

Министерство науки и высшего образования РФ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»  
Медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова  
Кафедра факультетской терапии

**Н.А. Слободнюк**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ  
И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»  
СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»**

Очная форма обучения

*учебно-методические рекомендации*

Ульяновск

2022

*Рекомендовано к введению в образовательный процесс  
решением Ученого совета ИМЭиФК УлГУ  
протокол №9/239 dated May 18,2022*

**Слободнюк Н.А.**

Учебно-методические рекомендации для практических занятий и самостоятельной работы студентов по дисциплине «Эндокринология» специальности 31.05.01 «Лечебное дело»: учебно-методическое пособие / Н.А. Слободнюк. – Ульяновск: УлГУ, 2022. – 32 с.

Учебно-методические рекомендации содержат темы, материалы для подготовки и проведения практических занятий по вопросам эндокринологии студентам лечебного факультета, а также комплект задач для самостоятельной работы студентов, учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.

© Слободнюк Н.А., 2022

© Ульяновский государственный университет, 2022

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ.	4
1.1. Темы практических занятий .....	4
1.2. Образец подготовки занятия к некоторым вопросам темы 1.....	6
1.3.Алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по гликированному гемоглобину.....	8
1.4. Группы сахароснижающих препаратов и механизм их действия .....	8
1.5.Сравнительная эффективность, преимущества и недостатки сахароснижающих препаратов .....	9
1.6.Характеристика препаратов инсулина .....	12
2. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ СТУДЕНТОВ.....	13
2.1. Основные виды тем для самостоятельной формы работы очной формы обучения. ....	13
2.2. Комплект задач для самостоятельной работы .....	14
3. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ .....	29
4. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....	30

## ВВЕДЕНИЕ

### Цели освоения дисциплины:

сформировать понимание базовых принципов этиологии, патогенеза, методов диагностики, лечения и профилактики эндокринологических заболеваний.

### Задачи освоения дисциплины:

- овладеть пониманием базовых принципов этиологии, патогенеза эндокринологических заболеваний;
- сформировать знания по методикам обследования, клиническим симптомам эндокринологических заболеваний и их осложнений;
- овладеть методиками диагностики и дифференциальной диагностики эндокринологических заболеваний, их осложнений;
- овладеть методами лечения при эндокринологических заболеваниях и их осложнениях;
- познакомить с методикой организации и проведения диспансеризации больных с эндокринологическими заболеваниями.

Формы лекционных занятий и семинарских занятий, разработаны опираясь на «Положение о контактной работе обучающихся с преподавателем при осуществлении образовательного процесса по образовательным программам высшего образования». Виды самостоятельной работы, формы и виды контроля самостоятельной работы разработаны опираясь на «Положение об организации самостоятельной работы обучающихся» Ульяновского государственного университета.

## 1.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Практические занятия – вид учебного занятия, направленный на развитие самостоятельности учащихся и приобретение умений и навыков, умения активно участвовать в творческой дискуссии, делать выводы, аргументировано излагать свое мнение и отстаивать его. Данные учебные занятия углубляют, расширяют, детализируют полученные на лекции знания.

### 1.1. Темы практических занятий

#### Раздел 1. Сахарный диабет

#### Тема 1. Сахарный диабет

#### Вопросы по темам раздела (для обсуждения на занятии):

1. Определение и классификация сахарного диабета.
2. Этиология, патогенез сахарного диабета 1 типа, факторы риска его развития.
3. Этиология и патогенез сахарного диабета 2 типа, факторы риска развития и профилактика.
4. Критерии сахарного диабета, алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по HbA1c, биологические эффекты инсулина.
5. Клиника и дифференциальный диагноз сахарного диабета 1 и 2 типов.
6. Нетипичные формы сахарного диабета (сахарного диабета типа Mody, ЛАДА).
7. Лечение сахарного диабета 1 типа. Инсулинотерапия, характеристика инсулинов.
8. Лечение сахарного диабета 2 типа. Механизм действия, показания и противопоказания групп сахароснижающих таблетированных препаратов.
9. Профилактика, диспансеризация, МСЭ при сахарном диабете.

## **Тема 2. Сахарный диабет**

### **Вопросы по темам раздела (для обсуждения на занятии):**

1. Гипогликемическая кома: этиология, патогенез, клиника, диагностика, неотложная терапия.
2. Кетоацидотическая кома: этиология, патогенез, клиника, диагностика, неотложная терапия.
3. Гиперосмолярное состояние: этиология, патогенез, клиника, диагностика, неотложная терапия.
4. Лактацидемическая кома: этиология, патогенез, клиника, диагностика, неотложная терапия.
5. Дифференциальная диагностика ком при сахарном диабете.
6. Микрососудистые осложнения сахарного диабета (диабетическая ретино- и нефропатия): классификация, клиника, диагностика, лечение.
7. Диабетическая полинейропатия: классификация, клиника, диагностика, лечение.
8. Классификация, клиника, диагностика, лечение микрососудистых осложнений сахарного диабета.
9. Синдром диабетической стопы: классификация, клиника, диагностика, лечение.

## **Раздел 2. Заболевания щитовидной железы**

### **Тема 3. Диффузный токсический зоб. Гипотиреоз. Тиреоидиты. Эндемический и узловой зоб**

#### **Вопросы по темам раздела (для обсуждения на занятии):**

1. Биологические эффекты тиреоидных гормонов, гормональная регуляция и степени увеличения щитовидной железы.
2. Диффузный токсический зоб: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Гипотиреоз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Тиреоидиты (острый, подострый, хронические): этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
5. Диффузный зоб: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
6. Узловой зоб: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
7. Тиреотоксическая кома: этиология, клиника, неотложная терапия.
8. Гипотиреоидная кома: этиология, клиника, неотложная терапия.
9. Диагностика и дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы.
10. Профилактика, диспансеризация, МСЭ заболеваний щитовидной железы.
11. Тиреоидные гормоны и тиреостатические препараты: показания, противопоказания.

## **Раздел 3. Нейроэндокринология**

### **Тема 4. Болезнь и синдром Кушинга. Акромегалия, гигантизм**

#### **Вопросы по темам раздела (для обсуждения на занятии):**

1. Биологические эффекты и гормональная регуляция гормонов гипофиза, принцип обратной связи.
2. Несахарный диабет: этиология, патогенез, клиника, диагностика.
3. Лечение центрального и нефрогенного несахарного диабета.
4. Акромегалия, гигантизм: клиника, диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика акромегалии и гигантизма.
5. АКТГ-зависимый и независимый синдром Кушинга: этиология, патогенез, клиника.
6. Гипоталамический синдром пубертатного периода у подростков.
7. Диагностика, дифференциальная диагностика (пробы), болезни и синдрома Кушинга.
8. Лечение синдрома Кушинга: хирургическое, лучевое, медикаментозное.
9. Профилактика, диспансеризация, МСЭ при заболеваниях гипофиза.

#### **Раздел 4. Заболевания надпочечников**

##### **Тема 5. Феохромоцитома. Хроническая надпочечниковая недостаточность**

###### **Вопросы по темам раздела (для обсуждения на занятии):**

1. Биологические эффекты гормонов коры надпочечников и катехоламинов.
2. Феохромоцитома: этиология, патогенез, диагностика, лечение.
3. Классификация и клинические проявления феохромоцитомы.
4. Хроническая надпочечниковая недостаточность: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
5. Дифференциальный диагноз первичной и вторичной надпочечниковой недостаточности.
6. Дифференциальный диагноз феохромоцитомы и хронической первичной надпочечниковой недостаточности.
7. Гипоадреналовый криз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, неотложная терапия, профилактика криза.
8. Катехоламинный криз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, неотложная терапия.
9. Профилактика, диспансеризация, МСЭ феохромоцитомы и хронической надпочечниковой недостаточности.

#### **Раздел 4. Метаболический синдром и ожирение**

##### **Тема 6. Метаболический синдром и ожирение**

###### **Вопросы по темам раздела (для обсуждения на занятии):**

1. Определение, этиология, эпидемиология, ожирения.
2. Факторы риска ожирения и метаболического синдрома.
3. Патогенез ожирения.
4. Классификация ожирения.
5. Клинические симптомы, особенность поражения сердца при ожирении и метаболическом синдроме.
6. Критерии метаболического синдрома.
7. Принципы терапии ожирения и метаболического синдрома.
8. Хирургическое лечение, осложнения, прогноз ожирения и метаболического синдрома.
9. Профилактика, диспансеризация, МСЭ ожирения и метаболического синдрома.

#### **1.2. Образец подготовки занятия к некоторым вопросам темы 1**

**Сахарный диабет (СД)** – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов.

##### **Классификация сахарного диабета (ВОЗ, 1999, с дополнениями)**

1. СД 1 типа • Иммуноопосредованный • Идиопатический (Деструкция  $\beta$ -клеток поджелудочной железы, обычно приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности).
2. СД 2 типа • с преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или • с преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее.
3. Другие специфические типы СД.
  - Генетические дефекты функции  $\beta$ -клеток.
  - Генетические дефекты действия инсулина.
  - Заболевания экзокринной части поджелудочной железы.
  - Эндокринопатии.
  - СД, индуцированный лекарственными препаратами или химическими веществами.

- Инфекции.
  - Необычные формы иммунологически опосредованного СД.
  - Другие генетические синдромы, иногда сочетающиеся с СД.
4. Гестационный СД Возникает во время беременности (кроме манифестного СД).

**Диагностические критерии сахарного диабета и других нарушений гликемии (ВОЗ,1999-2013)**

	<b>Норма</b>	<b>Преддиабет</b>	<b>Сахарный диабет</b>
<b>Критерии сахарного диабета (ВОЗ)</b>			
<b>НвА1с</b>	<b>4-6%</b>	<b>6,1-6,4%</b>	<b>6,5% и выше</b>
<b>Капиллярная кровь (ммоль/л) натощак</b>	<b>3,3-5,5</b>	<b>5,6-6,0</b>	<b>6,1 и выше</b>
<b>Венозная кровь (ммоль/л) натощак</b>	<b>3,3-6,0</b>	<b>6,1-6,9</b>	<b>7,0 и выше</b>
<b>ПГТТ через 2 часа (75,0 глюкозы)</b>	<b>3,3-7,7</b>	<b>7,8-10</b>	<b>11,1 и выше</b>
<b>Критерии сахарного диабета (ADA)</b>			
<i><b>НвА1с</b></i>	<i><b>4-5,6%</b></i>	<i><b>5,7-6,4%</b></i>	<i><b>6,5% и выше</b></i>
<i><b>Венозная кровь (мг/дл)</b></i>	<i><b>70-99</b></i>	<i><b>100-125</b></i>	<i><b>126 и выше</b></i>
<i><b>ПГТТ через 2 часа (мг/дл)</b></i>	<i><b>70-139</b></i>	<i><b>140-199</b></i>	<i><b>200 и выше</b></i>
<b>Критерии сахарного диабета у беременных (ВОЗ)</b>			
<b>Беременные Натощак</b>	<b>3,3-5,0</b>	<b>5,1-6,9</b>	<b>7,0 и выше</b>
<b>ПГТТ через 1 часа</b>		<b>10 и выше</b>	
<b>ПГТТ через 2 часа</b>	<b>3,3-8,4</b>	<b>8,5-11,0</b>	<b>11,1 и выше</b>
<b>Критерии сахарного диабета у беременных (ADA)</b>			
<i><b>Натощак</b></i>	<i><b>70-91</b></i>	<i><b>92-125</b></i>	<i><b>126 и выше</b></i>
<i><b>ПГТТ через 1 часа</b></i>		<i><b>180 и выше</b></i>	
<i><b>ПГТТ через 2 часа</b></i>	<i><b>70-152</b></i>	<i><b>153-199</b></i>	<i><b>200 и выше</b></i>

**1.3.Алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по НвА1с**

<b>Категории</b>	<b>Молодой возраст</b>	<b>Средний возраст 45-60 лет</b>	<b>Пожилым возрастом</b>	
				<b>Функционально независимые</b>

				Без старческой астении и/или деменции	Старческая астения и/или деменция	Завершающий этап жизни
Нет атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний <sup>3</sup> и/или риска тяжелой гипогликемии	< 6,5%	< 7,0%	< 7,5%	< 8,0%	< 8,5%	Избегать гипогликемий и симптомов гипергликемии
Есть атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания и/или риска тяжелой гипогликемии	< 7,0%	< 7,5%	< 8,0%	< 8,0%	< 8,5%	Избегать гипогликемий и симптомов гипергликемии
При низкой ожидаемой продолжительности жизни (< 5 лет) цели лечения могут быть менее строгими						

#### 1.4. Группы сахароснижающих препаратов и механизм их действия

Группы препаратов	Механизм действия
Препараты сульфонилмочевины (ПСМ)	• Стимуляция секреции инсулина
Глиниды (меглитиниды)	• Стимуляция секреции инсулина
Бигуаниды (метформин)(Мет)	• Снижение продукции глюкозы печенью • Снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани
Тиазолидиндионы (глитазоны) (ТЗД)	• Снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани • Снижение продукции глюкозы печенью
Ингибиторы $\alpha$ -глюкозидаз	• Замедление всасывания углеводов в кишечнике
Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (арГПП-1)	• Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина • Глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью • Замедление опорожнения желудка • Уменьшение потребления пищи • Снижение массы тела
Ингибиторы дипептидилпептидазы 4 (глиптины) (иДПП-4)	• Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина • Глюкозозависимое подавление секреции глюкагона • Снижение продукции глюкозы печенью • Не вызывают замедления опорожнения желудка • Нейтральное действие на массу тела
Ингибиторы натрийглюкозного котранспортера 2 типа (глифлозины) (иНГЛТ-2)	• Снижение реабсорбции глюкозы в почках • Снижение массы тела • Инсулиннезависимый механизм действия
Инсулины	• Все механизмы, свойственные инсулину



### 1.5. Сравнительная эффективность, преимущества и недостатки сахароснижающих препаратов

Группа/ Снижение HbA1c	Преимущества	Недостатки	Примечания
Средства, влияющие на инсулинорезистентность			
Бигуаниды – метформин – метформин пролонгированн ого действия 1-2%	– низкий риск гипогликемии – не влияет на массу тела – улучшает липидный профиль – доступен в фиксированных комбинациях (с ПСМ, иДПП-4, иНГЛТ-2) – снижает риск инфаркта миокарда у пациентов с СД 2 типа и ожирением – снижает риск развития СД 2 типа у лиц с НТГ – потенциальный кардиопротективный эффект (не доказан в комбинации с ПСМ) – низкая цена	– желудочнокишечный дискомфорт – риск развития лактат ацидоза (редко) – риск развития дефицита витамина В12 при длительном применении	Противопоказан при СКФ < 30 мл/мин /1,73 м <sup>2</sup> (при СКФ 30-44_мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> максимальная суточная доза не должна превышать 1000 мг), при печеночной недостаточности; остром коронарном синдроме; заболеваниях, сопровождающихся гипоксией; алкоголизме; ацидозе любого генеза; беременности и лактации. Препарат должен быть отменен в течение 2 суток до и после выполнения рентгеноконтрастных процедур, больших оперативных вмешательств
Тиазолидиндионы – пиоглитазон – росиглитазон 0,5-1,4%	Снижение риска макрососудистых осложнений (пиоглитазон) – низкий риск гипогликемии улучшение липидного спектра крови – потенциальный протективный эффект в отношении βклеток – снижают риск развития СД 2 типа у лиц с НТГ	– прибавка массы тела - периферические отеки – увеличение риска переломов трубчатых костей у женщин – медленное начало действия – высокая цена	Противопоказаны при заболеваниях печени; отеках любого генеза; сердечной недостаточности любого функционального класса; остром коронарном синдроме; ИБС в сочетании с приемом нитратов; кетоацидозе; в комбинации с инсулином (за исключением подтвержденных случаев выраженной инсулинорезистентности); при беременности и лактации
Средства, стимулирующие секрецию инсулина (секретагоги)			

<p>Препараты сульфонилмочевин ы – гликлазид – гликлазид МВ – глимепирид – гликвидон – глипизид – глипизид ретард – глибенкламид 1-2%</p>	<p>– быстрое достижение сахароснижающего эффекта – опосредованно снижают риск микрососудистых осложнений – нефро- и кардиопротекция (гликлазид МВ) – низкая цена</p>	<p>– риск гипогликемии – быстрое развитие резистентности – прибавка массы тела – нет однозначных данных по сердечнососудистой безопасности, особенно в комбинации с метформином</p>	<p>Противопоказаны при почечной (кроме гликлазида, глимепирида и гликвидона) и печеночной недостаточности; кетоацидозе; беременности и лактации</p>
<p>Средства с инкретиновой активностью</p>			
<p>Ингибиторы ДПП-4 – ситаглиптин – вилдаглиптин – саксаглиптин – линаглиптин – алоглиптин – гозоглиптин 0,5-1%</p>	<p>– низкий риск гипогликемий – не влияют на массу тела – доступны в фиксированных комбинациях с метформином – потенциальный протективный эффект в отношении β-клеток</p>	<p>– потенциальный риск панкреатитов (не подтвержден) – высокая цена</p>	<p>Возможно применение на всех стадиях ХБП, включая терминальную с соответствующим снижением дозы (линаглиптин без снижения дозы). С осторожностью при тяжелой печеночной недостаточности (кроме саксаглиптина, линаглиптина), сердечной недостаточности; противопоказаны при кетоацидозе; беременности и лактации</p>
<p>Агонисты рецепторов ГПП-1 – эксенатид – эксенатид пролонгированного действия – лираглутид – ликсисенатид – дулаглутид 0,8-1,8%</p>	<p>– низкий риск гипогликемии – снижение массы тела – снижение АД – потенциальный протективный эффект в отношении β-клеток – доступны в фиксированных комбинациях с базальными инсулинами – вторичная профилактика у лиц с АССЗ (лираглутид, семаглутид#, дулаглутид) - возможно эффективны в</p>	<p>– желудочнокишечный дискомфорт – формирование антител (преимущественно на эксенатиде) – потенциальный риск панкреатита (не подтвержден) – инъекционная форма введения – высокая цена</p>	<p>Противопоказаны при тяжелой почечной и печеночной недостаточности; кетоацидозе; беременности и лактации</p>

	качестве первичной профилактики у лиц с сердечнососудистыми ФР - нефропротекция (лираглутид, семаглутид)		
<b>Средства, блокирующие всасывание глюкозы в кишечнике</b>			
Ингибиторы альфаглюкозидаз – акарбоза 0,5-0,8%	– не влияют на массу тела – низкий риск гипогликемии – снижают риск развития СД 2 типа у лиц с НТГ	– желудочнокишечный дискомфорт – низкая эффективность – прием 3 раза в сутки	Противопоказан при заболеваниях ЖКТ; почечной и печеночной недостаточности; кетоацидозе; беременности и лактации
<b>Средства, ингибирующие реабсорбцию глюкозы в почках</b>			
Ингибиторы НГЛТ-2 – дапаглифлозин – эмпаглифлозин – канаглифлозин 0,8-0,9%	– низкий риск гипогликемии – снижение массы тела – эффект не зависит от наличия инсулина в крови – умеренное снижение АД - значительное снижение риска госпитализаций по поводу сердечной недостаточности - нефропротекция – доступны в фиксированных комбинациях с метформином – вторичная профилактика у пациентов с АССЗ - возможно эффективны в качестве первичной профилактики у лиц с сердечнососудистыми ФР	– риск урогенитальных инфекций – риск гиповолемии – риск кетоацидоза - риск ампутаций нижних конечностей (канаглифлозин), у остальных препаратов с осторожностью - риск переломов (канаглифлозин) – высокая цена	Противопоказаны при кетоацидозе, беременности, лактации, снижении СКФ < 45 мл/мин /1,73 м <sup>2</sup> Требуется осторожность при назначении: – в пожилом возрасте (см. инструкцию к применению) – при хронических урогенитальных инфекциях – при приеме мочегонных средств Препарат должен быть отменен в течение 2 суток до и после выполнения рентгеноконтрастных процедур, больших оперативных вмешательств
<b>Инсулины</b>			
Инсулины - человеческие – аналоги 1,5-3,5%	– выраженный сахароснижающий эффект – снижают риск микро- и макрососудистых	– высокий риск гипогликемии – прибавка массы тела – требуют час того	Нет противопоказаний и ограничений в дозе

	осложнений	контроля гликемии – инъекционная форма – относительно высокая цена	
--	------------	--	--

### 1.6. Характеристика препаратов инсулина

Вид	Название	Действие		
		Начало	Пик	Длительность
<b>Инсулины прандиальные (пищевые)</b>				
Ультракороткого действия (аналоги инсулина человека)	- Инсулин <b>лизпро</b> (Хумалог) - Инсулин <b>аспарт</b> (НовоРапид) - Инсулин <b>глулизин</b> (Апидра)	через 5–15 мин	через 1–2 ч	4–5 ч
Короткого действия	- Инсулин <b>растворимый</b> (soluble) человеческий генно- инженерный (Актрапид НМ, Хумулин Регуляр, Биосулин Р, Ринсулин Р...)	через 20-30 мин	через 2-4 ч	6 ч
<b>Инсулины базовые</b>				
Средней продолжительности действия	- Инсулин- <b>изофан</b> человеческий Генноинженерный (Протафан НМ, Хумулин НПХ, Биосулин Н, Ринсулин НПХ...)	через 2 часа	через 6–10 ч	12–16 ч
Длительного действия (аналоги инсулина человека)	- Инсулин <b>гларгин</b> (Лантус, Туджео) - Инсулин <b>детемир</b> (Левемир)	через 5–15 мин	-	42 ч
Сверхдлительного действия (аналоги инсулина человека)	Инсулин <b>деглудек</b> (Тресиба)	через 1 ч	-	24 ч
<b>Готовые смеси</b>				
Готовые смеси инсулинов	- Инсулин двухфазный Хумулин М3; Инсуман Комб 25; Биосулин 30/70; Хумалог Микс 25; Хумалог Микс 50; Райзодег) -	Такие же, как у инсулинов, но и в смеси инсулины действуют отдельно		

<b>Инсулины для детей и беременных</b>		
Инсулины Хумалог, НовоРапид, Лантус, Левемир разрешены к применению у детей с 2-х лет и беременных пациенток.		
Инсулины Тресиба разрешен к применению с 1 года.		
Инсулин Райзодег разрешен к применению с 2 лет		

## **2.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ СТУДЕНТОВ**

**Самостоятельная работа** – это планируемая работа студентов, выполняемая по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия. По целевому признаку самостоятельная работа студентов может проводиться: для овладения знаниями, для закрепления и систематизации знаний, для формирования умений.

### **2.1Основные виды тем для самостоятельной формы работы очной формы обучения.**

Название разделов и тем	Вид самостоятельной работы (проработка учебного материала, решение задач, реферат, доклад, контрольная работа, подготовка к сдаче зачета, экзамена и др.)	Форма контроля (проверка решения задач, реферата и др.)
Сахарный диабет	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче зачета	Опрос на занятии, решение ситуационных задач
Сахарный диабет	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче зачета	Опрос на занятии, решение ситуационных задач,
Диффузный токсический зоб. Гипотиреоз. Тиреоидиты. Эндемический и узловой зоб	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче зачета	Опрос на занятии, решение ситуационных задач
Болезнь и синдром Иценко-Кушинга	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче зачета	Опрос на занятии, решение ситуационных задач
Феохромоцитома. Хроническая надпочечниковая недостаточность	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче зачета	Опрос на занятии, решение ситуационных задач
Метаболический синдром и ожирение	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче зачета	Опрос на занятии, решение ситуационных задач

## 2.2 Комплект задач для самостоятельной работы

№ задания	Условие задачи (формулировка задания)
1	<p>Какие группы препаратов вы порекомендуете пациенту 60 лет, ИМТ 22, с декомпенсированным сахарным диабетом 2 типа, ведущим здоровый образ жизни. За последние 6 месяцев похудел на 8 кг. Принимает метформин в дозе 1000мг в ужин + Глимепирид 4 мг до завтрака. При обследовании: НвА1с 9,5%. В отделении есть Хумулин НПХ и Актрапид, Метформин, Эмпаглифлозин, Вилдаглиптин, Глибенкламид.</p> <p>Вопросы:            Предположите и обоснуйте диагноз.            Назначьте лечение.            Назначьте дополнительное обследование.</p>
2	<p>Какие группы сахароснижающих препаратов рекомендуются больному 58 лет в с первые выявленным сахарным диабетом неделю назад перенесшему ОИМ НвА1с 9,1%.</p> <p>Вопросы:            Предположите и обоснуйте диагноз.            Назначьте лечение.            Назначьте дополнительное обследование.</p>
3	<p>Подберите препарат больной 72-х лет, рост - 165см, вес-89 кг в с первые выявленным сахарным диабетом, страдающей ХОБЛ. НвА1с 7,7%. В отделении есть Хумулин НПХ и Актрапид, Метформин, Эмпаглифлозин, Вилдаглиптин, Глибенкламид.</p> <p>Вопросы:            Предположите и обоснуйте диагноз.            Назначьте лечение.            Назначьте дополнительное обследование.</p>
4	<p>У пациентки 30 лет выявлено плотной консистенции узловое образование в правой доле щитовидной железы размерами 20x16мм. Периферические лимфоузлы не увеличены. Данные радиоизотопного сканирования подтверждают диагноз: узловой эутиреоидный зоб. Вопросы:            Предположите и обоснуйте диагноз.            Назначьте лечение.            Назначьте дополнительное обследование.</p>
5	<p>Пациентка 67 лет была прооперирована по поводу узлового зоба. Сразу же после операции появилась осиплость голоса, отеки на лице, сухость кожи.</p> <p>Вопросы:            Какое осложнение возникло у данного больного после оперативного лечения?            Назначьте лечение.            Назначьте дополнительное обследование.</p>
6	<p>Пациентка 26 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, немотивированные колебания настроения. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы. Положительные глазные симптомы: расширение глазных щелей, редкое мигание. Пульс - 115 уд./мин. В течение 2 лет периодически лечилась тиреостатическими препаратами без большого эффекта. Поставлен диагноз: диффузный зоб 2 степени с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести.</p> <p>Вопросы:            Назначьте лечение.            Назначьте дополнительное обследование.</p>

7	<p>У пациента 62 лет после погрузки угля появились бледность кожи, дрожание рук, потливость, двигательное возбуждение, повышение тонуса глазных яблок. В анамнезе сахарный диабет.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
8	<p>Пациентка 18 лет поступила с жалобами на боли при глотании и образование в шее. Из анамнеза известно, что недавно больная перенесла фолликулярную ангину. При осмотре: температура 38°C, щитовидной железы увеличена, уплотнена, болезненна. PS-100 в мин. В анализе крови: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ - 30 мм/час.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
9	<p>На 2-й день после операции по поводу диффузного токсического зоба у пациента внезапно появилось двигательное и психическое возбуждение, тахикардия 130 в минуту, температура тела 39,8°C.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
10	<p>При профилактическом УЗИ исследовании у 40-летнего мужчины выявлено: изменение щитовидной железы в виде участков повышенной и пониженной эхогенности, объём щитовидной железы 32 см<sup>3</sup>, региональные лимфатические узлы не визуализируются.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
11	<p>Пациентка 36 лет обратилась с жалобами на запоры, плохую память, утомляемость, депрессию. В анамнезе анемия. При осмотре АД-100/65 мм.рт.ст; пульс 54 в минуту; отеки век, осиплость голоса.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
12	<p>Больная 27 лет жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость. ЧСС-102 в минуту. Глазные симптомы отсутствуют. При УЗИ щитовидной железы объём 35 см<sup>3</sup>.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
13	<p>Пациент 52 лет, вес - 72 кг. Из анамнеза известно, что болен около 2-х лет. По поводу диффузного токсического зоба в течение 18 месяцев принимал пропицил. Через 3 месяца после отмены препарата почувствовал утомляемость, постоянные сердцебиения, последний месяц появилась субфебрильная температура. На УЗИ щж V=44 см<sup>3</sup>, ТТГ - 0.02.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз.</p>

	<p>Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
14	<p>К пациенту 45 лет была вызвана скорая помощь. При осмотре: без сознания, бледность и сухость кожи, шумное дыхание, узкие зрачки, сниженные рефлексы, «мягкие» глазные яблоки, запах ацетона. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
15	<p>Пациент 66 лет рост 177 см и вес 98 кг с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа. Вопросы: Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
16	<p>Пациентка 18 лет рост 154 см и вес 60 кг жалобы на акне. При обследовании Сахар венозной крови натощак 7,7 ммоль/л. Гликированный гемоглобин – 6,6%. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
17	<p>У пациентки 31 лет жалобы на сухость во рту, жажду, снижение веса, слабость. Сахар венозной крови натощак 6,3 ммоль/л. Гликированный гемоглобин – 6,1%. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
18	<p>Больная 62 лет доставлена в стационар. Жалобы на резкую слабость, фурункулез, жажду, полиурию, снижение веса, головные боли, парез правой руки. Из анамнеза известно, что накануне принимала много мочегонных и слабительных с целью снижения веса. Сахар капиллярной крови натощак 33,2 ммоль/л. Гликированный гемоглобин – 10%. Запаха ацетона нет. .Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
19	<p>Пациенту 18 лет (рост- 167 см., вес- 63 кг) вызвана "скорая помощь". Жалобы на: слабость, головокружение, жажду, сухость во рту, тошноту, однократную рвоту, похудел. В анамнезе: СД. Неделю без инсулина. Наследственность у отца СД. В статусе: вялый, лежит в кровати. АД= 110/65; ЧСС-64. ЩЖ: не пальпируется. Глазные симптомы - отрицательные. Тремора нет, кожа сухая, дряблая. Вторичные половые признаки по-возрасту. Стрий нет. При обследовании: НвА1С -11,3%. Гликемический профиль: 8-00 -18,7; в 18-00 - 20,5 ммоль/л. С-пептид - 13 пмоль/л (норма: 298-1324 пмоль/л). Ацетон мочи-положительный. Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
20	<p>Пациент 23 лет (рост- 180 см., вес- 54 кг). Жалобы на: сухость во рту, жажду, утомляемость, дрожь в руках, головные боли, снижение веса на 2 кг за</p>



	<p>последние пол года, снижение зрения. В статусе: АД= 120/75 мм.рт.ст; ЧСС- 93. ЩЖ: не пальпируется. Тремора нет. Глазные симптомы - отрицательные. Вторичные половые признаки по-возрасту. Гинекомастии нет. Стрий нет. При обследовании: НвА 1 с - 7,7%. Гликемический профиль: 8-00 - 6,9; в 18-00 - 9,0ммоль/л. Ацетон мочи.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
21	<p>У пациентке 63лет жалобы на сухость во рту, головокружение, плохой сон. Сахар капиллярной крови натощак 6,4 ммоль/л. При осмотре ИМТ- 31, АД- 150/90 мм.рт.ст. Гликированный гемоглобин – 6,6%.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
22	<p>Пациент 53 лет ИМТ 32 кг/м<sup>2</sup> доставлен в стационар с жалобами на слабость, жажду, плохой аппетит. В анамнезе ХОБЛ. Страдает сахарным диабетом, принимал метформин 1000 мг 3 раза в день. При обследовании: глюкоза крови – 24,2 ммоль/л. НвА1с - 9,8%, триглицериды – 2,5 ммоль/л.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
23	<p>Пациент К., 28 лет, поступила в эндокринологическое отделение с жалобами жажда и сухость во рту, ежедневные выделения около 10 литров светлой мочи, тошнота, вздутие живота, плохой сон, связанный с частыми мочеиспусканиями и приемом жидкости, выраженная слабость, сухость во рту. Анамнез заболевания: Впервые жалобы на жажду и полиурию появились около года назад, самочувствие не страдало. Постепенно степень выраженности симптомов нарастала, в связи с чем госпитализирована для обследования и лечения. Объективный статус: Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое. Рост-172 см, вес-90 кг, ИМТ. 30,4кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы сухие, обычной окраски. Оволосение по женскому типу. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичны. ЧСС 76 в мин. АД -110и70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна и подвижна при пальпации и глотании, мягкоэластической консистенции.</p> <p>Вопросы: 1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2.Назначьте обследование. 3.Назначьте лечение.</p>
24	<p>Женщина 63 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу в поликлинике с жалобами на повышение температуры тела до 39°С (преимущественно в ночное время), боли в области шеи, учащенное сердцебиение, тревожность. Анамнез заболевания: В течение нескольких недель беспокоит повышение температуры тела до 39°С (преимущественно в ночное время), боли в области шеи. Впервые обратилась к эндокринологу. Объективный статус: Рост 170 см, масса тела 84 кг, ИМТ 29,0 кг/м<sup>2</sup>. Сознание ясное. Кожные покровы обычной</p>

	<p>окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС -82 уд. в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Контуры шеи ровные. Шея визуальнo не изменена. Щитовидная железа при пальпации резко болезненная, не увеличена, не спаяна. Узлы не пальпируются, л/у не пальпируются.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
25	<p>Мужчина 27 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу. с жалобами на немотивированную слабость, утомляемость, потливость. Анамнез заболевания: данные жалобы в течение последнего года . Обратился к терапевту по месту жительства. Проходил обследование с подозрением на уролитиаз, был выявлен коралловидный конкремент правой почки. При дальнейшем обследовании выявлено увеличение общего кальция крови до 2.75 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 73 мкмоль/л. Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное. Сознание Ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост 179см Вес 77 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Молочные железы без особенностей , галакторея отсутствует. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное.ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные , пульс 63 в мин. АД 127/76мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Дообследование: Паратгормон 79,2( 15-65) пг/мл и Паратгормон 125.3 (15.0 - 65.0) пг/мг.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
26	<p>Больная 49 лет, жалуется на постоянную головную боль, на высоте которой возникает тошнота и рвота, выраженную жажду (в сутки выпивает 8 – 10 литров воды), обильное частое мочеиспускание. Считает себя больной в течение года. Объективно: рост 162 см; масса тела 58кг. В объективном статусе отклонений нет. При исследовании полей зрения выявлено их сужение, на глазном дне – начальные явления атрофии зрительного нерва. Рентгенография черепа: усиление сосудистого рисунка, размеры турецкого седла 16x14 мм, спинка и стенка истончены, клиновидные отростки выпрямлены. Диагноз: Несахарный диабет, центральная форма.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
27	<p>Мужчина, 40 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 попал в автомобильную аварию, после чего диагностировали ушиб мозга. При проведении стандартного теста толерантности к глюкозе: уровень глюкозы натощак 3,8-ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 4,5 ммоль/л. При исследовании мочи: белок – отриц., плотность 1001-1002, лейкоциты – 1-0-1, эрит. – ед. в п/зр. В анализах крови без отклонений, рентгенография черепа – без отклонений.</p> <p>Вопросы:</p>

	<p>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>2.Назначьте обследование.</p> <p>3.Назначьте лечение.</p>
28	<p>Больная М., 45 лет обратилась к врачу по поводу случайно зафиксированных высоких цифр сахара крови до 8,2 ммоль/л. Врач обратил внимание на необычную внешность: неравномерно увеличенные надбровные дуги, нижнюю челюсть, крупные кисти. При подробном опросе, выяснено, что за последние годы увеличение размеров обуви и головных уборов. Объективно: кожа плотная, с глубокими складками, особенно на волосистой части головы. Рост - 182 см, масса тела 93 кг (ИМТ - 28 кг/м<sup>2</sup>). Отложение жира равномерное - с преимущественным распределением в области живота и бедер. Щитовидная железа не увеличена, функция ее не нарушена. Пульс 82 в 1 мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 150/90 мм.рт.ст. Дополнительные исследования: стандартный тест толерантности к глюкозе: уровень глюкозы натощак 6,5 - ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 12,4 ммоль/л. На рентгенограмме головы в боковой проекции– «двухконтурность» турецкого седла. Диагноз: Акромегалия, активная стадия. Макроаденома гипофиза (соматотропинома). Сахарный диабет на фоне акромегалии впервые выявленный, декомпенсация. Гипертонический синдром.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>2.Назначьте обследование.</p> <p>3.Назначьте лечение.</p>
29	<p>Больной К. 30 лет обратился с жалобами на головную боль, увеличение надбровных дуг, мягких частей лица, увеличение суставов кистей рук, увеличение размера обуви на 2 единицы. Во время обследования на МРТ гипофиза выявлена аденома гипофиза (соматотропинома) с супраселлярным ростом 1,4*1,9 см., СТГ 100 нмоль/л (N до 20), пролактин 194 мМЕ/мл (N 60-450), ТТГ 1,4 мкЕд/мл (норма 0,25-4,5), на УЗИ щитовидной железы-объем 50 мл, в правой доле образование 0,9*1,1см, с тонким гипоехогенным ободком. Диагноз: Акромегалия, активная стадия. Макроаденома гипофиза (соматотропинома). Узловой зоб I ст.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>2.Назначьте обследование.</p> <p>3.Назначьте лечение.</p>
30	<p>Больной Л. 49 лет, двенадцать лет назад на основании клинического и лабораторного обследования диагностирована аденома гипофиза (соматотропинома) в этом же году проведен курс гамма-терапии с последующей длительной ремиссией. Два года назад ухудшение самочувствия, головная боль, увеличение носа и суставов пальцев рук и ног. Увеличение базального СТГ до 26 нмоль/л (№ 0-20), пролактина 800мМЕ/мл (N60-450). На МРТ гипофиза выявлена микроаденома. Выраженная общая слабость, АД 155/95 мм.рт.ст..</p> <p>Диагноз:Рецидив микроаденомы гипофиза (соматопролактиномы). Акромегалия, активная стадия. Гипертонический синдром.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>2.Назначьте обследование.</p> <p>3.Назначьте лечение.</p>

31	<p>Пациент С., 26 лет. Предъявляет жалобы на «ком в горле», ощущение сдавления в области шеи. Объективно : общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые без особенностей. Периферические л\у не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. ЧСС 86 уд\мин. АД 145\92 мм.рт.ст. При пальпации щитовидная железа не увеличена, безболезненна. Симптомы Мари, Грефе, Мебиуса отриц. Рост – 182 см, вес – 95 кг. ИМТ – 28, 68 кг\м2. Обследование: Гормональный профиль : Т4 св – 11.48 пмоль\л. ТТГ – 1.58 мЕд\л. АТ-ТПО - &lt; 3,0 Ед\мл. УЗИ щж: Расположение : обычное. Общий объём : 14.7 см3. Контуры : чёткие, ровные, полюса закруглены. Эхогенность : обычная. Структура : неоднородная. В правой доле единичный гипертрофированный фолликул 3мм. При ЦДК кровотоков в железе не изменён. Региональные л\у не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
32	<p>Пациентка Б., 32 года. Предъявляет жалобы на раздражительность, перепады настроения, тахикардию, обильное потоотделение. Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые без особенностей. Периферические л\у не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. ЧСС 106 уд\мин. АД 110\72 мм.рт.ст. При пальпации щитовидная железа не увеличена, безболезненна. Симптомы Мари, Грефе, Мебиуса отриц. Рост : 166 см, вес : 56 кг. ИМТ – 20, 32 КГ\М2. Обследование: Гормональный профиль : Т4 св – 3.8 нг\дл ( норма 0.8-2.1 ). ТТГ – 0.11 мкМЕ\мл ( 0,28- 4.2 ). АТ-ТПО – 128.3 Ед\мл . УЗИ ЩЖ:Общий объём : 5.4 мм. Железа расположена в типичном месте, в объеме не увеличена, контуры ровные. Структура зернистая. Передние лимфоузлы не увеличены. Паращитовидные железы не лоцируются. При ЦДК кровоснабжение повышено, индекс CPD 25% ( норма 5-15% ).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
33	<p>Пациентка Т., 69 лет. Активных жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что в 2012 г. Был поставлен диагноз АИТ. Гипотиреоз. На данный момент принимает L-тироксин (эутирокс) 175 мгк натоцак. Рост : 164 см, вес : 88 кг. ИМТ – 32, 7 кг\м2. Вес стабилен. Обследование: Гормональный профиль : Т4 св – 11.42 пмоль\л. ТТГ – 10.94 мЕд\л. Паратгормон – 2.69.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
34	<p>Пациентка З. 36 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на снижение массы тела на 10 кг в течение 3 последних месяцев, учащенные сердцебиения как в покое, так и при физической нагрузке, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушения сна, слабость. Рост - 168 см, вес - 53 кг, ИМТ - 19 кг/м2. Кожные покровы теплые, влажные. Мелкий тремор тела и пальцев рук. Экзофтальм с обеих сторон, симптом Грефе положительный. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия - 120 ударов в минуту, АД - 145/70 мм рт. ст. Щитовидная железа при осмотре однородная, доли</p>

	<p>значительно больше дистальной фаланги первого пальца пациентки, изменена конфигурация шеи. Обследование: Общий анализ крови: эритроциты – <math>3,9 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин – 141 г/л, лейкоциты – <math>7,1 \times 10^9/л</math>, тромбоциты – <math>317 \times 10^9/л</math>, СОЭ – 18 мм/час. Биохимический анализ крови: о. белок – 68 г/л, альбумин – 45 г/л, общий билирубин – 13,7 мкмоль/л, креатинин – 0,08 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: Общий объём : 36.2 см<sup>3</sup>. Контуры : чёткие, неровные, полюса закруглены. Эхогенность равномерно снижена. Структура : однородная. При ЦДК кровоток усилен. Региональные лу не увеличены. Гормональное обследование: ТТГ - 0,005 мМЕ/л, Т4 св- 60 пМоль/л, анти-рТТГ - 7,75 МЕ\л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
35	<p>Пациентка М., 54 года. Жалобы на быструю утомляемость, снижение памяти, слабость, увеличение веса, выпадение волос. Анамнез : указанные жалобы возникли 5 лет назад и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 64 до 92 кг. Объективно : состояние удовлетворительное, рост – 165 см, вес 94 кг. кожные покровы обычной окраски, сухие, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Нижние конечности пастозны. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца приглушены ослаблены. Пульс - 53 в минуту, ритмичен. АД - 96/68 мм рт. ст. Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счет жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена. Стул регулярный. Диурез в норме. Обследование:ОАК: эритроциты - <math>4,8 \times 10^{12}/л</math>, лейкоциты - <math>5,8 \times 10^9/л</math>, гемоглобин – 96 г/л. Холестерин крови - 8,8 ммоль/л, сахар крови натощак – 5.4. ОАМ - норма. Гормональный профиль : ТТГ: 16 мМЕ/л, св. Т4 – 4,6 пмоль/мл, а-ТПО - 364 МЕ/Мл.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
36	<p>Пациент О. 46 лет. Предъявляет жалобы на сонливость, слабость, ухудшение памяти, запоры, повышение массы тела. Анамнез : симптомы беспокоят в течение 4 мес., после тиреоидэктомии по поводу ДТЗ. Никуда не обращался. Было назначено послеоперационное лечение, но пациент никаких препаратов не принимал. Вес увеличился с 87 кг до 96 за последние 3 месяца. Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые без особенностей. Периферические лу не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. ЧСС 62 уд\мин. АД 101\68 мм.рт.ст. Живот вздут. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. На коже шеи послеоперационный рубец. Щитовидная железа пальпаторно не определяется. Стул нерегулярный. Диурез в норме. Обследование: ОАК: эритроциты - <math>3,9 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин - 116 г/л, лейкоциты - <math>5,9 \times 10^9/л</math>, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 28%, моноциты - 6%, СОЭ - 12 мм/ч. ОАМ: цвет - жёлтый, удельный вес - 1021, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 3 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в</p>

	<p>поле зрения. Биохимический анализ крови: сахар – 4,7 ммоль/л, АСТ - 23 Ед/л, АЛТ – 27 Ед/л, Na – 137 ммоль/л, К – 3,9 ммоль/л. Гормональный профиль: ТТГ – 19,8 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 7,0 пкмоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
37	<p>Пациентка Ч., 23 года. Предъявляет жалобы на «ком в горле», периодическое изменение голоса. Объективно : общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые без особенностей. Периферические л\у не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. ЧСС 76 уд\мин. АД 118\74 мм.рт.ст. При пальпации щитовидная железа увеличена, безболезненна. Симптомы Мари, Грефе, Мебиуса отриц. Рост – 161 см, вес – 49 кг. Обследование: Гормональный профиль: Т4 св – 9.21 пмоль\л, ТТГ – 1.3 мЕд\л, АТ-ТПО - &lt; 3,0 Ед\мл, УЗИ щж : расположение : обычное. Правая доля : 19x18x40 мм. V= 11,1 см<sup>3</sup>. Левая доля: 18x19x41 мм. V= 11,3 см<sup>3</sup>. Перешеек : 6 мм. Общий объём : 22.4 см<sup>3</sup>. Контуры : чёткие, ровные, полюса закруглены. Эхогенность : обычная. Структура : неоднородная. В левой доле единичный гипертрофированный фолликул 5мм. При ЦДК кровоток в железе не изменён. Региональные л\у не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
38	<p>Пациентка М., 66 лет. Жалобы на чувство нехватки воздуха. Анамнез: Считает себя больной с 2019 года, когда впервые прошла обследование в связи с жалобами на боли в горле, ощущение нехватки воздуха. По результатам данного обследования, больной было рекомендовано оперативное лечение, от которого она отказалась. После перенесенного в декабре 2020 года бронхита появились жалобы на затруднение глотания, охриплость голоса, чувство жжения в области шеи. Из-за ухудшения состояния больная обратилась в ЦРБ по месту жительства, откуда была направлена в УОКБ. Объективно : общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые без особенностей. Пальпируется подбородочный лимфоузел справа. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. ЧСС 76 уд\мин. АД 118\74 мм.рт.ст. При пальпации щитовидная железа уплотнена, безболезненна, в правой доле нащупывается уплотнение «с горошину». Симптомы Мари, Грефе, Мебиуса отриц. Рост – 164 см, вес – 89 кг. Обследование: ОАК : Гемоглобин - 116 г/л , Лейкоциты - 15*10<sup>9</sup>/л , Эритроциты - 3,8*10<sup>12</sup>/л, С/я - 39%, П/я - 6%, Лимфоциты - 53%, Моноциты - 4-8%, Эозинофилы - 2-4% СОЭ - 32 мм/ч. ОАМ : Цвет соломенно-желтый, прозрачная, Реакция (pH) - сл.кисл, Удельный вес – 1009, Лейкоциты - 0-1*10<sup>9</sup> /л, Эпителий - 2-4 в п.з. Свободных эритроцитов - 0 в п.з. Б/х анализ крови : Глюкоза - 5,2 ммоль/л, Мочевина 5,1 ммоль/л, Общий белок-69 г/л, Билирубин общ-20,1; прямой-4,3; непрямо-15,8 ммоль/л. Гормональный профиль : ТТГ – 64,27 мЕд\л</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
39	<p>Пациентка Е., 47 лет. Жалуется на боли в горле при глотании, повышение</p>

	<p>температуры тела до 38С, слабость, головные боли. Месяц назад перенесла ангину. Объективно : общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые без особенностей. Пальпируется подбородочные лимфоузлы справа и слева. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. ЧСС 98 уд\мин. АД 126\82 мм.рт.ст. При пальпации область щитовидной железы резко болезненна. Симптомы Мари, Грефе, Мебиуса отриц. Рост – 167 см, вес – 65 кг. Обследование:ОАК : Гемоглобин - 138 г\л , Лейкоциты - 23*10<sup>9</sup>/л ,Эритроциты - 4,0*10<sup>12</sup>/л, СОЭ - 43 мм\ч. ОАМ : Цвет соломенно-желтый, прозрачная, Реакция (рН) - сл.кисл, Удельный вес – 1012, Лейкоциты - 0-1*10<sup>9</sup> /л. Б\х анализ крови : Глюкоза - 4,1 ммоль\л, Мочевина 4,8 ммоль\л, Общий белок- 72 г\л, Билирубин общ-22,3; прямой-3,3; непрямой-13,5 ммоль\л. Гормональный профиль : ТТГ – 3,81 пмоль\л. Т4св – 11,4 мЕд\л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
40	<p>Пациентка Х., 27 лет. Была направлена на консультацию к эндокринологу в УОКБ. Активных жалоб не предъявляет. На момент осмотра беременность первая, 10 недель. Обследование: Общий анализ крови: эритроциты – 3,9×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 146 г\л, лейкоциты – 4,1×10<sup>9</sup>/л, тромбоциты – 318×10<sup>9</sup>/л, СОЭ – 7 мм\час. Биохимический анализ крови: о. белок – 65 г\л, общий билирубин – 12,2 мкмоль\л, креатинин – 72 мкмоль\л, глюкоза – 4,2 ммоль\л. Гормональный профиль : Т4 св – 10.1 пмоль\л. ТТГ – 2,9 мЕд\л. АТ-ТПО - 98,3 Ед\мл. УЗИ щж : Расположение : обычное. Правая доля :19x18x40 мм. V= 6,4 см<sup>3</sup>. Левая доля: 18x19x41 мм. V= 6,6 см<sup>3</sup>. Перешеек : 4мм. Общий объём : 13 см<sup>3</sup>. Контуры : чёткие, ровные, полюса закруглены. Эхогенность : диффузно снижена. Структура : неоднородная. При ЦДК кровотоков в железе не изменён. Региональные л\у не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
41	<p>Женщина 25 лет обратилась на прием к врачу-эндокринологу с жалобами на дискомфорт при глотании, общую слабость, повышенную утомляемость, тревожность. 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 мес. При обследовании в дебюте заболевания по данным УЗИ щитовидной железы общий объём 46,5 мл, участки повышенной и пониженной эхогенности. По данным гормонального анализа крови ТТГ 0,08 мкМЕ/мл (0,23-3,4), Т4 св 89 пмоль\л (10-23,2). Диагностирован диффузный токсический зоб 2 ст. по ВОЗ, назначены тиамазол 30 мг в день, бисопролол 5 мг. Через 2 месяца от начала заболевания ТТГ 1,1 мкМЕ/мл, Т4 св 6,1 пмоль\л (10-23,2). Консультирована офтальмологом, диагностирована эндокринная офтальмопатия. В течение года доза тирозола постепенно снижена до 5 мг в сут, продолжает получать на настоящий момент. Планирует беременность. Объективный статус: Рост 164 см, масса тела 75 кг.ИМТ 27,9 кг/ м<sup>2</sup>. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраске. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС- 86 уд в мин. АД 130 и 80 мм рт.ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, визуально увеличена ( 2 ст по</p>

	<p>ВОЗ), пальпаторно мягко-эластической консистенции, узловые образования не определяются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Обследование: ТТГ- 6,5 мЕд/л, свободный тироксин 7,37 пмоль/л, свободный трийодтиронин 4,22 пмоль/л. УЗИ щж: общий объем щитовидной железы: 96, 4 см<sup>3</sup>, эхографические признаки диффузного аутоиммунного поражения щитовидной железы.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
42	<p>Женщина 23 года обратилась на прием к врачу-эндокринологу с жалобами на тревожность, учащенное сердцебиение. Анамнез заболевания: в течение последней недели беспокоят тошнота, тревожность, учащенное сердцебиение, принимает йодомарин 200 мкг ежедневно. Направлена врачом-гинекологом на консультацию. Семейный анамнез: мать- узловой эутиреоидный зоб. Гинекологический анамнез: менструация с 12 лет, беременность одна. Аллергических реакций не отмечалось. Вредные привычки:нет. Проживает в г. Москве. Трудовой анамнез: студентка. Анамнез жизни: Беременность 7-8 нед., многоплодная. Объективный статус: Рост 160 см, масса тела 53 кг, ИМТ 20,7 кг/м<sup>2</sup>. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС – 86 уд в мин. АД 110 и 80 мм рт.ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации не увеличена, мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании. В проекции правой доли пальпируется узловое образование около 1,8 см в диаметре, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
43	<p>Женщина 68 лет обратилась на прием к врачу-эндокринологу с жалобами на наличие объемного образования на шее, тревожность, учащенное сердцебиение. Анамнез заболевания: увеличение щитовидной железы в течение 5 лет. Со слов, ТТГ в пределах нормы. В течение месяца беспокоят тревожность и учащенное сердцебиение. Объективный статус: Рост 160 см, масса тела 53 кг, ИМТ 20,7 кг/м<sup>2</sup>. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС – 86 уд в мин. АД 120 и 80 мм рт.ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации не увеличена, мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании. В проекции правой доли пальпируется узловое образование около 1,5 см в диаметре, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
44	<p>Женщин 59 лет направлена к эндокринологу врачом- кардиологом с жалобами на учащенное сердцебиение, одышку, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания: 4 года назад по данным ХМ ЭКГ диагностирована неустойчивая желудочковая тахикардия, в связи с чем назначен Амиодарон 200 мг в сутки. Получает терапию до настоящего времени, заключение кардиолога - замена препарата невозможна. Направлена к эндокринологу для определения</p>



	<p>дальнейшей тактики ведения. Сопутствующие заболевания: ИБС: некая ишемия миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Неустойчивая желудочковая тахикардия. Стентирование левой внутренней сонной артерии в 2016 г. Гипертоническая болезнь 3 ст, достигнутая степень АГ 1, риск ССО 4. Лекарственная терапия: Валз 80 мг вечером, Нифекард ХЕ по 60 мг утром и вечером, Беталок ЗОК 100 мг утром, Кордарон 200 мг утром, Крестор 10 мг, Тромбоасс 100 мг на ночь. Семейный анамнез: не отягощен. Объективный статус: Рост 170 см, масса тела 53 кг, ИМТ 18,3 кг/м<sup>2</sup>. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС - 86 уд. в минуту. АД 140/90 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации увеличена (1 ст. по ВОЗ, 2001), мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, узловые образования не пальпируются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. ТТГ - 0,03 мМЕ/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
45	<p>Женщина 64 лет направлена к эндокринологу врачом-кардиологом с жалобами на учащенное сердцебиение, одышку, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания: 3 года назад по данным ХМ ЭКГ диагностирована неустойчивая желудочковая тахикардия, в связи с чем назначен Амиодарон 200 мг в сутки. Получает терапию до настоящего времени. ТТГ - 18 мМЕ/л. Направлена к эндокринологу для определения дальнейшей тактики ведения. Анамнез жизни: сопутствующие заболевания: ИБС: некая ишемия миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Неустойчивая желудочковая тахикардия. Стентирование левой внутренней сонной артерии в 2016 г. Гипертоническая болезнь 1ст, достигнутая степень АГ 1, риск ССО 4. Лекарственная терапия: Ко-диован 160+12,5 мг утром, Валз 80 мг вечером, Нифекард ХЕ по 60 мг утром и вечером, Беталок ЗОК 100 мг утром, Кордарон 200 мг утром, Крестор 10 мг, ТромбоАсс 100 мг на ночь. Объективный статус: Рост 170 см, масса тела 83 кг, ИМТ 28,7 кг/м<sup>2</sup>. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 78 уд. в минуту. АД 130/90 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации увеличена (1 ст. по ВОЗ, 2001), мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, в проекции левой доли пальпируется узловое образование около 1,5 см в диаметре, подвижное, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Результаты обследования: УЗИ щж: контуры: чёткие, ровные. Общий объем щитовидной железы: 25,4 см<sup>3</sup>. Вазкуляризация при ЦДК: не изменена. Расположение: обычное. Структура: гетерогенная. Эхогенность: умеренно понижена. Объемные образования: в обеих долях определяются фокальные зоны размером 3-4мм. Сцинтиграфия щитовидной железы: нижний полюс щитовидной железы располагается выше ярёмной вырезки на 2 см. Отмечается равномерно сниженный захват РФП на всём протяжении ЩЖ. Индекс захвата РФП: 0,8% (РИ 0,9-1,8); слева 46%, справа 54%. Рецептор тиреотропного гормона 1,5 мЕД/л (0,0-1,75).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> </ol>

	3. Назначьте лечение.
46	<p>Мужчина 45 лет страдает заболеванием надпочечников в течение 3–х лет, постоянно принимает преднизолон 7,5 мг/сутки и кортинефф 1 таблетку через день. После переохлаждения появились боли в горле при глотании, не лечился. Состояние в течение 2-х дней резко ухудшилось: снизился аппетит, усилилась общая слабость, появились тошнота, боли в животе, неукротимая рвота. При осмотре: состояние тяжелое, увеличилась пигментация кожных покровов, тургор кожи снижен, температура тела 39, АД 70/40.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2. Назначьте обследование.</li> <li>3. Назначьте лечение.</li> </ol>
47	<p>Пациент 34 лет с детства получает кортикостероиды по поводу бронхиальной астмы тяжелого течения (минимальная суточная доза 1,5 таблетки преднизолона). За эти годы сформировался кушингоидный синдром, стероидный диабет и остеопороз. По жизненным показаниям проведена аппендектомия. В послеоперационном периоде у больного развились явления сосудистого коллапса, нарушение сознания с неврологической симптоматикой. Проводится антибактериальная, инфузионная терапия, введение прессорных аминов, но положительной динамики не отмечено.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2. Назначьте обследование.</li> <li>3. Назначьте лечение.</li> </ol>
48	<p>Пациентка 53 лет, страдающая болезнью Аддисона, постоянно принимает преднизолон 10 мг в сутки и кортинефф 1 таблетку утром. Появились изжога, голодные боли в эпигастральной области, диагностирована язвенная болезнь 12-перстной кишки, развитию которой способствовал прием преднизолона. Самостоятельно отменила преднизолон, после чего появилась и стала нарастать общая слабость, гипотония до 80/40, тошнота, вздутие живота, диарея, усилилась гиперпигментация кожи и слизистых. Прием противоязвенных препаратов (блокаторов желудочной секреции и антацидов) состояния не облегчил, слабость достигла степени адинамии, развился коллапс. Доставлена в больницу.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2. Назначьте обследование.</li> <li>3. Назначьте лечение.</li> </ol>
49	<p>Больной 40 лет жалуется на частые головные боли, утомляемость, одышку, приступы с резким повышением АД. В последнее время приступы участились. В клинике развился гипертонический криз, сопровождавшийся резкой головной болью, ознобом, потливостью, сердцебиением, тошнотой, рвотой, болями в животе. Объективно: пониженного питания, холодные и влажные кожные покровы, багрово-красный оттенок кожи на кистях, предплечьях, стопах. АД 260/120 мм рт.ст. Пульс 95 в минуту. В анализах крови: лейкоциты 12,0; глюкоза 8,0 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2. Назначьте обследование.</li> <li>3. Назначьте лечение.</li> </ol>
50	<p>Больной, 43 года, жалуется на мышечную слабость, полиурию, учащенное мочеиспускание в ночные часы, головную боль. В течении 10 лет отмечает</p>

	<p>повышение артериального давления. Применение гипотиазида переносит плохо. Объективно: ЧСС -88 в минуту. АД - 180/100 мм рт.ст. На ЭКГ признаки гипертрофии левых отделов сердца. Анализ крови - без изменения. Гликемия в норме. Анализ мочи - относительная плотность 1002 - 1008, щелочная реакция. Диагноз: первичный гиперальдостеронизм.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
51	<p>Больная С, 46 лет жалуется на периодически возникающие приступы головной боли, сопровождающиеся кашлем, удушьем, стеснением в груди, сердцебиением, резким повышением артериального давления. Болеет около года. Приступы возникают при физическом напряжении (быстрая ходьба, поднятие тяжестей), длятся несколько минут и самостоятельно проходят. В начале они наблюдались редко (раз в 2-3 месяца), затем участились и возникали самопроизвольно и в последнее время возникают несколько раз в день. За время болезни похудела на 8 кг. Объективно: рост - 172см, масса тела - 73 кг. Отеков нет. Пульс - 72 в минуту, ритмичный. АД - 160/100 мм рт.ст., границы сердца в норме, тоны умеренно ослаблены. Дыхание везикулярное. Печень не увеличена. В период обследования проведена глубокая пальпация брюшной полости, спустя 3 мин после которой у больного внезапно возник приступ сильного кашля, сопровождающийся диффузным цианозом лица, потливостью, набуханием шейных вен, чувством стеснения (сжатия) в груди, дрожь в теле. Пульс - 140 в минуту, артериальное давление повысилось до 240/130 мм рт.ст. через 5 минут самочувствие больной начало улучшаться, кашель прекратился. Лицо приобрело обычный цвет. Возникла резкая слабость, мочеиспускание.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2.Назначьте обследование.</li> <li>3.Назначьте лечение.</li> </ol>
52	<p>Больной С. 72 года, ИМТ-21, жалуется на утомляемость, снижение веса, плохой аппетит, потребность в соленой пище, тошноту, периодическую рвоту. При осмотре: пониженного питания, пигментация ладонных складок, кожные покровы смуглые, АД 100/60мм.рт.ст. ЧСС-85 в минуту.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Предположите и обоснуйте диагноз.</p> <p>Назначьте лечение.</p> <p>Назначьте дополнительное обследование.</p>
53	<p>Больной Ш. 44 года последние пол года стал отмечать периодической повышение АД, сопровождающиеся потливостью, дрожью в теле, головными болями, страхом и тревогой.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Предположите и обоснуйте диагноз.</p> <p>Назначьте лечение.</p> <p>Назначьте дополнительное обследование.</p>
54	<p>Больной М. 51 года жалуется на головные боли, головокружение, поперхивание при глотании, сухость во рту и жажда, боли в мышцах. В анамнезе артериальная гипертензия последние 5-7 лет до высоких цифр, принимает гипотензивную терапию. Месяц назад перенесла ОНМК. При осмотре: повышенного питания, отмечается похудение конечностей, на коже живота, бедер, молочных желез - стрии багрово-красного цвета, рост бороды и</p>

	<p>усов, залысины по мужскому типу. ИМТ-25, АД-230/120 мм.рт.ст. ЧСС-65.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
55	<p>Пациент Х. 56 лет неоднократно обращался к кардиологу на приступообразное повышение АД до высоких цифр - 200/100 мм.рт.ст., сопровождающиеся сердцебиением, аритмией, дрожью в теле, головными болями, головокружением, чувством страха смерти. Подобные состояния часто появляются после физической нагрузки или обильной еды и проходят самопроизвольно. Предположите диагноз, назначьте обследование и лечение.</p> <p>Вопросы: Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
56	<p>Пациент 37 лет, ИМТ-21, жалуется на слабость, утомляемость, снижение веса, тошноту, периодическую рвоту. При осмотре: адиномичен, пониженного питания, кожные покровы смуглые, АД-90/55мм.рт.ст. ЧСС-88 в минуту. Предположите диагноз, назначьте обследование и лечение.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
57	<p>Пациентка 57лет пришла в жалобами на повышение АД до 200/100 мм.рт.ст., прибавила в весе за последние 3 месяца 6 кг, появились широкие розовые стрии на бедрах и животе.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
58	<p>Больной Л. 29 лет жалуется на головные боли, боли в мышцах, боли в позвоночнике, сухость во рту. Из анамнеза: повышение АД около 2-х лет. Неделю назад споткнулся, упал, сломал плечо. Было две суицидальные попытки. При осмотре: подавлен, повышенного питания, лицо круглое, румянец щек, широкие стрии багрово-красного цвета на бедрах, животе, в области поясницы. ИМТ-32, АД=220/130мм.рт.ст. ЧСС-73. Сахар крови -12.3 ммоль/л.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>
59	<p>Больная И. 38 лет жалуется на постоянно высокое АД, максимально до 230/120мм.рт.ст., которые сопровождаются тошнотой, временами рвотой, болями в животе, потливостью, дрожью в теле. Назначенная врачом гипотензивная терапия (лизиноприл и индапамид) - артериальное давление не снижают.</p> <p>Вопросы: Предположите и обоснуйте диагноз. Назначьте лечение. Назначьте дополнительное обследование.</p>

### 3. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ

№ задан ия	Формулировка вопроса
1	Механизм действия групп таблетированных сахароснижающих препаратов
2	Классификация, эффекты действия и показания к инсулинотерапии
3	Неотложная терапия и диагностика гипогликемических состояний
4	Особенности диагностики и неотложной терапии диабетической комы
5	Особенности терапии болезни и синдрома Иценко-Кушинга
6	Тиреоидные гормоны и тиреостатические препараты: показания, противопоказания, особенности применения.
7	Классификация, диагностика несахарного диабета. Дифференциальная диагностика сахарного и несахарного диабета
8	Этиология, патогенез, клиника, лечение диффузного токсического зоба
9	Этиология, патогенез, клиника, лечение гипотиреоза
10	Факторы риска, профилактика, диспансеризация, МСЭ болезни Иценко-Кушинга
11	Этиология, патогенез, клиника, лечение хронической надпочечниковой недостаточности
12	Этиология, патогенез, клиника, лечение ожирения
13	Диагностика хронических осложнений сахарного диабета
14	Диагностика различных типов сахарного диабета
15	Дифференциальная диагностика гипергликемических ком
16	Дифференциальная диагностика болезни и синдрома Иценко-Кушинга
17	Гормональная, лабораторная, инструментальная диагностика тиреоидитов
18	Дифференциальная диагностика диффузного токсического зоба и гипотиреоза
19	Диагностика и клинические проявления феохромоцитомы
20	Дифференциальная диагностика первичной и вторичной надпочечниковой недостаточности
21	Этиология, патогенез, клиника, лечение несахарного диабета
22	Этиология, клинические проявления гипогликемической комы
23	Клинические проявления первичной надпочечниковой недостаточности
24	Этиология, патогенез, клиника, лечение акромегалии
25	Клинические симптомы и дифференциальная диагностика гипогликемических состояний
26	Особенности лабораторной, инструментальной диагностики и лечения хронических осложнений сахарного диабета
27	Этиология, патогенез, клиника, лечение гигантизма
28	Классификация ожирения, лечение ожирения и метаболического синдрома
29	Особенности ведения пациентов и дифференциальная диагностика гипергликемических ком
30	Клинические проявления и особенности ведения пациентов с аутоиммунным тиреоидитом
31	Ведение пациентов с диффузным и узловым зобом
32	Биологические эффекты гормонов гипофиза и надпочечников
33	Особенности ведения пациентов с ожирением и метаболическим синдромом
34	Ведение пациентов с сахарным диабетом при гиперосмолярной коме
35	Диагностика и ведение пациенток с нетипичными формами сахарного диабета (сахарного диабета типа Mody, ЛАДА)
36	Тактика оказания неотложной помощи при феохромоцитомном кризе.

## 4.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

### а) Список рекомендуемой литературы

#### Основная:

- 1.Вебер, В. Р. Эндокринология : учебник для вузов / В. Р. Вебер, М. Н. Копина. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2020. — 391 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-12622-8. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — <https://urait.ru/bcode/449129>
- 2.Мкртумян А.М. Неотложная эндокринология / А.М.Мкртумян, А.А. Нелаева, - 2-е изд. : испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 128 с. ДОП. – 128 с. – ISBN 978-5-9704 5615-6. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456156.html>
- 3.Аметов А.С., Эндокринология [Электронный ресурс] / А.С. Аметов, С.Б. Шустов, Ю.Ш. Халимов, - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-3613-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436134.html>

#### Дополнительная:

1. Дедов И.И., Детская эндокринология. Атлас [Электронный ресурс] / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3614-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436141.html>
2. Дедов, И. И. Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с.: ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460542.html>
- 3.Аметов, А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения : учеб. пособие / А.С. Аметов.- 3-е изд. , перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. –Т. 6. – 160 с. : ил. – 160 с. - ISBN 978-5-9704-5186-1. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451861.html>
- 4.Сахарный диабет [Электронный ресурс] : научно-практический журнал / Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии; Российская ассоциация эндокринологов. - Москва, 2019. - ISSN 2072-0378.-URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/67670>
- 5.Древаль, А. В. Эндокринология / Древаль А. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-5110-6. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451106.html>

#### Учебно-методическая:

- 1.Слободнюк Н. А. Методические рекомендации для практических занятий и самостоятельной работы студентов по дисциплине «Эндокринология» для специальности 31.05.01 «Лечебное дело» / Н. А. Слободнюк. - Ульяновск : УлГУ, 2022. - 32 с. - Неопубликованный ресурс. - URL: <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Download/MObject/11546> . - Режим доступа: ЭБС УлГУ. - Текст : электронный.

### б) Программное обеспечение

СПС Консультант Плюс  
НЭБ РФ  
ЭБС IPRBooks  
АИБС "МегаПро"  
ОС MicrosoftWindows

**в) Профессиональные базы данных, информационно-справочные системы**

**1. Электронно-библиотечные системы:**

1.1. Цифровой образовательный ресурс IPRsmart : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа». - Саратов, [2022]. – URL: <http://www.iprbookshop.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.2. Образовательная платформа ЮРАЙТ : образовательный ресурс, электронная библиотека : сайт / ООО Электронное издательство ЮРАЙТ. – Москва, [2022]. - URL: <https://urait.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.3. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : база данных : сайт / ООО Высшая школа организации и управления здравоохранением-Комплексный медицинский консалтинг. – Москва, [2022]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.4. Большая медицинская библиотека : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Букап. – Томск, [2022]. – URL: <https://www.books-up.ru/ru/library/> . – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.5. ЭБС Лань : электронно-библиотечная система : сайт / ООО ЭБС Лань. – Санкт-Петербург, [2022]. – URL: <https://e.lanbook.com>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.6. ЭБС Znanium.com : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Знаниум. - Москва, [2022]. - URL: <http://znanium.com> . – Режим доступа : для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.7. Clinical Collection : научно-информационная база данных EBSCO // EBSCOhost : [портал]. – URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?vid=1&sid=9f57a3e1-1191-414b-8763-e97828f9f7e1%40sessionmgr102> . – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.

1.8. База данных «Русский как иностранный» : электронно-образовательный ресурс для иностранных студентов : сайт / ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа». – Саратов, [2022]. – URL: <https://ros-edu.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

**2. КонсультантПлюс [Электронный ресурс]: справочная правовая система. /ООО «Консультант Плюс» - Электрон. дан. - Москва : КонсультантПлюс, [2022].**

**3. Базы данных периодических изданий:**

3.1. База данных периодических изданий EastView : электронные журналы / ООО ИВИС. - Москва, [2022]. – URL: <https://dlib.eastview.com/browse/udb/12>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.

3.2. eLIBRARY.RU: научная электронная библиотека : сайт / ООО Научная Электронная Библиотека. – Москва, [2022]. – URL: <http://elibrary.ru>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный

3.3. Электронная библиотека «Издательского дома «Гребенников» (Grebinnikon) : электронная библиотека / ООО ИД Гребенников. – Москва, [2022]. – URL: <https://id2.action-media.ru/Personal/Products>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.

**4. Федеральная государственная информационная система «Национальная электронная библиотека» : электронная библиотека : сайт / ФГБУ РГБ. – Москва, [2022]. – URL: <https://нэб.рф>. – Режим доступа : для пользователей научной библиотеки. – Текст : электронный.**

**5. SMART Imagebase** : научно-информационная база данных EBSCO // EBSCOhost : [портал]. – URL: <https://ebSCO.smartimagebase.com/?TOKEN=EBSCO-1a2ff8c55aa76d8229047223a7d6dc9c&custid=s6895741>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Изображение : электронные.

**6. Федеральные информационно-образовательные порталы:**

6.1. Единое окно доступа к образовательным ресурсам : федеральный портал . – URL: <http://window.edu.ru/> . – Текст : электронный.

6.2. Российское образование : федеральный портал / учредитель ФГАУ «ФИЦТО». – URL: <http://www.edu.ru>. – Текст : электронный.

**7. Образовательные ресурсы УлГУ:**

7.1. Электронная библиотечная система УлГУ : модуль «Электронная библиотека» АБИС Мега-ПРО / ООО «Дата Экспресс». – URL: <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Web>. – Режим доступа : для пользователей научной библиотеки. – Текст : электронный.

“Утверждено”

Заведующий кафедрой  
факультетской терапии



/ Рузов В.И.