

Министерство науки и высшего образования РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ульяновский государственный университет»
Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования

Н.А. Слободнюк

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ
И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОРДИНАТОРОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»**

31.08.53 Эндокринология

Очная форма обучения

Учебно-методические рекомендации

Ульяновск
2022

Рекомендовано к введению в образовательный процесс
решением Ученого совета ИМЭиФК
протокол № 9/ 239 от 18 мая 2022 года

Слободнюк Н.А.

Учебно-методические рекомендации для практических занятий и самостоятельной работы ординаторов по дисциплине «Эндокринология»: учебно-методические рекомендации / Н.А. Слободнюк. – Ульяновск: УлГУ, 2022. – 48 с.

Учебно-методические рекомендации по дисциплине «Эндокринология» содержат материалы для подготовки практических занятий по вопросам эндокринологии, а также темы и комплект задач для самостоятельной работы ординаторов по специальности 31.08.53 Эндокринология, 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
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	17
2.3. Примеры решения задач для самостоятельной работы.....	39
3. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ	42
4. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....	46

ВВЕДЕНИЕ

Цели освоения дисциплины: подготовка квалифицированного врача, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи освоения дисциплины:

- Обучить диагностике, оценке состояния больных и клинической ситуации, современным методам обследования и лечения при заболеваниях эндокринной системы в соответствии со стандартами медицинской помощи;
- Ознакомить с современными методами профилактики и реабилитации при заболеваниях эндокринной системы;
- Научить основам медико-социальной экспертизы и осуществлению проведения временной экспертизы нетрудоспособности при заболеваниях эндокринной системы;
- Научить правильному оформлению медицинской документации в установленном порядке;
- Научить планированию и анализу работы врача-эндокринолога;
- Ознакомить с правилами организации и управления средним и младшим медицинским персоналом;
- Научить проведению санитарно-просветительской работе среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике эндокринологических заболеваний, пропаганде здорового образа жизни;
- Ознакомить с Конституцией Российской Федерации; законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- Ознакомить с порядком взаимодействия с другими врачами-специалистами, службами организациями;
- Обучить прогнозированию и диагностике неотложных состояний в эндокринологии;
- Научить проведению лечебных мероприятий и оказанию неотложной помощи, больным с эндокринопатиями в соответствии со стандартами медицинской помощи;
- Научить проводить анализ научной литературы и осуществлять подготовку рефератов по современным проблемам эндокринологии;
- Ознакомить с принципами научно-исследовательской работы и психологопедагогической деятельностью.

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.

ТЕМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ И СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

Раздел 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТРОВКОВОГО АППАРАТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тема 1. Вопросы эпидемиологии, классификации, этиологии и патогенеза сахарного диабета

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Этиология, патогенез, клиника сахарного диабета 1 типа.
2. Этиология, патогенез, клиника сахарного диабета 2 типа.
3. Специфические типы диабета при генетических дефектах функции β -клеток.
4. Специфические типы диабета при генетических дефектах действия инсулина.
5. Определение и классификация СД.

Тема 2. Методы диагностики нарушений углеводного обмена

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Тест толерантности к глюкозе, интерпретация.
2. Типы секреции инсулина, определение С-пептида и гликированного гемоглобина.
3. Целевые уровни гликированного гемоглобина.
4. Целевые уровни артериального давления и уровня липидов при сахарном диабете.
5. Требование формулировке диагноза.

Тема 3. Лечение и профилактика сахарного диабета 1 типа

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Классификация, начало, пик и длительность действия инсулина (базальные, прандиальные, смешанные).
2. Осложнения инсулинотерапии.
3. Синдром «утренней зари» и «синдром Самоджи» передозировки инсулина.
4. Инициация, оптимизация, интенсификация инсулинотерапии.
5. Средства введения инсулина.
5. Особенность питания при сахарном диабете 1 типа.
6. Диабет и физическая активность.

Тема 4. Лечение и профилактика сахарного диабета 2 типа

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Лечение СД2 типа таблетированными сахароснижающими препаратами. Рациональные и нерациональные.
2. Фармакотерапия бигуанидов и глитазонов: механизм действия, показания и противопоказания.
3. Фармакотерапия секретогогов (производные сульфонилмочевины, глиниды): механизм действия.
4. Фармакотерапия инкретинов (ингибиторы ДПП-4, ар-ГПП-1): механизм действия, показания и противопоказания.
5. Фармакотерапия ингибиторов SGLT-2 и α -гликозидаз: механизм действия, показания и противопоказания.
4. Показания к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа.

Тема 5. Острые осложнения сахарного диабета

Острые осложнения сахарного диабета

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Кетоацидотическая кома, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Гипогликемическая кома, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Гиперосмолярная кома, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Лактатцидотическая кома, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
5. Дифференциальная диагностика ком.

Тема 6. Сахарный диабет и беременность

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Планирование беременности, диагностические критерии гестационного и манифестного сахарного диабета.
2. Ведения беременности пациенток с гестационным и манифестным сахарным диабетом, стартовый инсулин.
3. Ведение родов при гестационном и манифестном сахарном диабете 1 типа.
4. Ведение послеродового периода у пациенток с гестационным и манифестным сахарным диабетом.

Тема 7. Диабетическая микроангиопатия

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

- 1.Классификация, стадии, скрининг диабетической ретинопатии.
- 2.Основные метода лечение диабетической ретинопатии, санаторно-курортное лечение после лазер
2. Диабетическая нефропатия: стадии ХБП, классификации по уровню альбуминурии, диагностика,
4. Лечение пациентов с диабетической нефропатией.
- 5.Препараты выбора сахароснижающей терапии на разных стадиях ХБП при сочетании с сахарным

Тема 8. Диабетическая нейропатия

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

- 1.Диагностика и классификация диабетической полинейропатии.
- 2.Определение и основные клинические проявления диабетической полинейропатии. 3.Кардиов
- лечения диабетической полинейропатии, медикаментозная терапия болевой формы.
- 5.Особенности реабилитации пациентов с диабетической полинейропатией.

Тема 9. Сахарный диабет и другие эндокринные заболевания

- 1.Углеводный обмен при заболеваниях щитовидной железы. Гипогликемия и гипотиреоз. 2.Наруше
- 3.Показатели углеводного обмена при заболеваниях надпочечников (глюкагонома, феохромоцитом
- 4.Особенности течения углеводных нарушений при акромегалии, болезни Кушинга, соматостатино
- 5.Неалкогольная жировая болезнь печени и сахарный диабет.

Тема 10. Островково-клеточные образования поджелудочной железы

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

- 1.Глюкагон и альфа клетки, соматостатин и дельта клетки.
- 2.Панкреатический полипептид и РР клетки.
- 3.Липокаин и эпителиальные клетки выводных протоков, гастринома и гамма клетки.
- 4.Инсулинома: патогенез, клиника, диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика гипогли

Тема 11. Сахарный диабет и хирургические вмешательства

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

- 1.Особенности течения хирургических заболеваний у больных с сахарным диабетом. 2.Принципы л
- 3.Целевой уровень гликемии в периоперационном периоде.
- 4.Особенности реабилитации пациентов с сахарным диабетом после хирургического лечения.

Тема 12. Сахарный диабет и ИБС

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Сахарный диабет и ИБС, факторы риска, особенности клиники, диагностика, лечение.
- 2.Особенности течения и ведения пациентов с ОКС, ОИМ у больных с сахарным диабетом. 3.П
- диабетом.
- 4.ХСН у больных сахарным диабетом.
- 5.Особенности реабилитации пациентов с ОКС, ОИМ у больных с сахарным диабетом.

Тема 13. СД и цереброваскулярная патология

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

- 1.СД и цереброваскулярная патология, факторы риска, классификация, клиника, диагностика, лече
- 2.Острое нарушение мозгового кровообращения, или инсульт., клиника, диагностика.
- 3.Показания к инсулинотерапии у больных с острым нарушением мозгового кровообращения.
- 4.Хронические нарушения мозгового кровообращения (дисциркуляторная энцефалопатия), диагнос

Тема 14. Заболевания артерий нижних конечностей

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Группы риска наличия заболевания артерий нижних конечностей.
2. Клиническая картина и стадии заболевания артерий нижних конечностей. Критерии постановки диагноза.
3. Методы визуализации для анатомической оценки поражения (Ультразвуковое дуплексное сканирование, ангиография. Рентгенконтрастная ангиография).
4. Профилактика и ведение пациентов с заболеванием артерий нижних конечностей.
5. Тактика ведения пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

Тема 15. Синдром диабетической стопы, диабетическая нейроостеоартропатия

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Группы риска, клиника синдрома диабетической стопы.
2. Диагностика и дифференциальная диагностика шемической, нейропатической и смешанной форм.
3. Алгоритм лечения синдрома диабетической стопы, принципы местного лечения. Показание к ревизионной операции.
4. Клиника, диагностика диабетической нейроостеоартропатии.
5. Лечение острой и хронической стадии диабетической нейроостеоартропатии.

Тема 16. Возрастные особенности сахарного диабета

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Целевые показатели гликемического контроля в детском возрасте.
2. Потребность в инсулине, особенности диабетического кетоацидоза у детей и подростков. 3. Особенности течения сахарного диабета 1 типа. Неиммунные, моногенные, формы и неонатальный сахарный диабет.
4. Медико-генетическое консультирование семей больных диабетом.
5. Особенности сахарного диабета у лиц пожилого возраста.

Тема 17. Обучение работе в школе «Сахарный диабет»

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Экспертиза трудоспособности больных сахарным диабетом.
2. Вопросы реабилитации пациентов с сахарным диабетом. Показания к санаторно-курортному лечению.
3. Питание при сахарном диабете. Хлебные единицы. Средства и техника введения инсулина.
4. Диабет и физическая активность.
5. Самоконтроль и школа больных сахарным диабетом.

Раздел 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭНДОКРИНОЛОГИИ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Тема 18. Анатомия и физиология гормонов гипоталамо-гипофизарной системы

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Гормоны гипоталамуса, строение, биологическое действие, регуляция.
2. Гормоны гипофиза, строение, биологическое действие, регуляция.
3. Гормоны эпифиза: анатомия и физиология, биологическое действие, регуляция.

Тема 19. Гормоны щитовидной и паращитовидных желез

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Тиреоидные гормоны, их характеристика, анатомия и физиология.
2. Околощитовидная железа, функции гормонов околощитовидной железы, анатомия и физиология.
3. Костная ткань, эндокринная регуляция процессов костного метаболизма.

Тема 20. Гормоны поджелудочной железы

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Поджелудочная железа и ее инкреторная функция, анатомия и физиология. 2. Гастроинтестинальные гормоны.

Тема 21. Гормоны коры надпочечников и половых желез

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Гормоны коры надпочечников химическое строение, регуляция, анатомия и физиология. 2. Биологические эффекты катехоламинов.
3. Биологические эффекты катехоламинов.
4. Механизм действия, регуляция гормонов яичников и яичек.
5. Менструальный цикл.

Тема 22. Пинеальная железа. Множественные эндокринные неоплазии

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Множественная эндокринная неоплазия 1.
2. Компоненты множественной эндокринной неоплазии 2а.
3. Компоненты множественной эндокринной неоплазии 2б.
4. Гормоны и функция пинеальной железы.

Раздел 3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГИПАТОЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ

Тема 23. Заболевания, обусловленные нарушением секреции гормона роста

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Акромегалия и гигантизм: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика лечение.
2. Соматотропная недостаточность: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика лечение.
3. Гипофизарный нанизм: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика лечение.
4. Дифференциальный диагноз акромегалии и гигантизма.

Тема 24. Заболевания, обусловленные нарушением секреции АКТГ

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Болезнь Кушинга: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика лечение.
2. Вторичный гипокортицизм: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика лечение.
3. Дифференциальный диагноз АКТГ зависимого и АКТГ независимого синдрома Кушинга.
4. Дифференциальный диагноз болезни Кушинга и гипоталамический синдром пубертатного периода.

Тема 25. Пангипопитуитаризм. Нефункционалирующие аденомы гипофиза

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Пангипопитуитаризм: эпидемиология, этиология, патогенез, основные клинические проявления.
2. Пангипопитуитаризм: диагностика, симптомы и синдромы, лечение.
3. Нефункционалирующие аденомы гипофиза: этиология, патогенез, основные клинические проявления.
4. Диагностика, лечение и реабилитация функционирующей аденомы гипофиза.

Тема 26. Синдром пустого турецкого седла

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Этиология синдрома пустого турецкого седла.
2. Основные клинические проявления, диагностика синдрома пустого турецкого седла.
3. Реабилитация и лечение пациентов с синдромом пустого турецкого седла.

Тема 27. Нарушение секреции пролактина

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Синдром галактореи-аменореи, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, терапия.
2. Основные клинические проявления, симптомы и синдромы, лечение нарушения секреции пролактина.
3. Особенности реабилитации пациентов с нарушением секреции пролактина.
4. Гонадотропин секретирующая аденома.
5. Особенности пролактиномы у мужчин, клинические проявления.

Тема 28. Заболевания, обусловленные нарушением секреции вазопрессина

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Несахарный диабет: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика.
2. Синдром Пархона: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика.
3. Дифференциальный диагноз несахарного диабета и синдрома Пархона.

Тема 29. Экспертиза трудоспособности и реабилитации больных заболеваниями гипоталамо-гипофизарной системы

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Экспертиза трудоспособности больных с заболеваниями гипоталамо-гипофизарной системы.
2. Особенности реабилитации пациентов с заболеваниями гипоталамо-гипофизарной системы.
3. Показания к санаторно-курортному лечению пациентов с заболеваниями гипоталамо-гипофизарной системы.

Раздел 4. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тема 30. Вопросы классификации заболеваний щитовидной железы

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Классификация воспалительных заболеваний щитовидной железы.
2. Классификация йоддефицитных и функциональных заболеваний щитовидной железы.
3. Классификация опухолевых заболеваний щитовидной железы.
4. Интерпретация ТТГ, в том числе при беременности.

Тема 31. Синдром тиреотоксикоза

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Дифференциальный диагноз диффузного токсического зоба и токсической аденомы.
2. Многоузловой токсический зоб: клинические проявления, диагностика, лечение.
3. Диффузный токсический зоб: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления.
4. Токсическая аденома: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления.
5. Ведение пациентов при тиреотоксическом кризе.

Тема 32. Вопросы диагностики заболеваний щитовидной железы

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. УЗИ исследование щитовидной железы.
2. Оценка функционального состояния щитовидной железы: иммунологическое исследование гормонов щитовидной железы.
3. Сцинтиграфия щитовидной железы радиоактивным йодом и технецием.

Тема 33. Аутоиммунная офтальмопатия

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Глазные симптомы токсического зоба.
2. Аутоиммунная офтальмопатия: патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика.
3. Показание к оперативному, радиоактивному лечению токсического зоба.

Тема 34. Синдром гипотиреоза

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Первичный гипотиреоз: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика.
2. Вторичный и третичный гипотиреоз: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления.
3. Дифференциальная диагностика центрального и периферического гипотиреоза, врожденного и приобретенного.
4. Ведение пациентов с гипотиреоидной комой.

Тема 35. Йоддефицитные эутиреоидные заболевания

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

- 1.Йоддефицитные заболевания: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация.
- 2.Диффузный зоб: клиника, исходы, диагностика, клинические проявления, симптомы и синдромы, лечение.
- 3.Узловой зоб: клиника, исходы, диагностика (лабораторная, инструментальная, морфологическая и др.).

Тема 36. Опухоли щитовидной железы

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

- 1.Доброкачественные заболевания щитовидной железы: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, клинические проявления, симптомы и синдромы, лечение.
- 2.Злокачественные заболевания щитовидной железы: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, клинические проявления, симптомы и синдромы, лечение.
- 3.Семейная форма медуллярного рака щитовидной железы, диагностика, тактика ведения.

Тема 37. Тиреоидиты неаутоиммунные

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

- 1.Острый тиреоидит: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, исходы, диагностика, клинические проявления, симптомы и синдромы, лечение.
- 2.Подострый тиреоидит: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, клинические проявления, лечение.

Тема 38. Хронические тиреоидиты

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

- 1.Аутоиммунный тиреоидит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика основные проявления, симптомы и синдромы, лечение.
- 2.Фиброзный тиреоидит Риделя: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, клинические проявления, симптомы и синдромы, лечение.
- 3.Хронические специфические тиреоидиты: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, клинические проявления, симптомы и синдромы, лечение.

Тема 39. Радиоактивный йод в диагностике и лечении заболеваний щитовидной железы

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

- 1.Показания к диагностике и лечению радиоактивного йода.
- 2.Противопоказания к диагностике и лечению радиоактивного йода.
- 3.Тактика ведения пациент после лечения радиоактивным йодом.

Тема 40. Беременность и патология щитовидной железы

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

- 1.Особенность течения и тактика ведения беременной пациентки с тиреотоксикозом.
- 2.Особенность течения и тактика ведения беременной пациентки с гипотиреозом.
- 3.Особенность течения и тактика ведения беременной пациентки с узловым и диффузным зобом.

Раздел 5. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Тема 41. Заболевания паращитовидных желез

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

- 1.Фосфорно-кальциевый обмен в норме и при патологии, роль витамина D в ремоделировании костной ткани.
- 2.Гипопаратиреоз, клиника, диагностика, дифференцированная терапия, ведение больных в ЛПУ.
- 3.Дифференциальный диагноз гипопаратиреоза и гиперпаратиреоза.
- 4.Дифференциальный диагноз гипопаратиреоза и гиперпаратиреоза.

Тема 42. Опухоли околощитовидных желез

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Аденомы паращитовидной железы, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника.
2. Рак паращитовидных желез: диагностика, основные клинические проявления, дифференциальная диагностика.

Тема 43. Псевдогипопаратиреоз и псевдогиперпаратиреоз

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Псевдогипопаратиреоз: диагностика, основные клинические проявления, дифференциальная диагностика.
2. Псевдогиперпаратиреоз: диагностика, основные клинические проявления, дифференциальная диагностика.

Тема 44. Остеопороз

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Остеопороз, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, диагностика, основные клинические проявления, ведение больных врачами-эндокринологами и врачами общей практики, профилактика, МСЭ.
2. Гормональная регуляция ремоделирования костной ткани.

Раздел 6. ЗАБОЛЕВАНИЯ НАПОЧЕЧНИКОВ

Тема 45. Опухоли коры надпочечников

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Инциденталомы: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика, лечение опухолей и инциденталомы.
2. Синдром Конна: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика, лечение.
3. Андростерома: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика, лечение.
4. Эстрома: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика, лечение.
5. Дифференциальная диагностика андростеромы и эстромы.

Тема 46. Кортикостерома

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Кортикостерома: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика, лечение.
2. Дифференциальная диагностика кортикостеромы и других опухолей надпочечников.

Тема 47. Врожденная дисфункция коры надпочечников

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Врожденная дисфункция коры надпочечников: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика, лечение.
2. Недостаточность энзима 20,22-десмолазы.
3. Недостаточность энзима 21-гидроксилазы.
4. Недостаточность энзима 11-гидроксилазы.

Тема 48. Острая недостаточность коры надпочечников

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Острая недостаточность коры надпочечников: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика, лечение.
2. Острая недостаточность коры надпочечников: диагностика, профилактика, МСЭ.
3. Неотложная терапия острой недостаточности коры надпочечников.

Тема 49. Феохромоцитома

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Феохромоцитома: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика, лечение.
2. Феохромоцитомный криз, причины, клиника, диагностика, тактика лечения.

Тема 50. Первичная надпочечниковая недостаточность

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Первичная надпочечниковая недостаточность: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления.
2. Первичная надпочечниковая недостаточность: диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
3. Дифференциальная диагностика острой и хронической недостаточности коры надпочечников

Тема 51. Гиперальдостеронизм

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Первичный альдостеронизм: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления.
2. Вторичный гиперальдостеронизм: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления.
3. Дифференциальный диагноз между первичным и вторичным альдостеронизмом

Тема 52. Аутоиммунные полигландулярные синдромы

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Аутоиммунные полигландулярные синдромы 1-го типа.
2. Аутоиммунные полигландулярные синдромы 2-го типа.
3. Аутоиммунные полигландулярные синдромы 3-го типа (подтипов А, В, С, D). 4. Аутоиммунные полигландулярные синдромы 4-го типа.

Тема 53. Современные методы визуализации надпочечников, функциональные пробы

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Оценка гипофизарно-надпочечниковых функциональных резервов.
2. Кортико-рилизинг – гормон тест.
3. Инсулиновый гипогликемический тест.
4. Метирапоновый тест.
5. Подавительный дексаметазоновый тест.

Раздел 7. ОЖИРЕНИЕ

Тема 54. Ожирение и метаболический синдром

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Ожирение: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, диагностика основные клинические проявления.
2. Понятие метаболического синдрома, критерии диагностики и лечение.
3. Реабилитация пациентов с ожирением и метаболическим синдромом.

Тема 55. Ожирение и репродуктивная функция

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Гормональные нарушения при инсулинорезистентности и ожирении.
2. Восстановление менструальной функции у пациенток с инсулинорезистентностью, поликистозом яичников.
3. Взаимосвязь коррекции массы тела и нормализации менструального цикла.

Раздел 8. ЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ

Тема 56. Заболевания мужских половых желез

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Первичный гипергонадотропный гипогонадизм: классификация, клиника, лечение.
2. Синдром Клайнфельтера: этиология, патогенез, диагностика, клинические проявления, лечение.
3. Вторичный и третичный гипогонадотропный гипогонадизм, классификация, клиника, лечение.
4. Крипторхизм: этиология, патогенез, классификация, диагностика, клинические проявления, лечение.

Тема 57. Гермофродитизм

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Гермофродитизм: патогенез, классификация, диагностика, клинические проявления, лечение.
2. Синдром Саважа: этиология, патогенез, классификация, диагностика, клинические проявления, лечение.
3. Аплазия клеток Лейдига: этиология, патогенез, классификация, диагностика, клинические проявления, лечение.

Тема 58. Возрастные изменения половых желез у мужчин и женщин

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Предменструальный синдром, ведение пациентов
2. Менопауза и климактерический синдром: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, заместительная гормональная терапия.
3. Андропауза, диагностика, ведение пациентов.

Тема 59. Заболевания женских половых желез

Вопросы по темам раздела для обсуждения на занятии:

1. Первичный гипергонадотропный гипогонадизм: классификация, синдром Тернера, этиология, патогенез, лечение.
2. Вторичный и третичный гипогонадотропный гипогонадизм, классификация, клиника, лечение.
3. Синдром поликистозных яичников: этиология, патогенез, классификация, диагностика, клиника, лечение.

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.

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

Название разделов и тем	Вид самостоятельной работы	Форма контроля
1. Принципы организации эндокринологической помощи в России. Вопросы эпидемиологии, классификации, этиологии и патогенеза сахарного диабета	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
2. Методы диагностики нарушений углеводного обмена	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
3. Лечение и профилактика, самоконтроль сахарного диабета 1 типа	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
4. Лечение и профилактика сахарного диабета 2 типа	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
5. Острые осложнения сахарного диабета	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете

6.Сахарный диабет и беременность.	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
7.Диабетическая микроангиопатия	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
8. Диабетическая нейропатия	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
9. Сахарный диабет и другие эндокринные заболевания	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
10. Островково-клеточные образования поджелудочной железы	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
11. Сахарный диабет и хирургические вмешательства	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
12.Сахарный диабет и ИБС	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
13.СД и цереброваскулярная патология	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
14. Заболевание артерий нижних конечностей	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
15. Синдром диабетической стопы, диабетическая нейроостеоартропатия	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
16. Возрастные особенности сахарного диабета	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
17. Экспертиза трудоспособности и реабилитации больных сахарным диабетом. Обучение работе в школе «Сахарный диабет»	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
18.Анатомия и физиология гормонов гипоталамо-гипофизарной системы	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
19.Гормоны щитовидной и паращитовидных желез	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
20.Гормоны поджелудочной	Проработка учебного	Тестирование, опрос

железы	материала, подготовка к сдаче диф. зачета	на зачете
21.Гормоны коры надпочечников и половых желез	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
22.Множественные эндокринный неоплазии	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
23.Заболевания, обусловленные нарушением секреции гормона роста	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
24.Заболевания, обусловленные нарушением секреции АКТГ	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
25.Гипоталамический синдром пубертатного периода	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
26.Заболевания, обусловленные нарушением секреции вазопрессина	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
27.Нарушение секреции пролактина	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
28.Синдром гинекомастии	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
29.Экспертиза трудоспособности и реабилитации больных заболеваниями гипоталамо-гипофизарной системы	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
30.Вопросы классификации заболеваний щитовидной железы	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
31.Синдром тиреотоксикоза	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
32.Вопросы диагностики заболеваний щитовидной железы	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
33.Аутоиммунная офтальмопатия	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
34.Синдром гипотиреоза	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете

35.Йоддефицитные эутиреоидные заболевания	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
36.Опухоли щитовидной железы	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
37.Тиреоидиты неаутоиммунные	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
38.Хронические тиреоидиты	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
39.Радиоактивный йод в диагностике и лечении заболеваний ЩЖ	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
40.Беременность и патология ЩЖ	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
41.Заболевания паращитовидных желез	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
42.Опухоли околощитовидных желез	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
43.Псевдогипопаратиреоз и псевдогиперпаратиреоз	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
44.Остеопороз	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
45.Опухоли коры надпочечников	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
46.Кортикостерома	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
47.Врожденная дисфункция коры надпочечников	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
48.Острая недостаточность коры надпочечников	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
49.Феохромоцитома	Проработка учебного материала,	Тестирование, опрос на зачете

	подготовка к сдаче диф. зачета	
50. Первичная надпочечниковая недостаточность	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
51. Гиперальдостеронизм	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
52. Аутоиммунные полигландулярные синдромы	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
53. Современные методы визуализации надпочечников, функциональные пробы	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
54. Ожирение и метаболический синдром	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
55. Ожирение и репродуктивная функция	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
56. Заболевания мужских половых желез	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
57. Гермофродитизм	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
58. Возрастные изменения половых желез у мужчин и женщин	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование, опрос на зачете
59. Заболевания женских половых желез	Проработка учебного материала, подготовка к сдаче диф. зачета	Тестирование опрос на зачете

2.2 Комплект задач для самостоятельной работы

№ задания	Задачи
1	Больная К, 50 лет. Жалобы на потемнение кожных покровов, выраженную слабость, раздражительность, тошноту, рвоту, поносы, чувство тяжести в эпигастральной области, усиливающиеся после еды, снижение аппетита, потерю массы тела за последний месяц на 10 кг. В течение последних дней на фоне стресса состояние ухудшилось: усилились пигментация, слабость, исчез аппетит, появились сильные боли в животе, сопровождающиеся рвотой и жидким стулом. При осмотре: рост 163 см, масса тела 46 кг. Кожа сухая, бронзового цвета, выраженная пигментация в местах трения одеждой, в области ладонных складок кистей рук. Пульс 90 в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Границы сердца несколько уменьшены в размерах, тоны сердца приглушены, АД 80/50 мм.рт.ст. Из перенесенных заболеваний: вирусный гепатит, частые ОРВИ. В 30 летнем возрасте был длительный

	<p>контакт с больным туберкулезом.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Определите схему обследования. 3. Дайте рекомендации по лечению.
2	<p>Больная Б., 26 лет доставлена в клинику машиной скорой помощи с диагнозом гипогликемическая кома. Сознание восстановилось после введения 40 мл 40% раствора глюкозы. Из анамнеза известно, что сахарным диабетом страдает с 11 лет, когда стали беспокоить жалобы на нарастающую жажду, прогрессирующую потерю массы тела, тошноту, рвоту с последующим развитием кетоацидотической комы. Была госпитализирована в стационар по месту жительства, где назначена базис-болюсная инсулинотерапия человеческими инсулинами (Актрапид, Протафан, дозы не помнит). С 23 лет пациентка переведена на аналоги инсулина (НовоРапид, Лантус). На фоне получаемой инсулинотерапии колебания уровня гликемии 1,0-30 ммоль/л в течение суток с частыми эпизодами гипогликемии с потерей сознания. За весь период заболевания стойкой компенсации углеводного обмена не достигалось. Нарушение распознавания гипогликемий в течение последних 2 лет. Освоила подсчет углеводов по системе ХЕ, принципы расчета доз инсулина, купирования гипо- и гипергликемий, однако полученные навыки на практике не применяла. Из анамнеза известно, что протеинурия впервые выявлена в 19 лет во время беременности, лечение не получала. Предъявляет жалобы на колебания уровня гликемии от 1,0 до 30 ммоль/л, на общую слабость, одышку, отеки на лице и ногах, резкое снижение остроты зрения. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Отеки на лице, ногах. ЧДД - 24 в минуту. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, там же выслушивается обилие влажных мелкопузырчатых хрипов. Пульс ритмичный, 98 в минуту, тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой, АД -190/110 мм рт ст.. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, чувствительна при пальпации. Рост 170 см, вес 70 кг. В общем анализе крови: гемоглобин- 70 г/л, СОЭ 40 мм/час. В биохимическом анализе: глюкоза – 9,6 ммоль/л, общий белок – 40 г/л, мочевины – 23 ммоль/л, креатинин – 245мкмоль/л, холестерин – 7,5 ммоль/л. В общем анализе мочи: относительная плотность – 1008, белок – 1 г/л, глюкоза отсутствует, лейкоциты-10-15 в поле зрения, эритроциты-6-8 в поле зрения.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Определите схему обследования. 3. Дайте рекомендации по лечению.
3	<p>Пациентка Г. 50 лет поступила в тяжелом состоянии. При осмотре кожные покровы бледные нормальной влажности. Выраженные отеки на лице, ногах. ЧДД - 28 в минуту. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, там же выслушивается обилие влажных мелкопузырчатых хрипов. Пульс неправильный, около 100 в минуту, тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой, АД - 220/120 мм рт ст.. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, чувствительна при пальпации. Подкожная жировая клетчатка: развита избыточно, распределена преимущественно по абдоминальному типу. Диурез за последние сутки 200-300 мл. Рост 159 см. Вес 90 кг. Жалобы на выраженную общую слабость, одышку, отеки на лице и ногах, головную боль, жажду, сухость во рту. Из анамнеза известно, что сахарный диабет 1 типа верифицирован в возрасте 29 лет, на фоне избыточной массы тела, жалоб на полидипсию, полиурию. Гипергликемия составлял 17 ммоль/л. Пациентке были назначены диета и Манинил, однако декомпенсация сахарного диабета сохранялась: снижалась масса тела на 20кг в течение года, появился кетоацидоз. В 30 лет пациентке в отделении реанимации, назначена инсулинотерапия в базис-болюсном режиме. Обучена технике введения инсулина, оценки углеводов по системе ХЕ, расчету доз инсулина, однако режим инсулинотерапии не соблюдала, показатели сахара крови не контролировала. Со слов больной, белок в моче выявлялся с момента дебюта сахарного диабета на фоне хронической инфекции</p>

	<p>мочевых путей. Регулярно принимала канефрон, фитолизин и антибиотики широкого спектра при обострении. С 40 лет стойкая протеинурия, артериальная гипертензия, отечный синдром. Пациентка соблюдала низкобелковую диету, получала гипотензивную и диуретическую терапию. В 45 лет повышение уровня креатинина достигло 300 мкмоль/л, снижение СКФ до 15 мл/мин. Диагностирована артериальная гипертензия, анемия, назначены препараты железа, верифицирована диабетическая ретинопатия обоих глаз, пролиферативная стадия. Проводились лазерная коагуляция сетчатки. В общем анализе крови: гемоглобин-80 г/л, СОЭ 50мм/час. В биохимическом анализе: глюкоза-15,6 ммоль/л, общий белок-0 г/л, мочевины-28ммоль/л, креатинин-452мкмоль/л, холестерин- 9,5 ммоль/л, калий –6,8ммоль/л, натрий – 148ммоль/л. Диуреза при поступлении нет.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Определите схему обследования. 3. Дайте рекомендации по лечению.
4	<p>Больная С., 25 лет, обратилась к врачу с жалобами на избыточную массу тела, одышку при физической нагрузке, потливость, храп. Из анамнеза известно, что избыточный вес отмечается с раннего детства. Пациентка не следит за режимом питания. При опросе удалось выяснить, что пациентка предпочитает продукты, содержащие большое количество легкоусвояемых углеводов, полуфабрикаты, мясные продукты из жирных сортов мяса. Данные семейного анамнеза – родители девушки страдали ожирением. Отец умер от ОИМ в возрасте 60 лет, мать – от рака эндометрия. Пациентка состоит в браке в течение 5 лет. Детей нет. У мужа от первого брака есть дочь. Данные объективного осмотра: Рост – 170 см; вес – 110 кг; Объем талии – 86см. Отмечается равномерное отложение жира. На коже грудных желез, боковых поверхностей живота, внутренней поверхности бедер – множественные узкие бледные стрии. Щитовидная железа не увеличена. Функция ее не нарушена. Пульс 75 в мин, ритмичный. АД-120/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в объеме за счет избыточно развитой подкожно-жировой клетчатки. Данные лабораторных методов исследования: Пероральный глюкозотолерантный тест: гликемия натощак – 5,5 ммоль/л; через 2 часа, после приема 75 г глюкозы- 8 ммоль/л).</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Определите схему обследования. 3. Дайте рекомендации по лечению. 4. Целевые показатели гликемии при планировании беременности.
5	<p>Больной М. 32 лет страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 8 лет. Регулярно посещает эндокринолога в поликлинике, инсулинотерапию получает по интенсифицированной схеме. В связи с неудовлетворительной компенсацией углеводного обмена, на последнем приеме эндокринолог провел коррекцию доз инсулина ультракороткого и пролонгированного действия. В настоящий момент получает Лантус 20 Ед на ночь, НовоРапид по 10Ед утром, 8 Ед в обед и 6 Ед в ужин, плюс 2-4 Ед на коррекцию гипергликемии в течение дня (дозы ультракороткого инсулина указаны приблизительные, расчет ведется по ХЕ). В течение последнего месяца, больной стал отмечать гипергликемию в утренние часы. Данные дневника самоконтроля: • 23.00 – 7,4ммоль/л • 3.00 – 3,5 ммоль/л • 6.00 – 14,8 ммоль/л • 9.00 - 16,7 ммоль/л Кроме того, на приеме пациент пожаловался на то, что очень сильно потеет в ночное время, подушка и постельное белье мокрые. Иногда ночью испытывает голод. Просыпается разбитый, с головной болью. При объективном осмотре: Рост – 178 см Вес – 76 кг Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 120/70 мм рт.ст. Пульс – 70 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Число дыхательных движений 18 в минуту. Границы легких не изменены. При аускультации, дыхание везикулярное, хрипов нет.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Объясните его патогенез утренней гипергликемии.

	<p>2. Посоветуйте тактику лечения</p> <p>3. Целевой уровень НвА1с и частота его определения.</p>
6	<p>Женщина, 30 лет, обратилась к эндокринологу с жалобами на снижение работоспособности, сонливость, умеренную слабость, снижение памяти, запоры. В последнее время, стала отмечать поредение и потускнение волос, снижение настроения. Из анамнеза известно, что женщина наблюдается у гинеколога по поводу первичного бесплодия, муж обследован, здоров. Кроме того, пациентка неоднократно обращалась к ЛОР-врачу с жалобами на появление охриплости голоса. При объективном осмотре обращает на себя внимание сухость и бледность кожных покровов, отечность лица, обеднение мимики. На вопросы врача отвечает медленно, односложно. При аускультации сердца тоны приглушены. Границы сердца в пределах нормы. Пульс – 50 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-110/70 мм рт.ст. При пальпации щитовидная железа увеличена в размере, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. По результатам УЗИ отмечается диффузное снижение эхогенности ткани железы. Размеры щитовидной железы: перешеек – 0,4 см; правая доля – 2,7-2,5-3 см; левая доля – 3,2-2,8-2,8 см. В гормональном исследовании крови- ТТГ – 10 мМЕ/л (0,4-4); Т4св.–8 пмоль/л (10,5-22), пролактин – 950 мЕд/л (40-600); АТ к ТПО – 1292 Ед/мл (0-30); АТ к ТГ – 87 Ед/мл (0-65).</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагностическую концепцию. 2. Рассчитайте объем щитовидной железы по данным УЗИ. 3. Учитывая объем щитовидной железы, какой вариант течения данного заболевания? 4. С чем связано снижение фертильности при данном заболевании? 5. Какое лечение необходимо назначить женщине? Как меняется доза этого препарата при наступлении беременности? 6. Как часто необходимо контролировать уровень ТТГ и Т4св во время беременности.
7	<p>Больная А, 25 лет. Жалобы на выраженную общую и мышечную слабость, одышку при ходьбе, периодические боли в области сердца сжимающего характера, нарастание массы тела, увеличение объема живота, бёдер, появление горбика на спине у основания шеи, выполнение подкожно-жировой клетчаткой надключичных ямок, избыточный рост волос на лице, руках, округление лица, появление румянца на щеках, на коже внутренней поверхности бёдер - полос багрового цвета, появление подкожных гематом по передней поверхности голени при минимальном воздействии травматических факторов, нарушение менструального цикла, повышение уровня артериального давления максимально до 150/100 мм.рт.ст., сопровождающееся головокружением. Считает себя больной 5 лет, когда, нарушился менструальный цикл, появились головные боли, тогда же выявлена артериальная гипертензия. В последующем возникли сухость во рту, жажда, учащенное мочеиспускание. Объективно: повышенного питания с преимущественным отложением жира в верхней половине грудной клетки, живота. Отеки голени и стоп. Лицо багрового цвета. Усилен рост волос над верхней губой, в подбородочной области и на боковых поверхностях лица. Кожа сухая с мраморным оттенком. В подмышечных областях и на боковых поверхностях живота широкие полосы багрово-красного цвета (стрии). Пульс 90 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 160 и 100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагностическую концепцию. 2. Предложите схему дообследования для подтверждения диагноза. 3. Какие исследования необходимо провести для дифференциальной диагностики заболевания? 4. Определите тактику лечения.
8	<p>Больная Ф. 38 лет поступила с жалобами на прибавку массы тела с отложением жира преимущественно в области живота и лица, похудение рук и ног, сильную мышечную слабость, избыточный рост волос на руках и лице, выпадение волос</p>

	<p>на голове, широкие багровые полосы на коже живота и молочных желез, сухость кожи, образование</p> <p>на теле синяков после незначительных ушибов, пигментацию на коже живота; боли в поясничном и шейном отделах позвоночника, тазобедренных суставах при ходьбе, отсутствие менструаций в течение 2-х лет, нарушение сна, жажду, сухость во рту, частое мочеиспускание, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при незначительной</p> <p>физической нагрузке, повышение артериального давления максимально до 160/110, отеки голеней, усиливающиеся к вечеру, тяжесть в ногах, головную боль. Из анамнеза известно, что прибавка массы тела с преимущественным отложением жира в области живота, округление лица, прекращение менструаций, избыточный рост волос на теле, нарушение сна, мышечная слабость впервые стали беспокоить около 2 лет назад. Через 1 год отметила ухудшение состояния - усилилась мышечная слабость, повысилось АД до 160/110 мм рт.ст., появились эпизоды сердцебиения, сильно прибавила в весе (около 10 кг). Еще через полгода стала отмечать отеки голеней, усиливающиеся к вечеру, появились боли в тазобедренных суставах при ходьбе, периодические боли в поясничном и шейном отделе позвоночника. Тогда впервые обратилась за медицинской помощью. По данным лабораторно-инструментального обследования выявлено повышение кортизола крови до 1013 нмоль/л (140.0-600.0), АКТГ - 142,7 пг/мл (7.2-63.3), кортизол в суточной моче 1731 нмоль/л. Малая дексаметазоновая проба отрицательная (снижение кортизола крови до 713,9 нмоль/л), большая дексаметазоновая проба положительная (снижение кортизола крови с 1020 нмоль/л до 168,2 нмоль/л). При осмотре обращает на себя внимание: распределение подкожной жировой клетчатки преимущественно в области живота и лица, руки и ноги худые, «лунообразное» лицо, красновато - багровые стрии до 0,5 см шириной на коже молочных желез и живота, области гиперпигментации на коже верхнего отдела живота, пятнисто-папулезные высыпания красноватого цвета на руках, ногах, «климактерический» горбик, отеки голеней. Рост 159см. Масса тела 65кг. ИМТ 25,71кг/м². АД165/110, Пульс 84 в мин.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагностическую концепцию. 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 3. Определите схему дообследования. 4. Предложите тактику лечения.
9	<p>Больная К, 23 года, жительница Брянской области, отмечает увеличение объема шеи с 14 летнего возраста. Объективно: состояние удовлетворительное, при осмотре отмечается увеличение объема шеи видимое на глаз, при пальпации мягко-эластической консистенции, безболезненное. Дыхание везикулярное, свободное, ЧДД 16 в мин. Пульс 78 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные. АД 125/80 мм.рт.ст. Со стороны органов пищеварения, мочевого выделения без особенностей.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагностическую концепцию. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Определите схему дообследования. 4. Предложите тактика лечения.
10	<p>Больная Л 54 года. Жалобы на снижение памяти, общую слабость, снижение настроения, сухость кожных покровов, прибавку массы тела при сниженном аппетите, периодически возникающую тяжесть в правом подреберье, тошноту, запоры. Наблюдается у терапевта по поводу желчнокаменной болезни. Объективно: рост 162 см, масса тела 84 кг. Пациентка медлительна, забывчива, выглядит старше своих лет. Лицо бледно-желтушного оттенка, отечность верхних и нижних век. Кожа сухая.</p> <p>Щитовидная железа не увеличена. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Пульс 56 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца несколько расширены. Тоны сердца приглушены. АД 110/90 мм.рт.ст. При обследовании: ОАК - НВ 105г/л, эр- 3.5*10¹², лейкоц- 4.6*10⁹, тр-286* 10⁹, СОЭ - 10мм/ч.</p>

	<p>Биохимический анализ крови – креатинин- 78мкмоль/л, мочевины 6.0ммоль/л, глюкоза- 4.1ммоль/л, холестерин -6.8ммоль/л, АСТ-24ЕД/л, АЛТ-18ЕД/л.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте диагноз. 3. Определите схему обследования. 4. Проведите дифференциальную диагностику. 5. Предложите тактику лечения при подтверждении диагноза.
11	<p>Больной М. 70 лет обратился к хирургу с жалобами на длительно незаживающую язву у основания пальцев правой стопы. Из анамнеза - страдает сахарным диабетом в течение 8 лет, получает пероральную сахароснижающую терапию – ГалвусМет 50/1000 мг 2 раза в сутки. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Рост 170см, вес 86кг. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в мин. АД 135/80мм.рт.ст, живот мягкий, безболезненный. Отмечается клювовидная деформация пальцев стоп. В проекции головки 1-й плюсневой кости правой стопы отмечается язвенный дефект размером 2х3см с серозным отделяемым, края раневого дефекта утолщенные. Кожа стоп при пальпации теплая, сухая, пульсация на а.рedis снижена, отмечается снижение болевой, тактильной и температурной чувствительности. Глюкоза крови при самоконтроле натощак до 8 ммоль/л, после еды до 13ммоль/л. Гликированный гемоглобин 7,6%.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Проведите дифференциальный диагноз форм синдрома диабетической стопы. 3. Какие пациенты входят в группу риска развития синдрома диабетической стопы? 4. Предложите план обследования. 5. Сформулируйте рекомендации по лечению.
12	<p>Больной Н, 71 год с длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа (около 12 лет) находится на пероральной сахароснижающей терапии: Диабетон МВ 60мг 1т, Метформин 1000мг 2р/д. Длительно страдает гипертонической болезнью с максимальными цифрами АД до 170/100мм.рт.ст, получает гипотензивную терапию. После физической нагрузки почувствовал резкую слабость, одышку, изжогу. Несмотря на отдых, состояние не улучшалось. В связи с нарастанием одышки была вызвана СМП, которая зафиксировала низкие цифры артериального давления - 90/70мм.рт.ст, гипергликемию -12,1 ммоль/л. Было проведено ЭКГ - синусовая тахикардия с ЧСС 98 в 1 мин, подъем сегмента ST.</p> <p>Гипертрофия миокарда левого желудочка. Со стороны органов дыхания и пищеварения без особенностей.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагностическую концепцию. 2. Определите схему обследования. 3. Сформулируйте рекомендации по лечению. 4. Перечислите клинические особенности ИБС при сахарном диабете. 5. Назовите основные диабетические макроангиопатии.
13	<p>Больной Н, 78лет. Жалобы на общую слабость, головокружение, снижение памяти, шаткость походки, гипогликемические состояния до 3.2ммоль/л возникающие в течение дня, перед сном. Сахарный диабет 2 типа более 25 лет, находится на комбинированной терапии- инсулин среднего действия утром 14ЕД, на ночь 10ЕД, метформин 850мг 2р/д, манинил 3.5мг по 1т 2р/д. Длительно страдает гипертонической болезнью с максимальными цифрами АД до 200/100мм.рт.ст, полгода назад перенес ОНМК. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Рост 170см, вес 90кг. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 145/90мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул не нарушены. При обследовании: биохимический анализ крови – мочевины 10ммоль/л, креатинин 135мкмоль/л, СКФ 43 мл/мин/1.73м2. глюкоза - 5.9ммоль/л, АЛТ-23ЕД/л, АСТ-17ЕД/л, холестерин 7.1ммоль/л, ТГ-2.1ммоль/л. Глюкоза крови при самоконтроле:</p>

	<p>Натощак – 6.4ммоль/л, Перед обедом - 3.5ммоль/л, Через 2 часа после еды - 9.6ммоль/л. Перед сном - 4.8ммоль/л.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагностическую концепцию. 2. Определите схему дообследования. 3. Какие показатели гликемии и гликированного гемоглобина являются целевыми для данной пациентки? 4. Как провести коррекцию терапии данной пациентки, учитывая имеющиеся осложнения и целевые значения гликемии?
14	<p>Пациентка 26 лет с сахарным диабетом 1 типа, находящаяся на помповой инсулинотерапии, поступила в отделение реанимации без сознания.</p> <p>Объективно: состояние тяжелое, сухость кожных покровов, снижение тонуса глазных яблок, АД 80/55 мм ртст, Пульс – 100 в мин, Дыхание Куссмауля. Резко выражен запах ацетона изо рта. При анализе мочи ацетон +++, при анализе крови рН 7,15, глюкоза крови 17,5 ммоль/л, калий- 3,4 ммоль/л (3,5-5,5), креатинин- 76 мкмоль/л.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. В чем самая вероятная причина развития этого состояния у данной пациентки? 3. Распишите необходимые терапевтические мероприятия в первые 4 часа на догоспитальном этапе или в приемном отделении и в реанимационном отделении. 4. Перечислите принципы восстановления электролитных нарушений (введение препаратов калия). 5. Назовите показания к введению бикарбоната натрия.
15	<p>Женщина 65 лет поступила в стационар в сопорозном состоянии. При осмотре кожные покровы бледные, влажные, на вопросы не отвечает, отмечается гипертонус мышц кистей и стоп. При лабораторном обследовании: гликемия – 2,3ммоль/л. Со слов родственников- сахарный диабет 2 типа в течение 5 лет. Получает Манинил 3,5 мг по 2 таб. 2 раза в день, этим утром не завтракала.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какая наиболее вероятная причина развития данного состояния у пациентки? 3. Определите тактику лечения. 4. Назовите группы препаратов с наиболее высоким риском развития гипогликемий. 5. Назовите принципы профилактики гипогликемий.
16	<p>У 29-летнего мужчины с акромегалией 1,5 года назад произведена микроаденомэктомия трансфеноидальным доступом. В настоящее время уровень СТГ остаётся повышенным 2,6 нг/мл (целевой уровень менее 1 нг/мл) и не снижается при пробе с нагрузкой глюкозой.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику лечения. 3. Как проводить мониторинг эффективности проводимой терапии? 4. Назовите критерии ремиссии акромегалии.
17	<p>47-летняя женщина жалуется на постепенное развитие жажды и полиурии, снижение веса. Суточное количество потребляемой и выделяемой жидкости – 5-6 литров. Удельный вес мочи=1003-1006. Осмоляльность плазмы – 320 мосм/л (норма 285-300), АД=120/80 мм рт ст, ЧСС=76 в мин. Кожные покровы без видимых изменений, поля зрения сохранены, неврологических нарушений не выявлено. Глюкозурия отсутствует, электролиты сыворотки в норме. При МРТ данных за поражение гипофиза нет, область нейрогипофиза без светлого пятна.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Обоснуйте предположительный диагноз. 3. Предложите алгоритм обследования для дифференциальной диагностики данного заболевания 4. Определите тактику лечения при подтверждении диагноза.

18	<p>Пациентка 78 лет жарким летом найдена родственниками в квартире без сознания. Со слов родных пациентка много лет страдает сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, получает таблетированную сахароснижающую терапию. На прошлой неделе врач назначил новый мочегонный препарат. При измерении глюкозы посредством глюкометра – показатель “High”. Пациентка была госпитализирована в отделение реанимации. При анализе крови глюкоза составила 56 ммоль/л, натрий – 148 ммоль/л, калий – 4,0 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Назначьте дополнительное лабораторное и инструментальное обследование. 3. Перечислите необходимые терапевтические мероприятия. 4. Какие лабораторные показатели необходимо мониторировать на фоне проводимой терапии? 5. Каковы особенности инсулинотерапии в данном случае?
19	<p>Пациентка 23 лет наблюдается в женской консультации с диагнозом: беременность 26 недель. Встала на учет на сроке беременности 6 недель. При первичном обращении к врачу гликемия натощак – 4,9 ммоль/л (плазма венозной крови). Жалоб не предъявляет. Пациентка отмечает, что с 15-летнего возраста масса тела была избыточной. ИМТ до беременности – 32,5 кг/м² (рост -165 см, масса тела – 88 кг). При проведении глюкозотолерантного теста на сроке 26 недель, результаты следующие: натощак – 5,0 ммоль/л, через 1 час после приема 75 г глюкозы – 10,7 ммоль/л.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Классифицируйте тип нарушения углеводного обмена с учетом результатов глюкозотолерантного теста и сформулируйте диагностическую концепцию. 2. Предложите тактику ведения пациентки. 3. Как часто пациентке необходимо контролировать глюкозу крови? 4. Какие целевые показатели глюкозы крови должны быть на фоне терапии? 5. Сформулируйте показания к инсулинотерапии при данном типе нарушения углеводного обмена.
20	<p>При плановой диспансеризации мужчины 23 лет показатель глюкозы в крови натощак составил 7,1 ммоль/л. Данные перорального теста толерантности к глюкозе (ОГГТ): уровень глюкозы в крови натощак - 7,3 ммоль/л, через 2ч после нагрузки глюкозой - 12,3 ммоль/л. При исследовании С-пептида в крови последний оказался на верхней границе референсных значений. Антитела к островковым клеткам и глутаматдекарбоксилазе отсутствовали. Из анамнеза известно, что мать, бабушка по материнской линии, бабушка по линии отца страдают сахарным диабетом 2 типа. Объективно: телосложение правильное, распределение подкожной клетчатки преимущественно по абдоминальному типу. Рост 178 см, масса тела 96 кг. АД 124/70, пульс 77 в мин. ЧДД 14 в мин. По органам и системам без особенностей. Показатели общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи – без особенностей.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагностическую концепцию. 2. Предложите схему дообследования. 3. Сформулируйте рекомендации по лечению пациента. 4. Какие показатели и как часто необходимо контролировать пациенту? 5. Какие целевые значения гликемии и гликированного гемоглобина порекомендуете?
21	<p>Больной К., 60 лет, обратился к терапевту с жалобами на периодически возникающее онемение пальцев стоп, болезненные судороги в икроножных мышцах, чаще в ночное время. Указанные жалобы появились и стали прогрессировать около 2-х лет назад, к врачу не обращался. Из анамнеза известно, что мать пациента и ее родная сестра страдали сахарным диабетом 2 типа. Мать пациента умерла 4 года назад от обширного</p>

	<p>инфаркта миокарда. Объективно: рост 175 см, масса тела 98 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Легкая пастозность стоп. При осмотре стоп обращает на себя внимание сухость кожи, деформация пальцев по типу «когтеобразных» пальцев. Видимых трофических нарушений нет. Пульсация на артериях dorsales pedis at tibiales posterior сохранена. Сердечно - сосудистая система: пульс 80 ударов в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения; левая граница сердца на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии; тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 160 и 90 мм рт. ст. Со стороны органов дыхания, пищеварения и мочеиспускания без отклонения от нормы. При обследовании: Уровень глюкозы крови натощак-6,3 ммоль/л (по плазме). HbA1c-7,2%. В биохимическом анализе крови: холестерин общий - 6,8 ммоль/л, ЛПНП-4,5 ммоль/л, ЛПОНП-2,3 ммоль/л, ЛПВП-0,8 ммоль/л, ТГ-3,4 ммоль/л, креатинин - 102 мкмоль/л. Консультация окулиста: множественные микроаневризмы, незначительное количество точечных кровоизлияний, извитость венул, полнокровие вен.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагностическую концепцию. 2. Какие поздние осложнения сахарного диабета есть у пациента? 3. Предложите схему дообследования и сформулируйте рекомендации по лечению. 4. Какие показатели и как часто необходимо контролировать пациенту? 5. Какие целевые значения гликемии, HbA1c и липидов крови порекомендуете?
22	<p>Больная Л., 34 лет. Жалуется на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, одышку при физической нагрузке. Последние три месяца отмечает сухость во рту, жажду, обильное учащенное мочеиспускание (до 7 раз днем и 4 раз ночью). Appetit нормальный. Масса тела значительно увеличилась 5 лет тому назад после родов. Развивалась нормально. Менструации с 13 лет, регулярные. Любит сладости. Отец и мать страдают ожирением 2 ст. Младший брат имеет ожирение 1 ст. У эндокринолога не наблюдается. Полгода назад проводился глюкозо-толерантный тест: натощак - 6,4 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки - 11,4 ммоль/л. Объективно: Рост - 165 см, масса тела - 98 кг. Отложение подкожной жировой клетчатки равномерное, окружность талии 95 см. Кожа обычной окраски и влажности. Пульс - 78 ударов в мин., ритмичный. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона над аортой. АД - 145/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, болезненная при пальпации. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа не увеличена.</p> <p>Дополнительные исследования. В общем анализе крови без особенностей. В биохимическом анализе крови: общий белок - 69 г/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, креатинин - 84,2 мкмоль/л, триглицериды - 4,7 ммоль/л, АлАТ - 30 МЕ/л, АсАТ - 28 МЕ/л, ЛПВП - 0,8 ммоль/л, ЛПНП - 4,92 ммоль/л/ Глюкозо-толерантный тест: уровень глюкозы в крови натощак - 6,4 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой - 12,4 ммоль/л.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагностическую концепцию. 2. Предложите схему дообследования. 3. Сформулируйте рекомендации по лечению пациентки. 4. Какие показатели и как часто необходимо контролировать пациентке? 5. Какие целевые значения гликемии и гликированного гемоглобина порекомендуете?
23	<p>Больной С., 24 лет. Диагноз сахарный диабет установлен около 5 лет назад. Доставлен в клинику бригадой скорой помощи с жалобами на сухость во рту, жажду, учащенное и обильное мочеиспускание, боли в поясничной области. Объективно: состояние средней тяжести. Рост 178 см, масса тела 60 кг. Кожа сухая, тургор снижен. Дыхание учащенное. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 105/60 мм.рт.ст. Язык сухой, малиновый. Запах ацетона изо рта. В общем анализе крови: гемоглобин - 110 г/л, СОЭ - 40 мм/час. В биохимическом анализе крови: глюкоза - 28 ммоль/л, мочевины - 16 ммоль/л, креатинин - 120 мкмоль/л. В общем анализе мочи: глюкозурия, относительная плотность - 1010, белок - 1 г/л, лейкоциты покрывают поле зрения. Бактерии +. Кетоны в моче +++. Осмотрен</p>

	<p>окулистом. На глазном дне при офтальмоскопии: микроаневризмы, единичные петехиальные кровоизлияния.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагностическую концепцию. 2. Перечислите необходимые терапевтические мероприятия и предложите схему дообследования. 3. Сформулируйте рекомендации по дальнейшему ведению пациента. 4. Какие показатели и как часто необходимо контролировать пациенту в плановом порядке? 5. Какие целевые значения гликемии и гликированного гемоглобина порекомендуете?
24	<p>Пациентка 36 лет, беременность 7 недель. При скрининговом обследовании выявлено: гликемия натощак – 9,2 ммоль/л (плазма венозной крови), HbA1c – 7,3%. Из анамнеза известно, что родилась с массой тела 4300г, мать страдает сахарным диабетом 2 типа. В течение последних 3-4-х месяцев отмечает слабость, сухость во рту, жажду (выпивает до 3,5-4,0 л жидкости в сутки), учащение мочеиспускания. Существенной потери массы тела не было. Рост 170 см, вес 98 кг.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагностическую концепцию. 2. Предложите схему дообследования. 3. Сформулируйте рекомендации по лечению пациентки. 4. Какие показатели и как часто необходимо контролировать пациентке в плановом порядке? 5. Какие целевые значения гликемии и гликированного гемоглобина порекомендуете?
25	<p>Больной 44 года поступил в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, боли в костях. В анамнезе мочекаменная болезнь. При осмотре деформация позвоночника по типу кифосколиоза. При лабораторном обследовании: общий кальций сыворотки крови 2,8 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 0,6 ммоль/л. ЭКГ: укорочение интервала QT, расширение QRS. На УЗИ почек - конкременты до 12мм обеих почек.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз и тактику дальнейшего наблюдения.
26	<p>Женщина Г. 58 поступила в неврологическое отделение по скорой медицинской помощи. Из анамнеза сама вызвала "скорую медицинскую помощь" с жалобами на головную боль, рвоту, парестезии в верхних и нижних конечностях. По приезду скорой медицинской помощи пациентка лежала на полу в судорожном синдроме. Объективно: женщина в сознании, рот замкнут, углы рта опущены, брови сведены, спина выгнута, ноги выпрямлены (симптом конской стопы), руки приведены к туловищу и согнуты (симптом руки акушера). Кожа на ощупь сухая. Оказана помощь, введен противосудорожный препарат Реланиум в/в. Пациентка доставлена в стационар по cito. При лабораторном обследовании: общий кальций сыворотки крови 1,8 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 1,9 ммоль/л (норма: 0,4-1,0 ммоль/л). ЭКГ: удлинение интервала Q-T, нарушения ритма, тахикардия. КТ: выявлены кальцификаты в базальных ганглиях. Дополнительно определены: паратириоидный гормон (ПТГ) - 0,3нг/мл (норма: 1,6-6,9 пмоль/л). Кальцитонин-5моль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз и тактику дальнейшего наблюдения.
27	<p>Больной 60 лет жалуется на общую слабость, депрессию, костные и суставные боли, трудности при ходьбе, полиурия. При лабораторном обследовании: кальций сыворотки крови 2,7 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 0,43 ммоль/л (норма: 0,4-1,0 ммоль/л). На обзорной рентгенограмме коленных суставов - истончение субхондральных хрящей. ЭКГ:</p>

	<p>укорочение интервала QT, расширение QRS.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз и тактику дальнейшего наблюдения.
28	<p>Пациентка В. 29 лет июле 2022г. прооперирована по поводу узлового зоба. Принимает заместительную терапию в дозе 50 мкг левотироксина. Вскоре стала отмечать подергивание мышц верхних и нижних конечностей, чувство жара, боли в сердце, сердцебиение, снижение памяти, сухость кожи, ломкость ногтей, изъязвление эмали зубов, плохой рост волос. Объективно: кожа сухая, обычного цвета, участки гиперкератоза. Отмечаются положительные симптомы Труссо, Хвостека, Вейса. При лабораторном обследовании: общий кальций сыворотки крови 1,5 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 2,9 ммоль/л (норма: 0,4-1,0 ммоль/л). ЭКГ: удлинение интервала Q-T, расширение QRS. Паратиреоидный гормон (ПТГ)-0,9нг/мл (норма: 1,6-6,9 пмоль/л).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз и тактику дальнейшего наблюдения.
29	<p>Пациентка Ж 43 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на судороги в ногах и мышечную слабость. Считает себя больной около двух лет, когда впервые появились судорожные подергивания. При измерении АД, накачивании воздуха в манжете у больной появились судороги в руке (рука акушера, т.е. симптом Труссо). При поколачивании по ходу лицевого нерва отмечалось сокращение мимической мускулатуры лица. При лабораторном обследовании: общий кальций сыворотки крови -1,4 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 3,0 ммоль/л (норма: 0,4-1,0 ммоль/л). ЭКГ: удлинение интервала Q-T, расширение QRS, тахикардия. Паратиреоидный гормон (ПТГ)-0,8нг/мл (норма: 1,6-6,9 пмоль/л).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз и тактику дальнейшего наблюдения.
30	<p>Пациентка И. 67 поступила в неврологическое отделение с жалобами на сильные боли в спине. Из анамнеза: последний год появились боли в костях и суставах, судороги конечностей, аритмия, учащенные сердцебиения, выпадение волос, несколько раз за год посещала стоматолога по поводу кариеса зубов. При лабораторном обследовании: общий кальций сыворотки крови 1,6 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 1,8 ммоль/л (норма: 0,4-1,0 ммоль/л). Паратиреоидный гормон (ПТГ) - 0,8нг/мл (норма: 1,6-6,9 пмоль/л). ЭКГ: удлинение интервала Q-T, расширение QRS, желудочковая экстрасистолия. КТ грудного отдела позвоночника: выявлен перелом 8 грудного позвонка.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз и тактику дальнейшего наблюдения.
31	<p>Больная К 58 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в правой ноге. При рентгенографии: перелом шейки правого бедра, явояения выраженного остеопороза. При лабораторном обследовании: общий кальций сыворотки крови 2,9 ммоль/л, фосфор сыворотки крови - 0,3 ммоль/л (норма: 0,4-1,0 ммоль/л). Паратиреоидный гормон (ПТГ) - 9,8нг/мл (норма: 1,6-6,9 пмоль/л). ЭКГ: удлинение интервала Q-T, расширение QRS,</p>

	<p>синусовая тахикардия. КТ грудного отдела позвоночника:остеопороз грудного и поясничного отделов позвоночника.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4.Составьте и обоснуйте план лечения. 5.Оцените прогноз. Тактика дальнейшего наблюдения.
32	<p>Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°С. Кожные покровы влажные, теплые на ощупь, периферических отеков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. Мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Определите тактику лечения данной больной. 5. Оценка эффективности проводимой терапии.
33	<p>Больная 38 лет с диффузный токсический зоб предъявляет жалобы на ощущение песка в глазах, двоения, слезотечение, светобоязнь. При осмотре отмечается вусторонний экзофтальм, больше справа, инъецированность склер.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. В каких дополнительных обследованиях нуждается по поводу глазных симптомов? 4. Назначьте лечение. 5. Прогноз в отношении заболевания.
34	<p>Пациентка М. 30 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на снижение массы тела на 10 кг в течение 3-х последних месяцев, учащенные сердцебиения как в покое, так и при физической нагрузке, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушения сна, слабость. При осмотре: рост - 168 см, вес - 53 кг, ИМТ - 19 кг/м². Кожные покровы теплые, «бархатистые». 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 значительно больше дистальной фаланги первого пальца пациентки, изменена конфигурация шеи. Общий анализ крови: эритроциты – 3,9, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты – 6,4, тромбоциты – 311, СОЭ – 16 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумин – 45 г/л, общий билирубин – 14,1 мкмоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 126 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС. УЗИ щитовидной железы: объем железы - 48 мл, эхогенность обычная, структура однородная, усилен кровоток. Гормональное обследование: тиреотропный гормон - 0,005 мМЕ/л (норма 0,2-4,2 мМЕ/л), свободный тироксин - 60 пМоль/л (норма 9-22 пМоль/л).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте и сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

	<p>2. Определите объем дополнительного обследования, необходимого для уточнения диагноза.</p> <p>3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p> <p>4. Определите тактику лечения.</p> <p>5. Определите параметры контроля за эффективностью и безопасностью терапии в процессе лечения.</p>
35	<p>Больная И. 23 лет на приеме в поликлинике жалуется на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, тремор, сердцебиение, ощущение «песка в глазах», слезотечение. Из анамнеза известно, что начало заболевания связывает с переутомлением. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Подкожно жировой слой развит умеренно (рост - 170 см., вес - 54 кг). Отмечается тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мобиуса положительные. Щитовидная железа увеличена до II степени, эластична, однородная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, громкие тоны. ЧСС - 120 ударов в минуту. АД - 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, иногда 2-3 раза в сутки.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза. 4. Назначьте лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи. 5. Показано ли больной с ДТЗ назначение глюкокортикоидов? Обоснуйте свой ответ.
36	<p>Больной М. 44 лет на приеме у врача-терапевта участкового жалуется на быструю утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса. Из анамнеза известно, что указанные жалобы возникли 6 лет назад без видимой причины и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 76 до 118 кг. В анамнезе - повторные ангины. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост - 165 см, кожные покровы чистые, сухие, особенно на локтях, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Кисти пастозны. На нижних конечностях плотный отек. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16.</p> <p>Границы относительной тупости сердца: левая - 1,5 см кнаружи от средне-ключичной линии; правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс - 53 в минуту, ритмичен. АД - 90/70 мм рт. ст. Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счет жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена. Стул регулярный. При лабораторном исследовании было выявлено ТТГ: 14 мМЕ/л (норма 0,4-4 мМЕ/л), св. Т4 - 5,6 пмоль/мл (10 пмоль/л-25 пмоль/л, анти-ТПО - 364 МЕ/Мл (до 30 МЕ/мл). Общий анализ крови: эритроциты - 3,5?10, лейкоциты - 5,8, гемоглобин - 96 г/л. Холестерин крови - 8,8 ммоль/л. Общий анализ мочи без патологии.</p> <p>Электрокардиография - снижение вольтажа зубцов, брадикардия, уплощения зубца Т.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза. 4. Назначьте лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи. 5. Через 3 месяца после назначенной патогенетической терапии уровень ТТГ - 7,2 мМЕ/л. Ваша дальнейшая тактика.
37	<p>Больная 64 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость кожных покровов, избыточный вес (ИМТ -28), снижение температуры тела, снижение аппетита,</p>

	<p>запоры, снижение памяти, сонливость. При осмотре: кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Отечность лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 58 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Температура тела - 36,3°C. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края реберной дуги. Стул нерегулярный, склонность к запорам. По данным лабораторного обследования: общий анализ крови: гемоглобин - 104 г/л, холестерин - 9,4 ммоль/л, триглицериды- 5,5 ммоль/л, КФК – 247, АСТ - 48, ТТГ-15,3 мЕ/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Назовите наиболее вероятную причину заболевания. 3. Составьте план обследования данной пациентки. 4. Какова тактика лечения данного пациента? 5. Показано ли данной пациентке оперативное лечение?
38	<p>В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 36 лет с жалобами на выраженную общую слабость, сонливость, ухудшение памяти, сухость кожных покровов, избыточную массу тела (ИМТ -27,2 кг/м²), отсутствие менструаций. Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентка оперирована по поводу узлового зоба. Заместительная терапия не назначалась. При осмотре: кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, язык с отпечатками зубов. АД- 105/60 мм рт. ст. По данным лабораторного обследования выявлена анемия: гемоглобин - 102 г/л, холестерин -7,8 ммоль/л, триглицериды- 4,7 ммоль/л, глюкоза крови - 3,4 ммоль/л. На ЭКГ: брадикардия 54 удара в минуту, низкий вольтаж зубцов.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 2. Составьте диагностический алгоритм обследования данной пациентки. 3. Консультации каких специалистов следует включить в план обследования? 4. Какова тактика лечения данного пациента? 5. Какова длительность назначения патогенетической терапии?
39	<p>Больная И. 54 лет, секретарь-референт, обратилась на прием к врачу с жалобами на приливы жара несколько раз в день на фоне постоянного сердцебиения, бессонницу, плаксивость, непереносимость духоты. Из анамнеза известно, что за последний год после стресса похудела на 10 кг. С детства витилиго. Менструальный цикл с 15 лет до настоящего времени, регулярный, 2 беременности и 2 родов. При осмотре: состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, мелкокоразмашистый тремор век, пальцев рук. Вес - 61 кг, рост - 170 см. Кожные покровы эластичные, диффузно влажные, теплые. Периферических отеков нет. Гиперемия шеи, зоны декольте, депигментированы кисти. ЧД - 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс -118 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД- 130/60 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительны; отечный экзофтальм с двух сторон. Гормональный профиль: ТТГ = 0,05 мкМЕ/мл (0,3-3,2); св. Т4 = 76,2 пкмоль/л (12,3-25,6); АТ к рецепторам ТТГ = 47 (0). Записана ЭКГ: ЧСС -116 в минуту, ритм синусовый.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.
40	<p>Пациентка П. 31 года, учитель географии, поступила в эндокринологическое отделение с жалобами на сердцебиение, бессонницу, чувство жара, периодические подъемы температуры до 37,1°C, снижение массы тела на 5 кг. Из анамнеза известно, что больна около года, когда сама стала обращать внимание на повышенную раздражительность, сердцебиение по ночам, иногда бессонницу. Около двух месяцев стала ощущать повышение температуры до 37,2°C, постоянное чувство жара, приступы сердцебиения при физической нагрузке. Около месяца назад появилась</p>

	<p>светобоязнь, чувство «песка» в глазах. Объективно: состояние удовлетворительное, суевливая, рост- 162 см, вес-55 кг. Кожные покровы телесного цвета, диффузно влажные, теплые. Подкожная жировая клетчатка истончена. Отмечается мелкокоразмашистый тремор вытянутых рук, языка. Отечность век. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритм правильный. ЧСС - 108 в минуту, АД - 130/55 мм рт. ст.</p> <p>Пальпация живота безболезненная. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа визуализируется на расстоянии, диффузно увеличена обеими долями, плотная, с неровной поверхностью, безболезненная, шум не определяется. Симптом Мебиуса (+) с обеих сторон, Грефе (+), Кохера (-). При лабораторных исследованиях: общий анализ крови: СОЭ - 15 мм/час, гемоглобин – 125 г/л, лейкоциты – 5,6; глюкоза плазмы – 6,61 ммоль/л, мочевины - 6,3 ммоль/л, общий билирубин - 17,5 ммоль/л; холестерин – 3,3 ммоль/л, ТТГ - 0,035 мкМЕ/мл, Т4св - 40 пкмоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.
41	<p>Больная М. 36 лет, продавец, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отечность лица, запоры, отсутствие менструаций в течение 7 месяцев. Из анамнеза: считает себя больной в течение последнего года. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 5 кг за период болезни. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост- 163 см. Вес -66 кг. Температура тела - 36,1°С. Кожа бледная, сухая, на голенях выражено шелушение. Пастозность лица, плотные отеки стоп, нижней трети голени. Волосы на голове редкие, ломкие. Оволосение на туловище соответствует женскому полу и возрасту.</p> <p>Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы не изменены. Лакторрея (++) . Над симметричными областями грудной клетки перкуторно определяется ясный легочной звук. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Пульс на лучевых артериях ритмичный, слабого наполнения, симметричный, 55 в минуту, АД = 126/80 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет, 55в минуту. Язык чистый, отпечатки зубов на языке. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации мягкая, безболезненная. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы – отрицательные. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Не пальпируются. Костно-мышечная система без особенностей. ЩЖ не увеличена при осмотре, при пальпации плотно-эластичная, безболезненная, узловые образования не определяются. Симптомы Мебиуса, Кохера, Грефе – отрицательные. При исследованиях выявлены следующие данные: ОАК: эритроциты - 3,2; гемоглобина - 101 г/л; СОЭ - 15 мм/ч. ОАМ: желтая, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, глюкоза – 4,0 ммоль/л; железо – 5,5 мкмоль/л. ТТГ – 22,7 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 6,3 пкмоль/л; АТ к ТПО – 250 Ед/мл. УЗИ щж: V общ. – 6,3 см3. Повышенной эхогенности. Структура выражено диффузно-неоднородная.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения
42	<p>Больная П. 35 лет обратилась на консультативный прием в поликлинику с жалобами на сонливость, слабость, пастозность лица, сухость кожных покровов, запоры.</p>

	<p>Из анамнеза заболевания: данные симптомы беспокоят в течение последние 5 месяцев. Полгода назад была прооперирована по поводу диффузного токсического зоба (ДТЗ). С этого времени к врачам не обращалась, лечения не получала. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие. Пастозность лица, отпечатки зубов на языке. Отеков, стрий, гирсутизма нет. При перкуссии легких над всеми легочными полями определяется ясный легочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД -16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС -55 в минуту. АД - 95/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. На коже шеи послеоперационный рубец. Щитовидная железа пальпаторно не определяется. Лактореи нет. Результаты исследования. Общий анализ крови: эритроциты - 3,3; гемоглобин-105 г/л, лейкоциты - 6,4; эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 7%, СОЭ - 10 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 4 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: сахар – 4,2 ммоль/л, АСТ - 17 Ед/л, АЛТ – 21 Ед/л, Na – 139 ммоль/л, К – 4,2 ммоль/л, Fe – 4,7 мкмоль/л. УЗИ щитовидной железы: V пр. доли – 0 см3, V лев. доли – 1,1 см3, V общ. – 1,1 см3. Нормальной эхогенности. Структура диффузно-неоднородная, узловые образования не определяются. ЭКГ: ритм - синусовая брадикардия, ЧСС - 56 в минуту, ЭОС горизонтальная. Умеренные метаболические изменения миокарда. Гормональный профиль и определение антител: ТТГ – 19,8 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 7,0 пкмоль/л</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения
43	<p>Больная К. 60 лет. Обратилась на консультативный прием в поликлинику с жалобами на запоры, осиплость голоса, снижение памяти, слабость, сонливость, пастозность лица, выпадение волос, сухость кожных покровов.</p> <p>Из анамнеза известно: данные симптомы беспокоят в течение последних 12 месяцев. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, гиперкератоз локтей. Пастозность лица, умеренные плотные отеки нижних конечностей (стопы, голеностопный сустав, верхняя треть голени). Стрий, гирутизма нет. При перкуссии легких над всеми легочными полями определяется ясный легочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 15 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 60 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненная, узловых образований не определяется. Лактореи нет. Результаты исследований. Общий анализ крови: эритроциты - 3,8; гемоглобин-122 г/л, лейкоциты - 5,9; эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 26%, моноциты - 5%, СОЭ - 11 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1021, белок - отр., сахар – отр., эпителий-2в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: сахар – 4,4 ммоль/л, АСТ - 16 Ед/л, АЛТ – 19 Ед/л, Na – 142 ммоль/л, К – 3,9 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: V пр. доли – 3,0 см3, V лев. доли – 2,1 см3, V-общ.-5,1см</p> <p>Эхогенность повышена. Выраженная диффузно-неоднородная структура, узловых образований не определяется.ЭКГ: ритм - синусовая брадикардия, ЧСС - 59 в минуту, ЭОС вертикальная. Определяется умеренное снижение вольтажа зубцов. Умеренные метаболические изменения миокарда. Гормональный профиль и определение антител: ТТГ – 26,7 мкМЕ/мл. Т4своб – 6,1 пкмоль/л, АТ к ТПО – 271 Ед/мл, АТ к тиреоглобулину – 310мкг/мл.</p>

	<p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения
44	<p>Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, теплые на ощупь, периферических отеков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли, мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД- 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.</p> <p>Задания: 1. Предположите диагноз. Обоснуйте. Назначьте лечение.</p>
45	<p>Пациентка Н. 28 лет в течение трех лет страдает болезнью Аддисона. Получает заместительную терапию: 5 мг Преднизолона 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.</p> <p>Объективно: состояние тяжёлое. 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>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Определите объём дополнительных обследований, необходимых для уточнения диагноза и проведения лечения. Предположите ожидаемые результаты обследований в данной ситуации. 4. Определите тактику лечения пациента. 5. Определите профилактические мероприятия по предотвращению развития у пациентки данного состояния.
46	<p>Мужчина А. 48 лет, слесарь, обратился на прием к терапевту поликлиники с жалобами на головные боли диффузного характера. Выявлена артериальная гипертензия: АД сидя -150/95 мм рт. ст. АД лежа -165/100 мм рт. ст. При обследовании глазного дна: выявлено сужение артерий, расширения и извитость венул, артериовенозные перекресты, микроаневризмы и единичные точечные кровоизлияния по периферии; глюкоза крови натощак - 10,1 ммоль/л, в случайное время дня - 15,0 ммоль/л. Из анамнеза известно: головные боли беспокоят около года, не обследовался. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Отеков, стрий нет. Слизистые чистые. ОТ – 103 см, ОБ – 88 см, вес-107 кг, рост - 172 см. ЧД в покое – 18 в минуту. При перкуссии в легких ясный легочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное над всеми легочными полями. АД- 175/90 мм рт. ст., ЧСС – 100 в минуту. Левая граница сердца расширена на 1 см влево, верхняя и правая - в норме. Тоны ритмичные, приглушены. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот увеличен за счет жирового слоя. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край закруглен. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. Стул ежедневно. Диурез не считал. При осмотре</p>

	<p>нижних конечностей: кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Отсутствует температурная чувствительность на стопах и в нижней 1/3 голени, тактильная и болевая чувствительность сохранены. Проведено УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости нет. Печень: правая доля-183 мм (КВР:130-150), левая доля - 90 мм (КВР 50-60)</p> <p>контуры ровные, структура диффузно неоднородна, повышенной экзогенности. Сосудистый рисунок печени несколько обеднен. Внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы, 68-28 мм, стенка - 2 мм, содержимое эхонегативное. ОЖП- 6 мм (4-6 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, четкие, структура диффузно неоднородная, повышенной экзогенности. Селезенка-48 см² (до 50) не изменена.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.
47	<p>Больная Н. 36 лет поступила в плановом порядке в терапевтическое отделение, с жалобами на головокружение при вставании с постели, выраженную мышечную слабость, снижение массы тела на 5 кг в течение 2 месяцев. Из анамнеза жизни: 2 месяца назад на фоне ОРВИ ухудшилось общее состояние, стала беспокоить общая слабость и слабость в мышцах рук и ног, нарастающая к вечеру, отметила потемнение кожи, снижение аппетита. Объективно: масса тела - 54 кг, рост - 169 см. Общее состояние средней степени тяжести. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно лица, складок шеи, ладонных складок, послеоперационного рубца после аппендэктомии. Слизистая полости рта гиперпигментирована. Кожа умеренно влажная. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 76 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. в положении лежа, сидя - 80/50 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.</p> <p>Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловые образования не пальпируются. Общий анализ крови: эритроциты - 3,7; гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 4,0; эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 41%, лимфоциты - 48%, моноциты - 3%, СОЭ - 13 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1018, белок – 0,01 г/л, сахар – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Биохимические показатели:</p> <p>АСТ - 21 ед/л, АЛТ - 16 ед/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, мочевины – 6,3 ммоль/л, кальций - 2,5 ммоль/л, калий - 5,6 ммоль/л, натрий - 120 ммоль/л, хлор - 97 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 79 в мин. ЭОС – вертикальная. Без патологии.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз. Тактика дальнейшего наблюдения.
48	<p>Больная В. 45 лет поступила в стационар по направлению врача-терапевта. 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, 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 170/100 мм.рт. ст.) Объективно: рост -175, вес-110 кг, ИМТ -35,9. Больная выглядит значительно старше своих лет, отмечается перераспределение подкожной жировой</p>

	<p>клетчатки, ее избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена, геморрагии на локтях, животе. В подмышечных впадинах - гиперпигментация. На бедрах - багрово-красные широкие стрии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 92 в минуту. АД-90/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет подкожной жировой клетчатки. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Лабораторное исследование. ОАК: эритроциты – 5,3; гемоглобин -135 г/л, лейкоциты -10,2; палочкоядерные нейтрофилы -10%, сегментоядерные нейтрофилы - 76%, лимфоциты - 12%, моноциты - 2%, эозинофилы – 0%, СОЭ - 3 мм/ч. 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 ++. ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС = 84 в минуту. Электрическая ось горизонтальная. Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические изменения миокарда ЛЖ. При рентгенологическом обследовании черепа и позвоночника выявлены выраженный остеопороз спинки турецкого седла, остеопороз костей позвоночника. При МРТ отмечается диффузное увеличение обоих надпочечников.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.
49	<p>Больной М. 46 лет поступил в стационар по направлению врача-терапевта. 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 мгх2 р/сут. Объективно: состояние удовлетворительное, рост - 161 см. Вес 95 кг. ИМТ-36,7. Больной выглядит старше своих лет, отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки: ее 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 легких 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 счет 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.</p> <p>Результаты исследований. ОАК: эритроциты-5,3; гемоглобин -135 г/л, лейкоциты -10,2; палочкоядерные нейтрофилы-10%, сегментоядерные нейтрофилы-73%, лимфоциты-12%, моноциты-4%, эозинофилы - 1%, СОЭ-3 мм/ч. БХ: 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. ОАМ: 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 позвоночника. УЗИ надпочечников: правый надпочечник значительно увеличен в объеме.</p>

	<p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.
50	<p>Больной 37 лет предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, головокружение, снижение аппетита, выраженную мышечную слабость в конечностях и при жевании пищи. Последние 3 дня стали беспокоить тошнота в течение всего дня и боли в животе, сопровождающиеся диареей до 2 раз в сутки и несколькими эпизодами рвоты. Отмечает снижение массы тела на 8 кг за последние 3 месяца. Из анамнеза заболевания: 2 года назад больной проходил лечение в туберкулезном диспансере с диагнозом «фиброзно-кавернозный туберкулез, МБТ (+), множественная лекарственная устойчивость». Абацилирован. Находится на 2 группе диспансерного учета. 6 месяцев назад начал отмечать постепенное нарастание общей и мышечной слабости в теле, появились вышеперечисленные симптомы. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Масса тела - 63 кг, рост - 169 см. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно шеи, плечей, ладонных складок. Слизистая полости рта пигментирована. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Дыхание по всем легочным полям везикулярное, хрипов нет. ЧД -16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумы не выслушиваются. АД - 85/60 мм рт. ст. в положении лежа, в положении сидя - 75/45 мм рт. ст. ЧСС – 88 ударов в минуту, пульс пониженного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Язык влажный, слегка обложен у корня бело-серым налетом. При пальпации живота по всей поверхности отмечается умеренная болезненность. Печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловых образований не пальпируются. ОАК: Нв -110; Эритроциты- 3.2.; лейкоциты - 3.8; э-5;б-нет; п-2; с-44; л-47, м-2, СОЭ-15мм/ч. ОАМ - без патологии. АЛТ-21; АСТ-16; глюкоза-3,4; мочевины - 6,3, калий -5,9; натрий -139, хлор-90; креатинин-95. На рентгенографии ОГК: признаки перенесенного фиброзно-кавернозного туберкулеза. КТ надпочечников: размеры обоих надпочечников увеличены, с участками кальцификации.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.
51	<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; лейкоциты - 10,5; 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 произошло. Уровень АКТГ в плазме крови значительно ниже нормы. МРТ области надпочечников – выявлена аденома левого</p>

	<p>надпочечника 4 см.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз. 2. Укажите диагностические критерии основного заболевания. 3. Укажите лечебную тактику. 4. Какова профилактика острой надпочечниковой недостаточности? 5. Тактика ведения больной после хирургического лечения.
52	<p>Больная С. 63 лет поступила в стационар с жалобами на головные боли, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, резкая мышечная слабость. Из анамнеза: последние полгода стала отмечать изменения внешности: округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объеме живот, беспокоит сухость кожи, выпадение волос на голове. Состоит на учете по поводу артериальной гипертензии. Последнее время отмечает повышение АД - до 220/110 мм рт. ст., принимает Энам 5 мгх2 р/сут. Объективно: состояние удовлетворительное, рост - 159 см. Вес 86 кг. ИМТ-35,7. Больной выглядит старше своих лет, отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки: ее 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 легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 89 в минуту.</p> <p>АД - 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет 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.</p> <p>Результаты исследований. ОАК: эритроциты-5,3;гемоглобин -160 г/л, лейкоциты -10,2; палочкоядерные нейтрофилы-9%, сегментоядерные нейтрофилы-74%,лимфоциты-13%, моноциты3%, эозинофилы - 1%, СОЭ-5 мм/ч. БХ: глюкоза - 9,2 ммоль/л, К⁺-3,2 ммоль/л, Na-139 ммоль/л, холестерин - 5,5 ммоль/л, Са - 3,2 ммоль/л, АЛТ - 34 МЕ, АСТ - 33 МЕ, общий белок - 67 г/л. ОАМ: реакция - щелочная, удельный вес - 1032, сахар ++, белок - 0,05, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-3 в п/зрения. ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 88 в минуту. Электрическая ось горизонтальная.</p> <p>Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические изменения миокарда ЛЖ. Рентгенограмма грудного и поясничного отделов позвоночника: остеопороз костей позвоночника. УЗИ надпочечников: оба надпочечника значительно увеличены в объеме.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.
53	<p>Больной 44 лет предъявляет жалобы на выраженную мышечную слабость в конечностях головокружение, снижение аппетита,. Последнюю неделю стали беспокоить тошнота и боли в животе, сопровождающиеся диареей и эпизоды рвоты. Отмечает снижение массы тела на 7 кг за последние 2 месяца. Из анамнеза заболевания: 2 года назад выявлена ВИЧ инфекция, по поводу этого принимает лечение. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Масса тела - 55 кг, рост - 177 см. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно шеи, плечей, ладонных складок. Слизистая полости рта пигментирована. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Дыхание по всем легочным полям везикулярное, хрипов нет. ЧД -16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумы не выслушиваются. АД - 90/60 мм рт. ст. в положении лежа, в положении сидя - 70/40 мм рт. ст. ЧСС – 89 ударов в минуту, пульс пониженного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Язык влажный, слегка обложен у корня бело-серым налетом. При пальпации живота по всей поверхности отмечается умеренная болезненность. Печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно</p>

	<p>не увеличена, эластичная, безболезненная, узловые образования не пальпируются. ОАК: Нв -101; Эритроциты- 3.0; лейкоциты - 2.8; э-5;б-нет; п-2; с-54; л-37, м-2, СОЭ- 18мм/ч. ОАМ - без патологии. АЛТ-31; АСТ-28; глюкоза-3,3; мочевины - 7,3, калий -5,8; натрий -139, хлор-90; креатинин-100. КТ надпочечников: размеры обоих надпочечников увеличены, очаги пониженной эхогенности в структуре.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.
54	<p>Мужчина 50 лет, много лет работает главным бухгалтером, обратился на прием к терапевту с жалобами на головные боли диффузного характера, которые появляются внезапно, сопровождающиеся головокружением, повышенной потливостью, дрожью в теле, чувством страха смерти. Назначенная терапевтом антигипертензивная терапия эналаприлом 10 мг х 2 раза в день - неэффективна. Из анамнеза известно: головные боли беспокоят около года, за это время похудел на 8 кг, не обследовался.</p> <p>Глюкоза крови натощак - 5,4 ммоль/л, во время криза до 8,5 ммоль/л.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Отеков, стрий нет. Слизистые чистые. Вес-76кг, рост - 172 см. ЧД в покое – 18 в минуту. При перкуссии в легких ясный легочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное над всеми легочными полями. АД сидя -150/90 мм рт. ст. АД лежа -170/100 мм рт. ст., ЧСС – 100 в минуту. Тоны ритмичные, приглушены. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот увеличен за счет жирового слоя. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. Стул и диурез не изменены. При осмотре нижних конечностей: кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Проведено УЗИ органов брюшной полости: Печень: правая доля-150 мм (КВР:130-150), левая доля - 90 мм (КВР 50-60) контуры ровные, структура диффузно неоднородна, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок не изменен. Внутривеночные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы, 68-28 мм, стенка - 2 мм, содержимое эхонегативное. ОЖП- 6 мм (4-6 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, четкие, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Селезенка-48 см2 (до 50) не изменена. При обследовании глазного дна: выявлено сужение артерий, расширения и извитость венул, артериовенозные перекресты. В проекции правого надпочечника образование неправильной формы 30х27мм.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.
55	<p>Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, теплые на ощупь, периферических отеков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. Мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и</p>

	<p>мочевыделительной системы нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Определите тактику лечения данной больной. 5. Оценка эффективности проводимой терапии.
56	<p>На приеме у врача-терапевта участкового пациент М. 48 лет. Сахарный диабет 2 типа выявлен случайно при диспансеризации неделю тому назад. Медикаментозную терапию не получает. Из анамнеза: инфаркт миокарда, инсульт не переносил. Обратился к врачу-терапевту участковому для назначения лечения. Объективно: рост - 170 см, вес - 106 кг. Индекс массы тела (ИМТ) - 37,5 кг/м². Объем талии – 120 см. Кожа умеренной влажности, отложение подкожной клетчатки преимущественно в области живота. Дыхание везикулярное. Пульс - 76 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД - 160/90 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отеков нет.</p> <p>Представил результаты самоконтроля по глюкометру: глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л, глюкоза через 2 часа после еды – 10 ммоль/л. HbA1c - 7,5%. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумин – 46 г/л, общий билирубин – 13,1 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, АЛТ – 65, АСТ – 53. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) - 91 мл/мин.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте основной клинический диагноз сахарного диабета согласно современным требованиям. 2. Обоснуйте выбор индивидуального целевого уровня гликозилированного гемоглобина у данного пациента. Определите целевые параметры гликемии у данного пациента. 3. Определите объем дополнительного обследования пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при сахарном диабете 2 типа. 4. Определите тактику лечения пациента. 5. Определите показатели гликемического контроля, которые должны использоваться для оценки эффективности гипогликемизирующей терапии при динамическом наблюдении.
57	<p>Больная И. 23 лет на приеме в поликлинике жалуется на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, тремор, сердцебиение, ощущение «песка в глазах», слезотечение. Из анамнеза известно, что начало заболевания связывает с переутомлением. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Подкожно жировой слой развит умеренно (рост - 170 см., вес - 54 кг). Отмечается тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мобиуса положительные. Щитовидная железа увеличена до II степени, эластична, однородная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, громкие тоны. ЧСС - 120 ударов в минуту. АД - 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, иногда 2-3 раза в сутки.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза. 4. Назначьте лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи. 5. Показано ли больной с ДТЗ назначение глюкокортикоидов? Обоснуйте свой ответ.

2.3 Примеры решения задач для самостоятельной работы

Больная К, 50 лет. Жалобы на потемнение кожных покровов, выраженную слабость, раздражительность, тошноту, рвоту, поносы, чувство тяжести в эпигастриальной области,

усиливающиеся после еды, снижение аппетита, потерю массы тела за последний месяц на 10 кг. В течение последних дней на фоне стресса состояние ухудшилось: усилились пигментация кожи, слабость, исчез аппетит, появились сильные боли в животе, сопровождающиеся рвотой и жидким стулом. При осмотре: рост 163 см, масса тела 46 кг. Кожа сухая, бронзового цвета, выраженная пигментация в местах трения одеждой, в области ладонных складок кистей рук. Пульс 90 в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Границы сердца несколько уменьшены в размерах, тоны сердца приглушены, АД 80/50 мм.рт.ст. Из перенесенных заболеваний: вирусный гепатит, частые ОРВИ. В 30 летнем возрасте был длительный контакт с больным туберкулезом.

Вопросы и задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите схему обследования.
3. Дайте рекомендации по лечению.

Ответ:

1.Диагноз: Острая надпочечниковая недостаточность (ОНН) (развившаяся на фоне недиагностированной хронической надпочечниковой недостаточности).

Диагноз поставлен на основании жалоб:

1 стадия -ОНН усиление слабости и гиперпигментации кожных покровов и слизистых оболочек (при первичной ХНН); головная боль, нарушение аппетита, тошнота и снижение АД. Особенностью гипотензии при ОНН является отсутствие компенсации от гипертензивных лекарственных препаратов – АД повышается только в ответ на введение глюко- и минералокортикоидов.

2 стадия - резкая слабость, озноб, выраженные боли в животе, гипертермия, тошнота и многократная рвота с резкими признаками дегидратации, олигурия, сердцебиение, прогрессирующее падение АД.

3 стадия - коматозное состояние, сосудистый коллапс, анурия и гипотермия.

На основании анамнеза:

контакт с больным туберкулезом.

На основании данных объективного осмотра:

Гиперпигментация, признаки дегидратации (сухость кожи, тахикардия, гипотония), дефицит массы тела.

2.Обследование:

-Определение электролитов в сыворотке крови:

- резкое снижение содержания натрия (гипонатриемия) и хлоридов.
- гиперкалиемия
- изменение соотношение Na/K (снижение до 20 и ниже).

Определение глюкозы в сыворотке крови:

- гипогликемия;

Биохимический анализ крови:

- повышение уровня мочевины, остаточного азота.

КЩС крови:

- повышение гематокрита, уменьшение щелочности крови.

ОАМ:

- характерным является снижение выделения натрия с мочой, которое составляет менее 10 г за сутки;
- ОАК;

Определение гормонов:

- уровень кортизола в сыворотке (время забора крови с 8.00);
- уровень АКТГ в плазме крови (время забора крови 8.00);
- ренин в плазме крови (активность ренина плазмы – АРП).

3.Лечение:

- Быстрая инфузия 1000 мл изотонического физиологического раствора в течение первого часа или 5% раствор глюкозы в изотоническом растворе, с последующим непрерывным в/в введением изотонического раствора, руководствуясь индивидуальными потребностями пациента и уровнем АД.

-Гидрокортизон 100 мг внутривенно с последующим введением гидрокортизон 200 мг/сут в виде непрерывной инфузии в течение 24 ч, с уменьшением гидрокортизон 100 мг/сут на

следующий день и постепенным переходом на пероральный прием преднизолона при стабилизации состояния.

-При гипогликемии: декстроза 0,5-1 г / кг или 2-4 мл / кг р-р декстрозы 10% (максимальная разовая доза 25 г) медленно вливается со скоростью 2-3 мл / мин.

-Кардиомониторинг: ЭКГ

Больная И. 23 лет на приеме в поликлинике жалуется на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, тремор, сердцебиение, ощущение «песка в глазах», слезотечение. Из анамнеза известно, что начало заболевания связывает с переутомлением. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Подкожно жировой слой развит умеренно (рост - 170 см., вес - 54 кг). Отмечается тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость.

Симптомы Грефе и Мобиуса положительные. Щитовидная железа увеличена до II степени, эластична, однородная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту.

При аускультации сердца выслушивается систолический шум, громкие тоны. ЧСС - 120 ударов в минуту. АД - 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, иногда 2-3 раза в сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи.
5. Показано ли больной с ДТЗ назначение глюкокортикоидов? Обоснуйте свой ответ.

Ответ:

1.Диагноз: Диффузный токсический зоб 2 степени впервые выявленный. Офтальмопатия 1ст.

2.Диагноз поставлен на основании жалоб: слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, тремор, сердцебиение, ощущение «песка в глазах», слезотечение.

На основании анамнеза: начало заболевания связывает с переутомлением.

На основании данных объективного осмотра: кожные покровы влажные, припухлость век, снижение веса, тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мобиуса положительные, увеличение щитовидной железы до II степени, систолический шум, громкие тоны, тахикардия до 120 ударов в минуту, систолическая артериальная гипертензия.

3.Обследование:

-Гормональное исследование: ТТГ, свободный Т4, свободный Т3, Антитела к ТПО

-УЗИ исследование: УЗИ щитовидной железы. сцинтиграфия ЩЖ

-Кардиомониторинг: ЭКГ, ЭхоКГ

-БХ: АЛТ, АСТ, билирубин

-ОАК

-Консультация окулиста

4. Лечение:

Тиреостатическая терапия (тиамазол 30 мг) до нормализации Т4св., с дальнейшим снижением дозы на 5 мг в неделю до поддерживающей и приемом препарата до 18 месяцев. В дальнейшем после наступления эутиреоза и при стойкой стабилизации состояния со стороны сердечно-сосудистой системы необходима консультация хирурга для решения вопроса о возможности оперативного лечения.

5. Назначение глюкокортикоидов возможно с учетом офтальмопатии и отечного синдрома, но после консультации и рекомендации окулиста.

Пациентка Г. 50 лет поступила в тяжелом состоянии. При осмотре кожные покровы бледные нормальной влажности. Выраженные отеки на лице, ногах. ЧДД - 28 в минуту. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, там же выслушивается обилие влажных мелкопузырчатых хрипов. Пульс неправильный, около 100 в минуту, тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой, АД - 220/120 мм рт ст.. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см,

чувствительна при пальпации. Подкожная жировая клетчатка: развита избыточно, распределена преимущественно по абдоминальному типу. Диурез за последние сутки 200-300 мл. Рост 159 см. Вес 90 кг. Жалобы на выраженную общую слабость, одышку, отеки на лице и ногах, головную боль, жажду, сухость во рту. Из анамнеза известно, что сахарный диабет 1 типа верифицирован в возрасте 29 лет, на фоне избыточной массы тела, жалоб на полидипсию, полиурию. Гипергликемия составлял 17 ммоль/л. Пациентке были назначены диета и Манинил, однако декомпенсация сахарного диабета сохранялась: снижалась масса тела на 20кг в течение года, появился кетоацидоз. В 30 лет пациентке в отделении реанимации, назначена инсулинотерапия в базис-болюсном режиме. Обучена технике введения инсулина, оценки углеводов по системе ХЕ, расчету доз инсулина, однако режим инсулинотерапии не соблюдала, показатели сахара крови не контролировала. Со слов больной, белок в моче выявлялся с момента дебюта сахарного диабета на фоне хронической инфекции мочевых путей. Регулярно принимала канефрон, фитоллизин и антибиотики широкого спектра при обострении. С 40 лет стойкая протеинурия, артериальная гипертензия, отечный синдром. Пациентка соблюдала низкобелковую диету, получала гипотензивную и диуретическую терапию. В 45 лет повышение уровня креатинина достигло 300 мкмоль/л, снижение СКФ до 15 мл/мин. Диагностирована артериальная гипертензия, анемия, назначены препараты железа, верифицирована диабетическая ретинопатия обоих глаз, пролиферативная стадия. Проводились лазерная коагуляция сетчатки. В общем анализе крови: гемоглобин-80 г/л, СОЭ 50мм/час. В биохимическом анализе: глюкоза-15,6 ммоль/л, общий белок-0 г/л, мочевины-28ммоль/л, креатинин-452мкмоль/л, холестерин- 9,5 ммоль/л, калий – 6,8ммоль/л, натрий – 148ммоль/л. Диуреза при поступлении нет.

Вопросы и задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите схему обследования.
3. Дайте рекомендации по лечению.

Ответ:

1.Диагноз: Сахарный диабет 1 типа. Диабетическая ретинопатия, пролиферативная стадия, состояния после лазерной коагуляции сетчатки. Диабетическая нефропатия. ХБП а3 с5 стадии. Целевой уровень HbA1c менее 7,5%. Артериальная гипертензия 3степени, 3стадии, риск4. Анемия железодефицитная. Аритмия. Гиперхолестеринемия. Ожирение 3 степени (ИМТ-35,6). **Диагноз поставлен на основании жалоб:** выраженную общую слабость, одышку, отеки на лице и ногах, головную боль, жажду, сухость во рту, полидипсия, полиурия.

На основании анамнеза: сахарный диабет 1 типа верифицирован в возрасте 29 лет, на инсулинотерапии.

На основании данных объективного осмотра: кожные покровы бледные, выраженные отеки на лице, ногах, тахипноэ, дыхание ослаблено в нижних отделах, влажные мелкопузырчатые хрипы, пульс неправильный, около 100 в минуту, тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой, АД - 220/120 мм рт ст., печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, чувствительна при пальпации, подкожная жировая клетчатка: развита избыточно, диурез за последние сутки 200-300 мл.

2.Обследование:

- Гликированный гемоглобин, гликемический профиль и самоконтроль
- Контроль функции почек: контроль СКФ, креатинина
- Консультация нефролога для направление на гемодиализ, кардиолога.
- Кардиомониторинг: АД, ЭКГ, ЭхоКГ
- БХ: контроль липидов, электролитов (натрия, калия, фосфора)
- Исследование щитовидной железы:ТТГ, Т4св, Т3 св, АТПО.

3. Лечение

- Диета 7,8,9
- Инсулинотерапия базис-болюсная
- Гипотензивные (лучше ИАПФ, БРА, мочегонные)
- Коррекция анемии (стимуляторы эритропоэза, препараты железа)

3.ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ

№ Зада	Формулировка вопроса
-----------	----------------------

ния	
1	Принципы организации эндокринологической помощи в Российской Федерации, федеральный регистр больных сахарным диабетом и принципы лекарственного обеспечения эндокринных больных.
2	Эпидемиология сахарного диабета в мире и России, определение и классификация сахарного диабета.
3	Этиология, патогенез, и морфология сахарного диабета 1 и 2 типов.
4	Лабораторная диагностика нарушений углеводного обмена у взрослых и при беременности.
5	Стратификация лечебной тактики у больных сахарным диабетом в зависимости от уровня HbA1c
6	Целевые уровни гликированного гемоглобина, артериального давления и уровня липидов
7	Диагностические критерии сахарного диабета, Диагностические критерии нарушения толерантности к углеводам
8	Диагностические критерии гестационного и манифестного сахарного диабета у беременных.
9	Дифференциальная диагностика различных типов сахарного диабета.
10	Классификация острых осложнений сахарного диабета. Гипогликемическая кома: классификации, патогенез, клиника, лечение.
11	Диабетическая кетоацидотическая кома: клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, неотложная терапия.
12	Гиперосмолярное гипергликемическое состояние: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
13	Инсулинома: патогенез, клиника, диагностика, лечение, диагностика гипогликемических состояний.
14	Дифференциальная диагностика гипергликемических ком.
15	Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом.
16	Инсулинотерапия: показания, методики инсулинотерапии, осложнения.
17	Инициация, оптимизация, интенсификация инсулинотерапии.
18	Диагностика и ведение пациенток с нетипичными формами сахарного диабета (сахарного диабета типа Mody, ЛАДА).
19	Препараты сульфонилмочевины: показания, противопоказания, преимущество и недостатки.
20	Глиниды (меглитиниды): симуляция секреции инсулина. Показания, противопоказания, преимущество и недостатки.
21	Бигуаниды (метформин): снижение продукции глюкозы печенью, снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани. Показания, противопоказания, преимущество и недостатки.
22	Тиазолидиндионы (глитазоны): снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани, снижение продукции глюкозы печенью. Показания, противопоказания, преимущество и недостатки.
23	Ингибиторы α -глюкозидаз: замедление всасывания углеводов в кишечнике. Показания, противопоказания, преимущество и недостатки.
24	Ингибиторы дипептидилпептидазы-4: глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина, глюкозозависимое подавление секреции глюкагона, снижение продукции глюкозы печенью. Показания, противопоказания, преимущество и недостатки.
25	Ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа (глифлозины). Показания, противопоказания, преимущество и недостатки.
26	Клиническая фармакология агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1

27	Микроангиопатии, классификации. Клиника, диагностика, лечение, диабетической ретинопатии, показания к лазеркоагуляции сетчатки.
28	Диабетическая нефропатия. классификация, диагностика, основные клинические проявления, лечение.
29	Диабетическая нейропатия: классификации, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
30	Макроангиопатии: классификации, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
31	Ишемическая, нейропатическая и смешенные формы синдрома диабетической стопы: диагностика, клиника, лечение.
32	Критическая ишемия стопы, оказание к реваскуляризации.
33	Показатели углеводного обмена при заболеваниях надпочечников (глюкагонома, феохромоцитоме, альдостероме).
34	Особенности течения хирургических заболеваний у больных с сахарным диабетом, целевой уровень гликемии в периоперационном периоде.
35	Особенности ведения больных сахарным диабетом при хирургических вмешательствах.
36	Особенности течения углеводных нарушений при заболеваниях гипоталамо-гипофизарной системы: акромегалии, болезни Кушинга, соматостатиноме.
37	Гестационный сахарный диабет, особенности ведения беременных с сахарным диабетом.
38	Особенности течения и ведения пациентов с сахарным диабетом при хронической сердечной недостаточности.
39	Особенности ведения острого коронарного синдрома у больных с сахарным диабетом.
40	Сочетание сахарного диабета и ИБС, особенности клиники, диагностика, лечение.
41	Препараты выбора для лечения артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом.
42	Показания к инсулинотерапии у больных с острым нарушением мозгового кровообращения.
43	Препараты выбора для лечения хронической почечной недостаточности у больных с сахарным диабетом.
44	Особенности клиники и ведения пациентов с коморбидной кардиодиабетической патологией.
45	Лабораторная и инструментальная диагностика эндокринных заболеваний
46	Диффузный токсический зоб: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
47	Классификация заболеваний щитовидной железы.
48	Щитовидная железа, анатомия, физиология, биосинтез тиреоидных гормонов, механизм их действия.
49	Показания к хирургическому лечению диффузного токсического зоба, тиреотоксический криз: этиопатогенез, клиника, лечение.
50	Дифференциальный диагноз диффузного токсического зоба и токсической аденомы.
51	Йододефицитные состояния в том числе эндемический и узловой зоб: классификация, диагностика, лечение и профилактика.
52	Тиреоидиты: классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
53	Гипотиреоз: классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения (гипотиреоидная кома).
54	Аутоиммунная офтальмопатия: классификация, клиника, диагностика, лечение.

55	Узловые образования в щитовидной железе: классификация, диагностика, лечебная тактика.
56	Гипофиз, гипоталамус, анатомия, физиология, биосинтез тропных гормонов, механизм действия.
57	Особенность течения и тактика ведения беременной при заболеваниях щитовидной железы
58	Опухоли щитовидной железы: классификация, диагностика, лечение
59	Показания, противопоказания к лечению радиоактивным йодом, тактика ведения пациента после лечения радиоактивным йодом
60	Множественные эндокринный неоплазии: виды, компоненты
61	Пролактинома: клиника, диагностика, лечение, показания к медикаментозной, хирургической и лучевой терапии
62	Гипофизарный нанизм: классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение
63	Дифференциальный диагноз акромегалии и гигантизма
64	Болезнь Иценко-Кушинга: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика при гиперкортицизме (синдром Иценко-Кушинга, АКТГ-эктопированный синдром), лечение
65	Аденомы гипофиза: классификация, диагностика, методы лечения.
66	Основные клинические проявления и лечение нарушений секреции пролактина
67	Несахарный диабет: классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
68	Пангипопитуитаризм: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение
69	Классификация гормонально-активных опухолей коры надпочечников.
70	Надпочечники, анатомия, физиология, биосинтез гормонов, механизм действия.
71	Альдостерома: клиника, диагностика, лечение.
72	Хроническая надпочечниковая недостаточность: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение
73	Врожденная дисфункция коры надпочечников: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика при гиперандрогении, лечение
74	Инциденталомы: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ
75	Феохромоцитома: клиника, диагностика, лечение, осложнения (катехоламиновый криз)
76	Острая недостаточность коры надпочечников: этиология, патогенез, основные клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика
77	Оценка гипофизарно-надпочечниковых функциональных резервов.
78	Преждевременное половое развитие: причины, клиника, диагностика, лечение
79	Синдром поликистозных яичников: классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
80	Гипогонадизм: классификация. Первичный гипогонадизм, классификация, клиника, диагностика, лечение
81	Половые железы, анатомия, физиология, биосинтез гормонов, механизм действия
82	Крипторхизм и гермофродитизм, клинические проявления, ведение пациентов
83	Менопауза и климактерический синдром: клиника, диагностика, лечение
84	Дифференциальный диагноз гиперпаратиреоза и гипопаратиреоза
85	Остеопороз: классификация, клиника, диагностика, лечение
86	Фосфорно-кальциевый обмен в норме и при патологии
87	Реабилитация пациентов с ожирением и метаболическим синдромом.
88	Ожирение: этиология, клиника, диагностика и хирургическое лечение

4.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

а) Список рекомендуемой литературы

Основная:

1. 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>
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. Дедов, И. И. Эндокринология : национальное руководство / под ред. Дедова И. И. , Мельниченко Г. А. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-5083-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450833.html>

Дополнительная литература:

1. Дедов И.И., Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев - М. : Литтерра, 2015. - 416 с. - ISBN 978-5-4235-0159-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501594.html>
2. Шустов, С.Б. Функциональная и топическая диагностика в эндокринологии /С.Б. Шустов – Москва. – ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 272 с. ISBN 978-5-9704-4118-3 –Текст : электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441183.html>
3. Дедов, И. И. Персонализированная эндокринология в клинических примерах / под ред. И. И. Дедова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-5109-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451090.html>
4. 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>
5. Сахарный диабет : научно-практический журнал / Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии; Российская ассоциация эндокринологов. - Москва, 2019-2022. - Выходит 6 раз в год. - Изд. с 1998 г. - Включен в перечень науч. изд., рек. ВАК РФ. - URL : <https://dlib.eastview.com/browse/publication/67670>

Учебно-методическая:

Слободнюк Н. А. Учебно-методические рекомендации для практических занятий и самостоятельной работы ординаторов по дисциплине «Эндокринология» / Н. А. **Слободнюк**; УлГУ, ИМЭиФК. - Ульяновск : УлГУ, 2019. - Загл. с экрана; Неопубликованный ресурс. - Электрон. текстовые дан. (1 файл : 570 КБ). - Текст : электронный. <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Download/MObject/4907>

б) Программное обеспечение

СПС Консультант Плюс
НЭБ РФ
ЭБС IPRBooks
АИБС "МегаПро"
ОС Microsoft Windows
«МойОфис Стандартный»

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](http://window.edu.ru/) : федеральный портал . – URL: <http://window.edu.ru/> . – Текст : электронный.

6.2. [Российское образование](http://www.edu.ru/) : федеральный портал / учредитель ФГАУ «ФИЦТО». – URL: [http://www.edu.ru.](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.