			
17.	КЕТОАЦИДОТИЧЕСКАЯ КОМА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ НА ОСНОВАНИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ 1) креатинина крови 2) мочевины крови 3) симптомов дегидратации 4) уровня артериального давления 5) уровня кетоновых тел	5	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
18.	ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА 1) исследование сахара крови 2) исследование уровня кетоновых тел крови и ацетона в моче 3) развернутый анализ крови 4) общий анализ мочи 5) исследование минерального обмена	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
19.	ДИАБЕТИЧЕСКИЙ КЕТОАЦИДОЗ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 1) глюкоза крови более 13 ммоль/л 2) рН артериальной крови 7,25-7,3 3) кетоновые тела в моче 4) нарушение сознания отсутствует 5) глюкоза крови более 13 ммоль/л, рН артериальной крови 7,25-7,3, кетоновые тела в моче, нарушение сознания отсутствует	5	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
20.	САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ЗАНИМАЕТ В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ 1) первое место 2) второе место 3) третье место 4) четвертое место 5) пятое место	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
21.	В СТРУКТУРЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПЕРВОЕ МЕСТО ЗАНИМАЕТ 1) сахарный диабет 1 типа 2) сахарный диабет 2 типа 3) гестационный сахарный диабет 4) панкреатический сахарный диабет 5) диабет на фоне эндокринопатий	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
22.	В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЛЕЖИТ	4	ВК ТК	ПК-1, ПК-5

	<ul style="list-style-type: none"> 1) инсулинорезистентность 2) гиперинсулинемия 3) атеросклероз 4) деструкция β – клеток 5) ожирение 		ГИА	
23.	<p>ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА MODY ХАРАКТЕРНО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) врожденность 2) прогрессирующее течение 3) относительно благоприятное течение заболевания 4) начало в пожилом возрасте 5) обязательное назначение инсулина 	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
24.	<p>ПРИ 1 ТИПЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА АНТИТЕЛА К АНТИГЕНАМ ОСТРОВКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 0,5% 2) 1-2% 3) 10-20% 4) 20-40% 5) 50-70% 	5	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
25.	<p>ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ишемическая болезнь сердца 2) болезнь и синдром Иценко-Кушинга 3) хронический пиелонефрит 4) язвенная болезнь желудка 5) хронический гепатит 	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
26.	<p>. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКОКУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) первичная деструкция бета-клеток поджелудочной железы 2) нарушение чувствительности тканей к инсулину 3) ожирение 4) усиление глюконеогенеза 5) инактивация инсулина 	4	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
27.	<p>ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СД 1 ТИПА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ожирение 2) гипертоническая болезнь 3) наличие антител к островкам поджелудочной железы, к глутаматдекарбоксилазе, аутоантитела к инсулину 4) ИБС, атеросклероз 	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	5) гиподинамия			
28.	УКАЖИТЕ ФАКТОРЫ РИСКА СД 2 ТИПА 1) ожирение, гиподинамия 2) травма поджелудочной железы 3) психическая травма 4) аутоиммунное поражение островков Лангерганса с развитием инсулита и вирусное поражение бета-клеток 5) деструкция бета-клеток	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
29.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ 1) утолщение базальной мембраны капилляров 2) лимфоидная инфильтрация эндотелия 3) отложение избыточного количества PAS –положительных веществ в гладкомышечных клетках артерий 4) дегенеративные изменения соединительной ткани 5) истончение базальной мембраны капилляров	1	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
30.	ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИВОДИТ К 1) снижению вязкости крови 2) замедлению процессов неферментативного гликозилирования белков 3) повышению активности полиолового пути утилизации глюкозы 4) повышению активности эндогенных антиоксидантных систем 5) избыточному образованию оксида азота (NO) в эндотелиальных клетках	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
31.	К ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ОТНОСИТСЯ 1) диабетическая нейропатия 2) диабетическая ретинопатия 3) диабетическая кардиопатия 4) диабетическая радикулопатия 5) ишемическая болезнь сердца	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
32.	КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1) деформация стоп, пальцев стопы,	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>голеностопных суставов носит специфический характер</p> <p>2) пульсация на артериях стоп сохранена с обеих сторон</p> <p>3) пульсация на артериях стоп снижена или отсутствует</p> <p>4) сухая кожа, участки гиперкератоза в областях избыточного нагрузочного давления, безболезненные</p> <p>5) субъективная симптоматика отсутствует</p>			
33.	<p>ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО</p> <p>1) стойкая протеинурия</p> <p>2) нефротический синдром</p> <p>3) микроальбуминурия</p> <p>4) повышение АД</p> <p>5) ХПН</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
34.	<p>ОСТЕОПОРОЗ ПРИ СИНДРОМЕ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ</p> <p>1) недостатка витамина Д</p> <p>2) катаболических процессов в костной ткани</p> <p>3) повышения уровня паратгормона в крови</p> <p>4) снижения уровня кальцитонина</p> <p>5) остеомалации</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
35.	<p>ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>1) гидрокортизон</p> <p>2) преднизолон</p> <p>3) дексаметазон</p> <p>4) диету с повышенным содержанием соли и углеводов</p> <p>5) левотироксин натрия</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
36.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) врожденная ферментопатия</p> <p>2) травма</p> <p>3) аутоиммунный процесс в надпочечниках</p> <p>4) инфекция</p> <p>5) аденолейкодистрофия</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
37.	<p>ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>1) экстракорпоральные методы лечения</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-1, ПК-5

	2) цитостатики 3) заместительную гормональную терапию 4) блокаторы стероидогенеза 5) октреотид ЛАР			
38.	9. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА ХАРАКТЕРИЗУЮТ БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА 1) гипернатриемия 2) гиперкалиемия 3) гиперхлоремия 4) гипокалиемия 5) гиперкальциемия	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
39.	ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДАМИ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА ЯВЛЯЕТСЯ 1) коррекция АД 2) коррекция уровня глюкозы в крови 3) снижение гиперпигментации 4) повышение уровня калия в крови 5) повышение уровня кальция	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
40.	ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ПРОВОДЯТ 1) тест с аналогом адренкортикотропного гормона 2) оральный глюкозо-толерантный тест 3) большую дексаметазоновую пробу 4) малую дексаметазоновую пробу 5) тест с десмопрессином	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
41.	ПРИ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА ПОРАЖАЕТСЯ 1) клубочковый слой коры надпочечников 2) пучковый слой коры надпочечников 3) сетчатый слой коры надпочечников 4) все слои коры надпочечников и мозговой слой 5) боковые рога спинного мозга	4	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
42.	В ДИАГНОСТИКЕ АКРОМЕГАЛИИ ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ УРОВЕНЬ В КРОВИ 1) тиреотропного гормона 2) инсулиноподобного фактора роста-1 3) лютеинизирующего гормона 4) фолликулостимулирующего гормона 5) соматотропного гормона	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

43.	<p>ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ АКРОМЕГАЛИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) препараты гормона роста 2) диуретики 3) аналоги соматостатина 4) глюкокортикоиды 5) десмопрессин 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
44.	<p>ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ В КРОВИ ИЗМЕНЯЕТСЯ УРОВЕНЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тиреотропного гормона (ТТГ) 2) трийодтиронина и тироксина (Т3 и Т4) 3) тиреоглобулина 4) тиреолиберина 5) реверсированного Т3 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
45.	<p>ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фибрилляцией предсердий 2) брадикардией 3) стенокардией 4) инфарктом миокарда 5) митральной недостаточностью 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
46.	<p>ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) брадикардии, отеков 2) снижения массы тела 3) тахикардии, потливости 4) увеличения щитовидной железы, тремора 5) фибрилляции предсердий 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
47.	<p>. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аутоиммунного тиреоидита 2) поражения гипофиза 3) разрушения гипоталамуса 4) нарушения чувствительности тканей к тиреоидным гормонам 5) дефицита йода 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
48.	<p>. ВТОРИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) поражения гипофиза 2) разрушения гипоталамуса 3) нарушения чувствительности тканей к тиреоидным гормонам 4) аутоиммунного тиреоидита 5) дефицита йода 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
49.	<p>КРИТЕРИЕМ АДЕКВАТНОСТИ ДОЗЫ L-ТИРОКСИНА ПРИ</p>	1	<p>ВК ТК</p>	ПК-1, ПК-5

	<p>ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ТТГ 2) тиреоглобулина в крови 3) антител к ТПО 4) Т3 и Т4 5) антител к тиреоглобулину 		ГИА	
50.	<p>ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) суточной экскреции альдостерона с мочой 2) ванилинминдальной кислоты в моче 3) активности ренина плазмы 4) содержания кортизола в плазме 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7

Практические навыки

№	Оценочные средства	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	Владеть навыками стандартного эндокринологического обследования (антропометрия, визуально-пальпаторная оценка щитовидной железы, наружных гениталий, грудных желез)	ТК, ГИА	ПК-5
2.	Владеть навыками специфического обследования больных с эндокринной патологией (функциональные пробы, суточное мониторирование гликемии; экспресс-методы определения сахара в крови, ацетона в моче, микроальбуминурии, скрининг осложнений сахарного диабета)	ТК, ГИА	ПК-5
3.	Владеть навыками обучения самоконтроля хронических эндокринных заболеваний	ТК, ГИА	ПК-1
4.	Владеть навыками подбора адекватной терапии эндокринной патологии при наследственных заболеваниях	ТК, ГИА	ПК-6
5.	Уметь подтверждать и исключать наследственную и врождённую патологию	ТК, ГИА	ПК-7
6.	Владеть клинико-генеалогическим методом методикой расчёта генетического риска	ТК, ГИА	ПК-7
7.	Владеть навыками оценки и интерпретации данных генетических исследований методикой выбора и взятия биологического материала для исследований	ТК, ГИА	ПК-6
8.	Владеть навыками оценки полученных лабораторных и инструментальных данных	ТК, ГИА	ПК-5
9.	Уметь своевременно определить синдромы, требующие оказания неотложной помощи назначить необходимые лабораторные и инструментальные исследования, дать оценку их результатов поставить клинический диагноз в соответствии с международной классификацией заболеваний	ТК, ГИА	ПК-5
10.	Уметь провести клинический осмотр, сформулировать предварительный диагноз решить вопрос о необходимости дополнительных специализированных исследований и консультаций специалистов осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью дальнейшего обследования пациентов	ТК, ГИА	ПК-6
11.	Уметь собрать анамнез жизни и заболевания, оценить факторы риска возникновения патологии оценить физическое (в т.ч. половое), психомоторное и речевое развитие, вести медицинскую документацию	ТК, ГИА	ПК-1
12.	Владеть методикой синдромологического подхода к диагностике наследственных	ТК, ГИА	ПК-9

	болезней		
13.	Уметь внедрять современные методы диагностики и профилактики наследственных болезней	ТК, ГИА	ПК-9
14.	Уметь оценить результаты лабораторных методов диагностики	ТК, ГИА	ПК-9
15.	Владеть методикой проведения генетического анализа	ТК, ГИА	ПК-9
16.	Владеть навыками формулировки показаний для направления пациентов на цитогенетическое, молекулярно-генетическое и биохимическое исследование	ТК, ГИА	ПК-9

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	<p>Женщина 37 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу. Жалобы на ощущение "давления" в глазах, периодически головные боли, головокружение. Анамнез заболевания. Год назад впервые появились жалобы на дрожь в теле, тремор рук, учащенное сердцебиение, жар, потливость, эмоциональную лабильность, снижение веса на 10 кг за 2 месяца. При обследовании по данным УЗИ ЩЖ общий объем 18,5 мл, эхо-признаки тиреоидита. По данным гормонального анализа крови ТТГ 0,028 мкМЕ/мл (0,23-3,4), Т4 св 25,9 пмоль/л (10-23,2). Назначены тиамазол 30 мг в день, бисопролол 5 мг. В настоящее время принимает 10 мг Тирозола в сутки. Симптомы ЭОП (асимметричный экзофтальм, больше справа, ретракция верхних век) развились через 2-3 месяца от манифестации тиреотоксикоза. В дальнейшем отмечала уменьшение экзофтальма. Иммуносупрессивной терапии не было. Семейный анамнез: мать – зоб, эутиреоз. Вредные привычки: стаж курения 10 лет. Объективный статус. Рост 164 см, масса тела 89 кг, ИМТ 33 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд. в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, визуально не увеличена, пальпаторно мягко-</p>	<p>Ответ 1: ТТГ, св. Т4, св. т3, УЗИ ЩЖ; Ответ 2: Ат к р ТТГ; Ответ 3: Офтальмолог; Ответ 4: Диффузный токсический зоб 1 степени (ВОЗ, 2001). Тиреотоксикоз средней степени тяжести, медикаментозная компенсация. Эндокринная офтальмопатия обоих глаз, легкой степени, асимметричная, неактивная фаза. Ретракция верхних век.; Ответ 5: Прием тиреостатиков;</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	<p>эластической консистенции, узловые образования не определяются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.</p> <p>Вопрос 1: Назначить дополнительное инструментальное, лабораторное обследование;</p> <p>Вопрос 2: Иммунологический маркер, позволяющий уточнить диагноз;</p> <p>Вопрос 3: Консультация каких специалистов необходима пациентке;</p> <p>Вопрос 4: Какой диагноз можно поставить больной;</p> <p>Вопрос 5: Выбор тактики лечения?;</p>			
002	<p>Больная Л. 41 года обратилась к эндокринологу с жалобами на общую слабость, утомляемость, сонливость, нарушение менструального цикла (аменорея на протяжении 3 месяцев), прибавку массы тела на 5 кг за последние 6 месяцев. Анамнез: Около 2 лет назад отметила косметический дефект на передней области шеи в виде "бугорка". При обследовании был выявлен много-узловой эутиреоидный коллоидный зоб, по поводу чего год назад выполнена субтотальная резекция щитовидной железы. В послеоперационном периоде был назначен левотироксин 50 мкг с рекомендацией дальнейшего мониторинга гормонального статуса. Пациентка получала данный препарат в постоянном режиме в течение 1 месяца, в дальнейшем прием препарата непостоянный, последние два месяца без лечения. Анамнез жизни без особенностей, наследственность не отягощена. Физикальные данные: Рост — 165 см, вес — 74 кг, ИМТ — 27,4 кг/м². Больная вялая, сбор анамнеза затруднен ввиду</p>	<p>Ответ 1: Первичный послеоперационный гипотиреоз;</p> <p>Ответ 2: С целью уточнения причины и тяжести гипотиреоза, а также объёма предшествующего оперативного вмешательства необходимо определить уровень ТТГ, свободного Т4, антител к тиреопероксидазе, антител к тиреоглобулину, выполнить УЗИ щитовидной железы.;</p> <p>Ответ 3: Рекомендуются консультации врача-кардиолога, врача-гинеколога, врача-гастроэнтеролога, врача-гематолога.;</p> <p>Ответ 4: У лиц моложе 50 лет, при отсутствии сердечно-сосудистой патологии, первоначальная доза L-тироксина может составлять 50 мкг с быстрым повышением до</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>заторможенности, нарушение концентрации внимания. Кожные покровы бледные, сухие, утолщена кожа рук, не собирается в складку. Имеется поперечный послеоперационный рубец в нижней трети шеи 5-6 см, без признаков воспаления. Отмечается одутловатость лица, пастозность голеней и рук. АД — 95/70 мм рт. ст., пульс — 51 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык утолщен. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выходит из-под края реберной дуги.</p> <p>Вопрос 1: Сформулируйте предварительный клинический диагноз?;</p> <p>Вопрос 2: Составьте диагностический алгоритм обследования данной пациентки;</p> <p>Вопрос 3: Консультации каких специалистов следует включить в план обследования?;</p> <p>Вопрос 4: Какова тактика лечения данного пациента?;</p> <p>Вопрос 5: Какова длительность назначения патогенетической терапии?;</p>	<p>полной заместительной дозы (1,6-1,8 мкг на кг веса). Исследование уровня ТТГ проводится не ранее, чем через 2 месяца после подбора полной заместительной дозы препарата.;</p> <p>Ответ 5: Заместительная терапия препаратами L-тироксина проводится пожизненно. Оценка адекватности заместительной терапии проводится по уровню ТТГ. У большинства пациентов контроль уровня ТТГ осуществляется 1 раз в год.;</p>		
003	<p>Женщина 54 года обратилась на приём к врачу-эндокринологу. Жалобы на периорбитальные отеки, выраженный дискомфорт в правом глазу (более в правом глазу не отмечает), слезотечение слева, низкое предметное зрение правого глаза; повышение АД до 180/100 мм рт.ст. 2-3 раза в неделю, преимущественно в вечернее время, сопровождающееся ухудшением самочувствия и головной болью; отеки голеней, преимущественно в вечернее время. Анамнез заболевания. Год назад впервые отметила появление дрожи в теле, учащенного сердцебиения, одышки, снижение веса на 7 кг. Через месяц обратилась к эндокринологу, по данным</p>	<p>Ответ 1: ТТГ, св.Т4, св.т3, кальцитонин, УЗИ ЩЖ;</p> <p>Ответ 2: АТ к р ТТГ.;</p> <p>Ответ 3: Тонкоигольная аспирационная биопсия;</p> <p>Ответ 4: Болезнь Грейвса. Тиреотоксикоз средней степени тяжести в стадии медикаментозной компенсации. Конкурирующее заболевание: Эндокринная офтальмопатия, тяжелой степени, активная фаза (CAS 5/5). Состояние после частичной блефарорафии, расхождение швов. Лагофтальм. Помутнение,</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

<p>лабораторных исследований на тот момент ТТГ - 0.028 мкМЕмл, Т4 общий – 17,9 пмоль/л (6,6-18,1), Т3 свободный - 6,6 пмоль/л (2,5-5,5). По данным УЗИ щитовидной железы общий объем 18,1см3, группа узловых образований в левой доле размерами 29x12x19 мм. Был назначен мерказолил, начиная с 15 мг в сутки, в настоящее время в течение 1 месяца принимает 5 мг мерказолила. Через 3-4 месяца после дебюта тиреотоксикоза развились периорбитальные отеки справа, консультирована офтальмологом по м/ж, диагностирована язва роговицы справа. Проводилось лечение язвы роговицы, выполнена частичная кровавая блефарорафия. За время лечения по поводу язвы роговицы отметила резкое нарастание периорбитального отека справа, что возможно спровоцировало расхождение швов. Месяц назад появились периорбитальные отеки слева. Объективный статус. Рост 164 см, масса тела 59 кг, ИМТ 21,8 кг/м2. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд. в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, визуально не увеличена, пальпаторно мягко-эластической консистенции, в левой доле пальпируется образование, около 1.5 см в диаметре. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При осмотре глаз: Status localis: экзофтальм, несимметричный (преимущественно справа). Репозиция глазных яблок затруднена.</p> <p>Вопрос 1: Назначить</p>	<p>деструкция роговицы. Эпителизированная (?) язва роговицы. Сопутствующие заболевания: Узловой зоб 1 ст. (ВОЗ, 2001). Фолликулярное образование щитовидной железы.;</p> <p>Ответ 5: Пульс-терапия глюкокортикоидами. Учитывая данные ТАБ и активность ЭОП, необходимо проведение хирургического лечения после уменьшения активности эндокринной офтальмопатии.</p>		
---	---	--	--

	<p>дополнительное инструментальное, лабораторное обследование?;</p> <p>Вопрос 2: Иммунологический маркер, позволяющий уточнить диагноз?;</p> <p>Вопрос 3: Назначить дообследование для исключения злокачественной патологии щитовидной железы?;</p> <p>Вопрос 4: Какой диагноз можно поставить больной?;</p> <p>Вопрос 5: Выбор тактики лечения?;</p>			
004	<p>Пациентка Н. 28 лет в течение трех лет страдает болезнью Аддисона. Получает заместительную терапию: 5 мг Преднизолон утром, 2,5 мг в 16.00, Флудрокортизон 0,1 мг утром. Состояние было удовлетворительным. Четыре дня назад заболела гриппом. Дозу глюко- и минералокортикоидов не изменяла. Состояние больной резко ухудшилось сутки тому назад: появились резчайшая слабость, адинамия, тошнота, рвота. Доставлена в стационар с проявлениями сосудистого коллапса скорой медицинской помощью. Объективно: состояние тяжелое. Продуктивному контакту не доступна. Кожа сухая, смуглая, обращает на себя внимание выраженная гиперпигментация кожи в области сосков, на шее, локтевых сгибах. Пульс - 128 ударов в минуту, слабого наполнения, АД - 60/40 мм рт.ст.</p> <p>Вопрос 1: Сформулируйте наиболее вероятный диагноз;</p> <p>Вопрос 2: Обоснуйте поставленный Вами диагноз;</p> <p>Вопрос 3: Определите объем дополнительных обследований, необходимых для уточнения диагноза и проведения лечения. Предположите ожидаемые результаты обследований в данной ситуации?;</p>	<p>Ответ 1: Острая надпочечниковая недостаточность;</p> <p>Ответ 2: В анамнезе - хроническая надпочечниковая недостаточность, но на фоне присоединения инфекции данное заболевание требует повышения дозировки заместительной терапии, чего пациентка не сделала. На ОНН указывает выраженная артериальная гипотензия, тахикардия;</p> <p>Ответ 3: Уровень натрия и калия плазмы, ОАМ, биохимический анализ крови, ЭКГ, ренин, АКТГ крови;</p> <p>Ответ 4: Массивная заместительная терапия кортикостероидами; регидратация и коррекция электролитных расстройств; лечение заболевания, вызвавшего декомпенсацию.;</p> <p>Ответ 5: Мотивация пациентки на регулярный и постоянный прием кортикостероидов, при сопутствующих</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	<p>Вопрос 4: Определите тактику лечения пациента;</p> <p>Вопрос 5: Определите профилактические мероприятия по предотвращению развития у пациентки данного состояния;</p>	<p>инфекционных заболеваниях, повышении физической активности, стрессовых ситуациях дозировки должны быть увеличены;</p>		
005	<p>Женщина 35 лет. За последний год отмечает прибавку веса на 10 кг. Беспокоит мышечная слабость, боли в позвоночнике, умеренная жажда и полиурия, изменение внешнего вида – произошло перераспределение жира: много жира на животе, мало на конечностях, уменьшилась мышечная масса, лицо красное, рост волос на лице и конечностях, легко возникают синяки. В течение полугода нет месячных. Артериальная гипертензия - АД 180/100 мм рт. ст. Состояние удовлетворительное. Питание избыточное, вес - 92 кг, рост - 168 см, окружность талии - 100 см. Много жира на верхней половине туловища, животе, мало на конечностях. Кожа сухая, широкие багровые стрии на боковой поверхности туловища. Пульс - 96 в минуту, ритмичный. АД - 180/90 мм рт. ст. Тоны приглушены. Дыхание везикулярное. Отеков нет. Клинический анализ крови: гемоглобин – 168 г/л, эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $10,5 \times 10^9 /л$, СОЭ - 12 мм/ч. Глюкоза в плазме натощак – 8,4 ммоль/л, общий холестерин - 7,2 ммоль/л, триглицериды – 2,6 ммоль/л, К – 3,8 ммоль/л, Na – 145 ммоль/л, Са⁺⁺ 1,01 ммоль/л. В суточной моче свободный кортизол – 1028 ммоль/л (норма до 250 ммоль/л). Уровень кортизола в плазме в 22.00 – 648 ммоль/л. Ночной подавительный тест с 1 мг и 8 мг Дексаметазона – подавления секреции кортизола не</p>	<p>Ответ 1: Аденома левого надпочечника. АКТГ-независимый синдром Кушинга. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вторичный сахарный диабет.;</p> <p>Ответ 2: Диагноз подтверждается жалобами, объективными данными, лабораторными тестами;</p> <p>Ответ 3: При аденоме надпочечника показано оперативное лечение: радикальная аденомэктомия.;</p> <p>Ответ 4: Для профилактики острой недостаточности второго надпочечника в день операции вводится 100 мг гидрокортизона внутримышечно, затем через каждые 6 часов (400 мг в сутки.);</p> <p>Ответ 5: Заместительная терапия Кортизоном ацетатом в течение 6-8 месяцев до восстановления продукции АКТГ и функции оставшегося надпочечника.</p>	<p>ТК ТК ГИА</p>	<p>ПК-6, ПК-7</p>

	<p>произошло. Уровень АКТГ в плазме крови значительно ниже нормы. МРТ области надпочечников – выявлена аденома левого надпочечника 4 см.</p> <p>Вопрос 1: Ваш предположительный диагноз;</p> <p>Вопрос 2: Укажите диагностические критерии основного заболевания?;</p> <p>Вопрос 3: Укажите лечебную тактику;</p> <p>Вопрос 4: Какова профилактика острой надпочечниковой недостаточности?;</p> <p>Вопрос 5: Тактика ведения больной после хирургического лечения;</p>			
006	<p>Пациентка Л. 28 лет обратилась к врачу с жалобами на потемнение кожных покровов, выраженную слабость, стремительную потерю массы тела (на 15 кг за последние 2 месяца), общую слабость, снижение работоспособности, раздражительность, плохой аппетит, чувство тяжести в эпигастральной области и тошноту, усиливающиеся после еды. Анамнез: Временами отмечает обморочные состояния, часто бывает головокружение, мелькание «мушек» перед глазами. Болеет около двух лет. Были роды, осложнившиеся массивным кровотечением, месячные отсутствуют. Объективно. Рост - 169 см, масса тела - 58 кг. Кожа обычной окраски. Сухая. Выпадение волос в подмышечных ямках, на лобке. Пульс - 68 в 1 мин, АД - 90/55 мм рт ст. Границы сердца в норме, тоны ослаблены. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомы Кера, Ортнера, Мерфи отрицательные. Печень не увеличена. Общий анализ крови и мочи без отклонений от нормы. Дополнительные исследования.</p>	<p>Ответ 1: Хроническая надпочечниковая недостаточность. Учитывая отсутствие гиперпигментации, аменорею, кровотечение в родах - вторичная.;</p> <p>Ответ 2: Исследовать уровень АКТГ, кортизола, ТТГ, ЛГ, ФСГ. Провести обзорную R – графика черепа, МРТ – гипофиза.;</p> <p>Ответ 3: Показано назначение глюкокортикостероидов, необходимости в назначении минералокортикоидов при вторичной надпочечниковой недостаточности нет.;</p> <p>Ответ 4: Вторичная недостаточность коры надпочечников развивается при заболеваниях гипофиза (чаще всего, при гипопитуитаризме).;</p> <p>Ответ 5: Диета при хронической</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	<p>ТТГ: 3,6-3,4 ммоль/л; суточная экскреция с мочой 17-ОКС - 4,0мкмоль,17-KS2,3мкмоль.</p> <p>Вопрос 1: Предполагаемый диагноз;</p> <p>Вопрос 2: Какие дополнительные диагностические мероприятия необходимо провести для уточнения диагноза?;</p> <p>Вопрос 3: Назначьте лечение;</p> <p>Вопрос 4: Причины вторичной недостаточности коры надпочечников;</p> <p>Вопрос 5: Рекомендации;</p>	<p>надпочечниковой недостаточности должна содержать увеличенное количество калорий, белков, витаминов, поваренной соли (3-10 г/сут).Необходимо избегать серьезных физических и психических нагрузок, не употреблять алкоголь и снотворные препараты. При подозрении на туберкулез назначаются курсы противотуберкулезных препаратов под наблюдением фтизиатра.Обязательно назначается заместительная терапия — постоянный пожизненный прием синтетических гормонов коры надпочечников (например, кортизола). При развитии острых инфекционных заболеваний, хирургической операции необходимо проконсультироваться с эндокринологом, чтобы скорректировать дозу принимаемых гормонов. Самостоятельное снижение дозы гормонов или их отмена недопустимы.</p>		
007	<p>Больная К. 27 лет поступила с жалобами на частые головные боли, укрупнение черт лица, увеличение размеров кистей и стоп, нарушение менструального цикла. Анамнез: Считает себя больной в течение 5 лет, в течение последнего года беспокоят сухость во рту и жажда. В возрасте 18 лет перенесла серьезную черепно-мозговую травму. Физикальные данные: Рост — 175 см, масса</p>	<p>Ответ 1: Акромегалия.;</p> <p>Ответ 2: Диагноз поставлен на основании жалоб, данных осмотра, лабораторного обследования.;</p> <p>Ответ 3: Определение уровня СТГ в сыворотке крови; тест с бромкриптином; проба с тиреолиберином; рентгенологическое</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	<p>тела — 80 кг, ИМТ — 25,8 кг/м². Отмечаются изменения внешности: крупный нос, выступающие надбровные дуги, большие губы, широкие кисти, стопы, бочкообразная грудная клетка. Кожа влажная, жирная. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ЧСС — 86 уд/мин, акцент 2-го тона над аортой. АД — 160/90 мм рт. ст. Язык увеличен в размере, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Лабораторные данные: HbA_{1c} — 7,3%. Биохимический анализ крови: глюкоза венозной плазмы натощак — 7,2 ммоль/л; ЛПНП — 4,2 ммоль/л, ЛПВП — 1,1 ммоль/л, ТГ — 3,1 ммоль/л; мочевины — 3,8 ммоль/л; креатинин — 105 мкмоль/л, рСКФ — 68 мл/мин; АЛТ — 56 Ед, АСТ — 52 Ед; мочевины — 340 мкмоль/л. Консультация окулиста: отек дисков зрительных нервов при офтальмоскопии, двустороннее сужение полей зрения при периметрии.</p> <p>Вопрос 1: Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?;</p> <p>Вопрос 2: Обоснуйте поставленный Вами диагноз.;</p> <p>Вопрос 3: Составьте план дополнительного обследования пациента.;</p> <p>Вопрос 4: Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?;</p> <p>Вопрос 5: Какие осложнения можно ожидать?;</p>	<p>исследование черепа, КТ или МРТ головы.;</p> <p>Ответ 4: Основной целью лечения является снижение уровня СТГ в крови и устранение неврологической симптоматики: нейрохирургическое лечение; при невозможности оперативного лечения или недостаточном его эффекте проводится лучевая терапия на область гипофиза; из консервативных методов лечения используются Соматостатин и Бромокриптин.;</p> <p>Ответ 5: Вторичная кардиомиопатия; артериальная гипертензия; сахарный диабет; ХСН; гипопитуитаризм; эмфизема лёгких.</p>		
008	<p>Больная 32 лет обратилась к терапевту с жалобами на выраженную сухость во рту, жажду (выпивает до 6–8 л жидкости в сутки), учащенное и усиленное мочеиспускание в</p>	<p>Ответ 1: Центральный несахарный диабет.;</p> <p>Ответ 2: Наличие аденомы гипофиза;</p> <p>Ответ 3: Анализ мочи по</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>течение дня и ночью, плохой беспокойный сон, выраженную слабость и утомляемость. Последние 6 месяцев отмечает снижение остроты зрения. Физикальные данные: Рост — 166 см, масса тела — 50 кг, ИМТ — 20,8 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, сухие, отмечается снижение слюно- и потоотделения. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС — 86 уд/мин, АД — 100/70 мм рт. ст. (адаптирована к 120/80 мм рт. ст.) Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 16 в минуту. Appetit снижен. Язык сухой. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.</p> <p>Мочейспускание свободное, учащенное (до 20 раз в сутки). Рентгенография черепа: усиление сосудистого рисунка, размеры турецкого седла 16x14 мм, спинка и стенка истончены, клиновидные отростки выпрямлены.</p> <p>Вопрос 1: О каком заболевании следует думать в первую очередь?;</p> <p>Вопрос 2: Оценить результаты рентгенографии черепа.;</p> <p>Вопрос 3: Какое исследование следует провести для уточнения диагноза?;</p> <p>Вопрос 4: Какова тактика лечения?;</p> <p>Вопрос 5: Какой прогноз для жизни?;</p>	<p>Зимницкому, МРТ гипофиза.;</p> <p>Ответ 4: С учетом наличия макроаденомы и симптомов сдавления зрительного нерва показано оперативное лечение.;</p> <p>Ответ 5: При удачном оперативном лечении- благоприятный</p>		
009	<p>Больная В. 45 лет поступила в стационар по направлению врача-терапевта участкового. Беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, резкая слабость, изменение внешности. Из анамнеза: за последние 5 лет после прекращения менструаций заметно изменилась внешность: покраснело и округлилось лицо,</p>	<p>Ответ 1: Болезнь Иценко-Кушинга, средней степени тяжести, прогрессирующее течение. Стероидный сахарный диабет.;</p> <p>Ответ 2: Диагноз поставлен на основании: жалоб, данных анамнеза.;</p> <p>Ответ 3: Кортизол крови, дексаметазоновый тест, МРТ и КТ головного</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	<p>похудели конечности, увеличился в объеме живот, стала сухой кожа, поредели волосы на голове, появились усы. Наблюдалась невропатологом в течение 3 лет в связи с болями в пояснице, которые трактовались как остеохондроз. В течение 2 лет наблюдалась терапевтом по поводу АГ (максимальное АД - 170/100 мм рт. ст.) Отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки, ее избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена, множество геморрагий; на локтях, животе, в подмышечных впадинах - гиперпигментация. На бедрах - багрово-красные полосы. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет подкожной жировой клетчатки. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Лабораторное исследование. Биохимический анализ крови: глюкоза - 7,7 ммоль/л, К⁺ - 2,5 ммоль/л, Na - 170 ммоль/л, холестерин - 5,7 ммоль/л, Са - 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 МЕ, АСТ - 42 МЕ, общий белок - 57 г/л. Общий анализ мочи: реакция - щелочная, удельный вес - 1025, сахар ++, белок - 0,25, лейкоциты ++. При рентгенологическом обследовании черепа и позвоночника выявлены выраженный остеопороз спинки турецкого седла, остеопороз костей позвоночника. При МРТ отмечается диффузное увеличение обоих надпочечников.</p> <p>Вопрос 1: Предположите наиболее вероятный диагноз.;</p> <p>Вопрос 2: Обоснуйте</p>	<p>мозга.;</p> <p>Ответ 4: Хирургическое лечение (трансфеноидальная аденомэктомия) и лучевая терапия (протонотерапия).;</p> <p>Ответ 5: Прогноз благоприятный</p>		
--	---	---	--	--

	<p>поставленный Вами диагноз.;</p> <p>Вопрос 3: Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.;</p> <p>Вопрос 4: Составьте и обоснуйте план лечения.;</p> <p>Вопрос 5: Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.;</p>			
010	<p>У мужчины 29 лет 1,5 года назад по поводу активной стадии акромегалии, аденомы гипофиза была произведена трансфеноидальная аденомэктомия. Однако его продолжают беспокоить упорные головные боли, повышение АД до 180/90 мм рт. ст. Анамнез: Считает себя больным в течение последних 5 лет, когда стала резко меняться внешность, увеличились в размерах стопы, кисти, изменился тембр голоса, появилась упорная головная боль, выросла общая и мышечная слабость. Физикальные данные: Рост — 182 см, масса тела — 95 кг, ИМТ — 28,8 кг/м², ОТ — 100 см. Характерное укрупнение черт лица: крупный нос, губы, уши, выступающие надбровные дуги, диастема, истинный прогнатизм. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой, АД — 180/90 мм рт. ст. Лабораторные данные: HbA1c — 6,3%. Биохимический анализ крови: • глюкоза венозной плазмы натощак — 5,9 ммоль/л; АЛТ — 62 Ед, АСТ — 60 Ед; ЛПНП — 4,8 ммоль/л, ЛПВП — 0,9 ммоль/л, ТГ — 4,5 ммоль/л; мочевины — 2,6 ммоль/л; креатинин — 118 мкмоль/л, рСКФ — 58 мл/мин. Гормональное исследование: при проведении нагрузочного теста с 75 г глюкозы минимальный уровень соматотропного гормона составил 2,8 нг/мл; уровень инсулиноподобного фактора роста-1 — 360 нг/мл (возрастная</p>	<p>Ответ 1: Акромегалия;</p> <p>Ответ 2: Рентгенологическое исследование черепа, КТ или МРТ головы.;</p> <p>Ответ 3: Трансфеноидальная аденомэктомия;</p> <p>Ответ 4: ИФР-1, СТГ, определение тропных гормонов, осмотр окулиста.;</p> <p>Ответ 5: Акромегалическая кардиопатия: ГМЛЖ, диастолическая дисфункция, СН.</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	<p>норма 25–49 лет — 40–280 нг/мл).</p> <p>Вопрос 1: Сформулируйте и обоснуйте диагноз.;</p> <p>Вопрос 2: Предложите план дальнейшего обследования.;</p> <p>Вопрос 3: Определите тактику лечения.;</p> <p>Вопрос 4: Назовите обследования, необходимые для дальнейшего мониторинга пациента после проведения лечения.;</p> <p>Вопрос 5: Какое осложнение со стороны сердечно-сосудистой необходимо исключить у больной и каковы причины его развития?;</p>			
011	<p>Мужчина 56 лет. Рост 174см, масса 108 кг. Жалоб не предъявляет. Уровень глюкозы в крови натощак в пределах 7,8-10,6 ммоль/л. В течение 8 лет артериальная гипертензия. В настоящее время АД 140/90, 130/85 (принимает эналаприл.). Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявлено</p> <p>Вопрос 1: Поставьте диагноз.;</p> <p>Вопрос 2: Рассчитайте индекс массы тела и оцените полученный результат;</p> <p>Вопрос 3: Что явилось основным механизмом развития данного заболевания?;</p> <p>Вопрос 4: Назовите целевые цифры АД у больных с данной патологией.;</p> <p>Вопрос 5: Лечебная тактика;</p>	<p>Ответ 1: Сахарный диабет 2 типа. Впервые выявленный. Соп. Ожирение 2 степени. Гипертоническая болезнь II ст. Риск IV.;</p> <p>Ответ 2: ИМТ=35;</p> <p>Ответ 3: Ожирение с развитием инсулинорезистентности.;</p> <p>Ответ 4: Ниже 140/85 мм.рт.ст.;</p> <p>5) Лечебная тактика: диета с ограничением суточного калоража до 1800 ккал., за счет жиров животного происхождения, бигуаниды – метформин по 1.500 – 2000 мг. в сутки</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
012	<p>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 перенесённого гриппа</p> <p>Объективно: рост 178 см, вес 62 кг. Телосложение астеническое, кожа сухая, в области спины -</p>	<p>Ответ 1: Сахарный диабет 1 тип, впервые выявленный, кетоацидотическая прекома.;</p> <p>Ответ 2: На основании: молодой возраст, острое начало, выраженность клинических проявлений, значительное снижение</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	<p>поверхностная пиодермия. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы, тоны звучные. Пульс 86 в минуту, ритмичный. АД 116/80 мм.рт.ст. Определяется кровоточивость дёсен. Край печени выступает из - под края рёберной дуги на 3 см, болезненный при пальпации.</p> <p>Вопрос 1: Поставьте предварительный диагноз;</p> <p>Вопрос 2: Дайте обоснование диагнозу;</p> <p>Вопрос 3: Наметьте план обследования;</p> <p>Вопрос 4: Укажите вероятный механизм развития болезни;</p> <p>Вопрос 5: Какое лечение показано;</p>	<p>массы тела, связь с вирусной инфекцией.;</p> <p>Ответ 3: Гликемический профиль, кетоновые тела, ацетон в моче, К, Na, билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин крови.;</p> <p>Ответ 4: Аутоиммунное поражение островков Лангерганса в поджелудочной железе;</p> <p>Ответ 5: Инсулинотерапия</p>		
013	<p>Больной, 32 лет, доставлен в терапевтическое отделение с жалобами на опоясывающую боль в надчревной области, общую слабость, нарушение сна. Боль усиливается после приема жирной, жареной пищи. Заболевание связывает с употреблением алкоголя</p> <p>Объективно: общее состояние средней тяжести, положение в постели вынужденное, на левом боку. Рост 178 см, масса тела 96 кг. При исследовании органов кровообращения и дыхания отклонений от нормы нет. Пульс 86 в минуту, АД 110/75 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, болезненный в левой пупочной и подребёрной области. Симптом Мейо-Робсона положительный. Край печени выступает из под края рёберной дуги на 2 см, безболезненный. Симптом Кера, Ортнера отрицательные.</p> <p>Дополнительные исследования: общий анализ крови: лейкоциты 9×10^9/л, содержание глюкозы в крови 14,2 ммоль/л.</p> <p>Вопрос 1: Сформулируйте диагноз;</p> <p>Вопрос 2: Обоснуйте диагноз;</p>	<p>Ответ 1: Обострение хронического панкреатита с развитием внешнесекреторной недостаточности, панкреатогенного сахарного диабета;</p> <p>Ответ 2: На основании жалоб: опоясывающий характер болей в надчревной области, связь болей с приёмом жирной, жареной пищи, употреблением алкоголя. Объективно: болезненность в левой пупочной и подребёрной области, положительный симптом Мейо-Робсона., содержание глюкозы в крови 14,2 ммоль/л.;</p> <p>Ответ 3: ИМТ=30, что соответствует ожирению 1 степени.;</p> <p>Ответ 4: План обследования: развёрнутый анализ крови; общий анализ крови, мочи; амилаза крови, гликемический профиль, С-пептид,</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	<p>Вопрос 3: Рассчитайте индекс массы тела и оцените полученный результат;</p> <p>Вопрос 4: Наметьте план обследования;</p> <p>Вопрос 5: План лечения;</p>	<p>билирубин, АЛТ, АСТ; кал на копрологию; УЗИ поджелудочной железы; сахар крови, ацетон мочи; при упорном болевом синдроме – ЭРХПГ.;</p> <p>Ответ 5: На период обострения - инсулинотерапия препаратами короткого или ультракороткого по сахару крови, после купирования обострения вопрос о сахароснижающей терапии решается по уровню С-пептида, гликемического профиля</p>		
014	<p>Больная 56 лет, рост 160 см, масса 105 кг. Жалоб не предъявляет. Уровень глюкозы крови натощак 5,1 ммоль/л. Результаты перорального теста на толерантность к глюкозе (ТТГ): уровень глюкозы крови натощак 5,3 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы 10 ммоль/л.</p> <p>Вопрос 1: О чём свидетельствуют результаты теста?;</p> <p>Вопрос 2: Почему проводилось данное исследование?;</p> <p>Вопрос 3: Рассчитайте индекс массы тела и оцените полученный результат.;</p> <p>Вопрос 4: Чем опасно данное состояние?;</p> <p>Вопрос 5: Какова дальнейшая тактика?;</p>	<p>Ответ 1: Результаты теста свидетельствуют о нарушенной толерантности к углеводам, так как сахар крови после нагрузки 75 г глюкозы выше 7,8 ммоль/л и ниже 11,1 ммоль/л.;</p> <p>Ответ 2: Данное исследование проводилось с целью выявления скрытого сахарного диабета, так как пациентка относится к потенциальной группе риска в связи с имеющимся ожирением.;</p> <p>Ответ 3: ИМТ > 40- выраженное ожирение 3 степени.;</p> <p>Ответ 4: Развитием явного сахарного диабета и прогрессированием сердечно-сосудистых расстройств.;</p> <p>Ответ 5: Дальнейшая тактика: мероприятия, направленные на снижение массы тела -</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

		низкокалорийная диета (1000 ккал) с ограничением жира и легкоусвояемых углеводов. При неэффективности - добавить бигуаниды		
015	<p>Больной, 16 лет, доставлен бригадой скорой помощи в хирургическое отделение с острыми болями в животе. Заболел сутки назад. Хирурги заподозрили острый живот, однако заметили запах ацетона изо рта. Сахар крови 20 ммоль/л. В разовой порции мочи 8% сахара, ацетон +++, удельный вес 1043. Состояние тяжелое. Заторможен. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Язык яркий сухой. Ангулярный стоматит. Пародонтоз. Дыхание шумное. В легких жесткое дыхание. Пульс 100, ритмичный. Тоны сердца глухие. АД-90/50 мм рт ст. Брюшная стенка напряжена. Пальпация живота резко болезненная во всех отделах. Симптом Щеткина +. Печень перкурторно + 6см. Масса тела больного 60 кг. От рвотных масс резкий запах ацетона.</p> <p>Вопрос 1: Какое предположение о диагнозе будет наиболее правильным?;</p> <p>Вопрос 2: Обоснуйте диагноз.;</p> <p>Вопрос 3: Чем объяснить тяжесть состояния и развитие «острого живота» у пациента?;</p> <p>Вопрос 4: С какими заболеваниями дифференцировать данное состояние?;</p> <p>Вопрос 5: Наметьте план лечебных мероприятий;</p>	<p>Ответ 1: Сахарный диабет 1 тип, впервые выявленный, кетоацидотическая прекома.;</p> <p>Ответ 2: Высокая гипергликемия – 20 ммоль/л, кетоацидоз, клиника «острого живота», явления дегидратации.;</p> <p>Ответ 3: Несвоевременной диагностикой сахарного диабета, развитием кетоацидоза;</p> <p>Ответ 4: С острой хирургической патологией.;</p> <p>Ответ 5: Регидратация, инсулинотерапия, после уточнения содержания электролитов крови – коррекция электролитного баланса, после уточнения РН крови – решение вопроса о введении соды, наблюдение хирурга с целью исключения острой хирургической патологии. Симптоматическая терапия</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
016	<p>Пациент, 76 лет, в коме бригадой СМП доставлен в приемный покой БСМП. Мужчина живет один, со слов соседей болен сахарным диабе-том много лет,</p>	<p>Ответ 1: Сахарный диабет 2 типа. Гипогликемическая кома.;</p> <p>Ответ 2: С алкогольной</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	<p>злоупотребляет алкоголем. В квартире найдены препараты: манинил, сиофор. При осмотре: сознание- сопор, ригидность мышц затылка нет, мидриаз, тонические судороги. Влажная кожа и слизистые оболочки, гиперсаливация, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет, ЧДД- 18 в мину-ту, сердечные тоны приглушены, ритмичные с ЧСС- 100 в минуту, АД= 80/40 мм рт ст. При исследовании: сахар крови - 1,7 ммоль/л, кетоновые тела - 15 мг%, алкоголь 1%</p> <p>Вопрос 1: Сформулируйте диагноз.;</p> <p>Вопрос 2: С какими состояниями нужно проводить дифференциальный диагноз?;</p> <p>Вопрос 3: Что способствовало развитию данного состояния?;</p> <p>Вопрос 4: Наметьте план обследования.;</p> <p>Вопрос 5: Наметьте план лечения.;</p>	<p>комой.;</p> <p>Ответ 3: Прием алкоголя в сочетании с приемом манинилла.;</p> <p>Ответ 4: Исследование гликемического профиля с определением сахара крови в 3 часа ночи, консультация невропатолога, исследование функционального состояния печени, УЗИ печени.;</p> <p>Ответ 5: В/венное введение 40% раствора глюкозы, глюкагон 1-2 мг в/м.</p>		
017	<p>Больная, 73 лет, доставлена бригадой скорой помощи с диагнозом: сахарный диабет, кетоацидотическая кома. Анамнез неизвестен. Давность комы выяснить не удалось. В кармане одежды найден «паспорт больного диабетом», где указано, что больная получает глюренорм по 1 табл. после завтрака и после ужина. Температура 38,6. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки сухие. Тактильная и болевая чувствительность сохранены. Тонус глазных яблок снижен. АД 100/60 мм рт. ст, пульс 120, аритмичный слабого наполнения. Тоны сердца глухие. Мерцательная аритмия. Дыхание поверхностное - 36 в мин. Изо рта застойный запах. Печень +5 см, плотной консистенции, тонус мышц снижен. Симптом Бабинского +. Ригидность затылочных мышц. При</p>	<p>Ответ 1: Сахарный диабет 2 типа.;</p> <p>Ответ 2 Гиперосмолярная кома.;</p> <p>Ответ 3: Нарушением водного и электролитного баланса в клетках головного мозга.;</p> <p>Ответ 4: Необходимые диагностические мероприятия: кетоновые тела крови, ацетон мочи, РН крови, осмолярность плазмы (уровень электролитов), креатинин, мочевины для уточнения вида комы. ЭКГ, ЭХО-КГ, клиническое обследование для уточнения этиологии и тяжести кардиальной атологии. Провести диагностический поиск для уточнения характера воспалительного процесса</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>катетеризации мочевого пузыря моча не получена. Сахар крови 42 ммоль/л. Анализ крови: Лейкоциты 16,0x10⁹, СОЭ 50 мм/час. Кетоновые тела 5 мг/%. Ацетон (-).</p> <p>Вопрос 1: Какой тип диабета у больной?;</p> <p>Вопрос 2: Какой вид комы наиболее вероятен у больной?;</p> <p>Вопрос 3: Чем объяснить развитие неврологической симптоматики?;</p> <p>Вопрос 4: Составить план дальнейшего обследования?;</p> <p>Вопрос 5: Какие должны быть неотложные мероприятия?;</p>	<p>(в первую очередь исключить патологию почек). Консультация невропатолога.;</p> <p>Ответ 5: Регидратация гипотоническим раствором хлорида натрия, инсулинотерапия, препараты калия, антибактериальные препараты, антиаритмические препараты.</p>		
018	<p>Женщина, 72 лет, доставлена в отделение интенсивной терапии. Шесть дней назад - вирусная инфекция, после которой появилась и нарастала слабость, жажда, полиурия, анорексия. При исследовании: состояние очень тяжелое, ступор, частое поверхностное дыхание, кашель. Сухие кожа и слизистая. АД 130/95 мм рт ст. Пульс 140 в 1 мин., мерцательная аритмия. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Лабораторные данные: Нв-16 г%, лейкоциты 22,0x10⁹, калий крови 5,5 ммоль/л, креатинин-0,5ммоль/л, глюкоза в крови 65 ммоль/л. Глюкозурия 2%, ацетон (-).</p> <p>Вопрос 1: Сформулируйте диагноз.;</p> <p>Вопрос 2: Что спровоцировало развитие данного осложнения?;</p> <p>Вопрос 3: Чем объяснить нормальные показатели кетоновых тел и отсутствие ацетона в моче при высокой гликемии?;</p> <p>Вопрос 4: План обследования.;</p> <p>Вопрос 5: Назначьте лечение.;</p>	<p>Ответ 1: Сахарный диабет, 2 тип, стадия декомпенсации. Возможно впервые выявленный. Гиперосмолярная кома.;</p> <p>Ответ 2: Декомпенсация сахарного диабета, сопутствующая сердечная патология и вирусная инфекция.;</p> <p>Ответ 3: Наличием эндогенного инсулина.;</p> <p>Ответ 4: Необходимые диагностические мероприятия: кетоновые тела крови, ацетон мочи, РН крови, осмолярность плазмы (уровень электролитов), креатинин, мочевины для уточнения вида комы. ЭКГ, ЭХО – КГ, клиническое обследование для уточнения этиологии и тяжести кардиальной патологии. Провести диагностический поиск для уточнения характера воспалительного процесса (в первую очередь исключить осложнение вирусной инфекции -</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

		пневмонию).;		
		<p>Ответ 5: Регидратация гипотоническим раствором натрия хлорида, инсулинотерапия минимальными дозами, антибактериальные препараты, антиаритмические препараты.</p>		
019	<p>Больная Л. 41 года обратилась к эндокринологу с жалобами на общую слабость, утомляемость, сонливость, нарушение менструального цикла (аменорея на протяжении 3 месяцев), прибавку массы тела на 5 кг за последние 6 месяцев. Анамнез: Около 2 лет назад отметила косметический дефект на передней области шеи в виде "бугорка". При обследовании был выявлен много-узловой эутиреоидный коллоидный зоб, по поводу чего год назад выполнена субтотальная резекция щитовидной железы. В послеоперационном периоде был назначен левотироксин 50 мкг с рекомендацией дальнейшего мониторинга гормонального статуса. Пациентка получала данный препарат в постоянном режиме в течение 1 месяца, в дальнейшем прием препарата непостоянный, последние два месяца без лечения. Анамнез жизни без особенностей, наследственность не отягощена. Физикальные данные: Рост — 165 см, вес — 74 кг, ИМТ — 27,4 кг/м². Больная вялая, сбор анамнеза затруднен ввиду заторможенности, нарушение концентрации внимания. Кожные покровы бледные, сухие, утолщена кожа рук, не собирается в складку. Имеется поперечный послеоперационный рубец в нижней трети шеи 5-6 см, без признаков воспаления.</p>	<p>Ответ 1: Первичный послеоперационный гипотиреоз;</p> <p>Ответ 2: С целью уточнения причины и тяжести гипотиреоза, а также объёма предшествующего оперативного вмешательства необходимо определить уровень ТТГ, свободного Т4, антител к тиреопероксидазе, антител к тиреоглобулину, выполнить УЗИ щитовидной железы.;</p> <p>Ответ 3: Рекомендуются консультации врача-кардиолога, врача-гинеколога, врача-гастроэнтеролога, врача-гематолога.;</p> <p>Ответ 4: У лиц моложе 50 лет, при отсутствии сердечно-сосудистой патологии, первоначальная доза L-тироксина может составлять 50 мкг с быстрым повышением до полной заместительной дозы (1,6-1,8 мкг на кг веса). Исследование уровня ТТГ проводится не ранее, чем через 2 месяца после подбора полной заместительной дозы</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5</p>

	<p>Отмечается одутловатость лица, пастозность голеней и рук. АД — 95/70 мм рт. ст., пульс — 51 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык утолщен. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выходит из-под края реберной дуги.</p> <p>Вопрос 1: Сформулируйте предварительный клинический диагноз?;</p> <p>Вопрос 2: Составьте диагностический алгоритм обследования данной пациентки;</p> <p>Вопрос 3: Консультации каких специалистов следует включить в план обследования?;</p> <p>Вопрос 4: Какова тактика лечения данного пациента?;</p> <p>Вопрос 5: Какова длительность назначения патогенетической терапии?;</p>	<p>препарата.;</p> <p>Ответ 5: Заместительная терапия препаратами L-тироксина проводится пожизненно. Оценка адекватности заместительной терапии проводится по уровню ТТГ. У большинства пациентов контроль уровня ТТГ осуществляется 1 раз в год</p>		
020	<p>Больной М. 46 лет поступил в стационар по направлению врача-терапевта участкового районной поликлиники. Беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, усиливающиеся при движении, резкая слабость. Из анамнеза: последние полгода стал отмечать изменения внешности: округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объеме живот, беспокоит сухость кожи, выпадение волос на голове. Обращался к неврологу в связи с болями в пояснице. Последнее время отмечает повышение АД - до 220/110 мм рт. ст., принимает Эналаприл 5 мг×2 р/сут. Объективно: состояние удовлетворительное, рост - 161 см. Вес - 95 кг. ИМТ = 36,7 кг/м². Больной выглядит значительно старше своих лет, отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки: её</p>	<p>Ответ 1: Синдром Иценко - Кушинга. Кортикостерома правого надпочечника.</p> <p>Ответ 2: Диагноз поставлен на основании: жалоб, данных анамнеза, клиниколабораторного обследования (кортизол крови, дексаметазоновый тест, АКТГ крови, КТ или МРТ, денситометрия.</p> <p>Ответ 3: кортизол крови, дексаметазоновый тест, АКТГ крови, КТ или МРТ, денситометрия.</p> <p>Ответ 4: Основной метод лечения – адреналэктомия</p> <p>Ответ 5: Прогноз благоприятный</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена. На животе - багрово-красные широкие стрии. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 88 в минуту. АД - 190/100 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловые образования не пальпируются. Результаты исследований.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - $5,3 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин - 135 г/л, лейкоциты - $10,2 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 12%, моноциты - 4%, эозинофилы - 1%, СОЭ - 3 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза - 11,2 ммоль/л, К⁺ - 3,1 ммоль/л, Na - 140 ммоль/л, холестерин - 5,7 ммоль/л, Са - 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 МЕ, АСТ - 33 МЕ, общий белок - 67 г/л. Общий анализ мочи: реакция - щелочная, удельный вес - 1025, сахар ++, белок - 0,03, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-3 в п/зрения. ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 84 в минуту. Электрическая ось горизонтальная. Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические изменения миокарда ЛЖ. Рентгенограмма грудного и поясничного отделов позвоночника: остеопороз костей</p>		
--	---	--	--

	<p>позвоночника. УЗИ надпочечников: правый надпочечник значительно увеличен в объеме.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Предположите наиболее вероятный диагноз2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз3) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента4) Составьте и обоснуйте план лечения5) Оцените прогноз для пациента			
--	---	--	--	--