

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине Эндокринология

направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина

направленность Эндокринология

Квалификация выпускника:
Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:
заочная

Н.Новгород
2018

Фонд оценочных средств по дисциплине «Эндокринология» предназначен для контроля знаний по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» и специальности 14.01.02 «Эндокринология».

Текущий контроль по дисциплине «Эндокринология» осуществляется в течение всего срока освоения данной дисциплины.

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «Эндокринология» проводится по итогам обучения и является обязательной.

1. Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине научной специальности 14.01.02 «Эндокринология»

Комп етенц ия (код)	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
		вид	количество
УК-1	<p><i>Знать:</i> основные методы научно-исследовательской деятельности в избранной профессиональной области, в том числе и в междисциплинарных областях;</p> <p><i>Уметь:</i> генерировать и анализировать варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные реализации этих вариантов;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Ситуационные задачи</p> <p>Тесты</p>	<p>14</p> <p>1</p> <p>45</p>
УК-5	<p><i>Знать:</i> современные подходы к моделированию научно-педагогической деятельности, требования общества, предъявляемые к науке и научным работникам;</p> <p><i>Уметь:</i> формулировать задачи своего личностного и профессионального роста, выбирать и эффективно использовать образовательные технологии, методы и средства обучения с целью обеспечения планируемого уровня личностного и профессионального развития, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками профессионально-творческого саморазвития;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Ситуационные задачи</p> <p>Тесты</p>	<p>12</p> <p>7</p> <p>27</p>

ОПК-4	<p><i>Знать:</i> алгоритм подготовки разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан к внедрению в практическое здравоохранение с учетом структуры современной системы здравоохранения;</p> <p><i>Уметь:</i> генерировать новые методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан с высоким потенциалом эффективности и целесообразности внедрения в практическое здравоохранение;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных научных результатов;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Тесты</p> <p>Рефераты</p>	<p>15</p> <p>8</p> <p>4</p>
ОПК-5	<p><i>Знать:</i> современные методы лабораторной и инструментальной диагностики;</p> <p><i>Уметь:</i> использовать современные технологии для получения научных результатов;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками реализации диагностических методов и анализа результатов полученных научных данных;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Ситуационные задачи</p> <p>Тесты</p>	<p>19</p> <p>3</p> <p>30</p>
ОПК-6	<p><i>Знать:</i> Основные способы рационального планирования профессионального обучения и развития</p> <p><i>Уметь:</i> Планировать научную и профессиональную деятельность</p> <p><i>Владеть:</i> Навыками профессионального самовоспитания и самообразования</p>	<p>Вопросы для собеседования</p>	<p>34</p>
ПК-4	<p><i>Знать:</i> источники информации по эндокринологии;</p> <p><i>Уметь:</i> ориентироваться и критически анализировать широкий контент информации в области эндокринологии;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками логического аргументируемого анализа;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Ситуационные задачи</p> <p>Тесты</p>	<p>15</p> <p>10</p> <p>67</p>

ПК-5	<p><i>Знать:</i> основные методы, используемые для лабораторной и инструментальной диагностики эндокринных заболеваний, значение специальных и дополнительных методов исследования для дифференциальной диагностики эндокринной патологии, методы поиска, обработки и использования информации по эндокринологии, принципы доказательной медицины для проведения системного анализа медицинской информации в области эндокринологии;</p> <p><i>Уметь:</i> определить необходимость специальных методов исследования и интерпретировать их результаты, собирать и обрабатывать клинико-эпидемиологические данные в области эндокринологии, использовать принципы доказательной медицины для проведения системного анализа медицинской информации, внедрять в практическое здравоохранение результаты научных исследований, современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации эндокринных заболеваний;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками проведения специальных клинических и лабораторных тестов по отдельным патологическим синдромам и постановки диагноза, проведения необходимой профилактики и лечения эндокринных заболеваний;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Тесты</p> <p>Рефераты</p>	<p>5</p> <p>14</p> <p>4</p>
ПК-6	<p><i>Знать:</i> современную международную классификацию болезней, критерии и стандарты оказания диагностической и лечебной медицинской помощи больным эндокринного профиля;</p> <p><i>Уметь:</i> оценить полученную информацию, используя международную классификацию болезней и других проблем, связанных со здоровьем, качество оказания медицинской помощи;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками определения патологических состояний в области эндокринологии, оценки качества оказания специализированной эндокринологической помощи в лечебных учреждениях;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Тесты</p> <p>Рефераты</p>	<p>11</p> <p>6</p> <p>11</p>

2. Перечень оценочных средств и форм их представления в ФОС

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства (в фонде)
1.	Разноуровневые задачи и задания	<p>А) Задания репродуктивного уровня. Позволяют оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины/модуля: тестовые задания (открытой и закрытой форм), простые ситуационные задачи с коротким ответом или простым действием, задания на установление правильной последовательности, задания на нахождение ошибок в последовательности (определить правильный вариант последовательности действий) и др.</p> <p>Б) Задания реконструктивного уровня. Позволяют оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей: задания на принятие решения в нестандартной ситуации, задания на оценку последствий принятых решений и эффективности выполнения действия, комплексные практические контрольные задания с многоходовыми решениями в типичной и в нестандартной ситуациях и др.</p> <p>В) Задания творческого уровня. Это частично регламентированные задания, имеющие нестандартное решение и позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения.</p>	Комплект разноуровневых ситуационных задач
2.	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося.	Вопросы по темам/разделам дисциплины, зачетные/экзаменационные вопросы
3.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающихся.	Фонд тестовых заданий

4.	Экзаменационные материалы	Итоговая форма оценки знаний	Перечень вопросов и заданий к экзамену по дисциплине
----	---------------------------	------------------------------	------------------------------------------------------

3. Критерии и шкала оценивания

код компетенции	оценка 5 «отлично»	оценка 4 «хорошо»	оценка 3 «удовлетворительно»	оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, УК-5, ОПК 4-6, ПК 4-6	<i>глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования</i>	<i>твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат</i>	<i>знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач</i>	<i>незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий</i>

4. Оценочные средства

3.1. Текущий контроль

3.1.1. Контролируемый раздел дисциплины «Гипоталамо-гипофизарные заболевания», формируемые компетенции УК-1, ОПК-4,6, ПК-6

3.1.1.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции УК-1:

1. Пангипопитуитаризм. Причины развития, клинические синдромы, диагностика. Тактика ведения больных.
 2. Акромегалия. Причины развития, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных
 3. Прололактинома. Клиника, диагностика, лечение
 4. Несахарный диабет. Диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных.
- 3.1.1.2. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ОПК-4,6:
1. Синдром гиперпролактинемии. Дифференциальная диагностика.
 2. Гипоталамический синдром пубертатного периода.
 3. Пероральные кортикостероиды. Осложнения при терапии глюкокортикостероидами.
- 3.1.1.3. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-6:
1. Болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика. Принципы лечения
 2. Гормонально-неактивные опухоли гипофиза. Тактика ведения больных.
 3. Синдром пустого турецкого седла. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
- 3.1.2. *Контролируемый раздел дисциплины «Заболевания щитовидных желез», формируемые компетенции УК-5, ОПК-5-6, ПК-4:*
- 3.1.2.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции УК-5:
1. Синдром тиреотоксикоза. Заболевания, сопровождающиеся тиреотоксикозом. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика.
 2. Диффузный токсический зоб (болезнь Базедова – Грейвса). Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика. Принципы лечения.
 3. Медикаментозная терапия при тиреотоксикозе. Показания, режимы терапии, осложнения.
 4. Терапия радиоактивным йодом при тиреотоксикозе. Показания, противопоказания, возможные осложнения.
 5. Токсическая аденома щитовидной железы. Дифференциальная диагностика и лечение
 6. Многоузловой токсический зоб. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика. Принципы лечения
 7. Тиреотоксический криз. Неотложная помощь.
 8. Эндокринная офтальмопатия. Классификация. Клинические проявления. Принципы терапии.
- 3.1.2.2. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ОПК-5-6:
1. Диффузный эутиреоидный зоб. Тактика лечения и мониторинг.
 2. Узловые образования в щитовидной железе. Дифференциальная диагностика. Клинические симптомы, характерные для рака.
 3. Тактика лечения и мониторинга узлового коллоидного пролиферирующего зоба.
 4. Йоддефицитные заболевания. Эпидемиология, спектр, профилактика, лечение. Состояние йодной обеспеченности в Нижегородской области.
 5. Рак щитовидной железы. Тактика ведения и прогноз в зависимости от морфологического типа опухоли.
 6. Ведение больных с патологией щитовидной железы при беременности
 7. Синдром гипотиреоза. Причины развития, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Принципы лечения.
 8. Лечение гипотиреоза. Критерии адекватности терапевтической дозы тироксина.

9. Субклинический гипотиреоз. Диагностика и принципы терапии.

3.1.2.3. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-4:

1. Особенности заместительной терапии гипотиреоза при наличии заболеваний сердца, у пожилых больных и при беременности.
2. Гипотиреодная кома. Неотложная терапия.
3. Хронический аутоиммунный тиреоидит. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика. Принципы лечения.
4. Подострый тиреоидит: диагностика, дифференциальный диагноз, лечение
5. Хронический безболезненный и послеродовой тиреоидит.
6. Острый тиреоидит. Диагностика и принципы лечения.
7. Синдром боли в щитовидной железе. Возможные причины. Дифференциальный диагноз.

3.1.3. Контролируемый раздел дисциплины «Заболевания паращитовидных желез», формируемые компетенции ПК-5, ПК-6:

3.1.3.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-5:

1. Синдром гиперпаратиреоза. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, течение и осложнения.
2. Синдром гипопаратиреоза. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, течение и осложнения.

3.1.3.2. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-6:

1. Гипопаратиреодная тетания. Неотложная помощь.
2. Гиперпаратиреодный шок. Неотложная терапия.
3. Остеопороз при эндокринной патологии: клиника, диагностика, лечение.

3.1.4. Контролируемый раздел дисциплины «Заболевания надпочечников», формируемые компетенции УК-1, ОПК-4,6:

3.1.4.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции УК-1:

1. Кортикостерома. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
2. Гипертонический криз при феохромоцитоме. Неотложная помощь.
3. Феохромоцитома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных.
4. Гормонально-неактивные опухоли надпочечников. Тактика ведения больных.
5. Гормонально-неактивные опухоли гипофиза. Тактика ведения больных.

3.1.4.2. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ОПК-4,6:

1. Альдостерома (синдром Конна). Клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных.
2. Андростерома. Клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных
3. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
4. Острая надпочечниковая недостаточность. Клинические проявления. Неотложная терапия.
5. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Формы. Клиническая картина. Диагностика. Заместительная терапия.

3.1.5. Контролируемый раздел дисциплины «Сахарный диабет», формируемые

компетенции УК-1, УК-2, ОПК-4-6, ПК-4, ПК-5, ПК-6

3.1.5.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции УК-1:

1. Определение сахарного диабета и его классификация. Типы сахарного диабета.
2. Критерии диагностики сахарного диабета и других нарушений углеводного обмена.
3. Критерии компенсации сахарного диабета 1 и 2 типа. Индивидуальные критерии компенсации. Определение степени тяжести сахарного диабета.
4. Сахарный диабет 2 типа. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
5. Сахарный диабет 1 типа. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.

3.1.5.2. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции УК-2:

1. Гестационный сахарный диабет. Критерии диагностики и компенсации.
2. Терапевтические цели при сахарном диабете 1 типа. Диетотерапия и рекомендации по режиму физических нагрузок. Ориентировочная потребность в ХЕ в сутки.
3. Инсулинотерапия у больных сахарным диабетом 1 типа. Режимы инсулинотерапии. Суточная потребность в инсулине и техника инъекций.
4. Терапевтические цели при сахарном диабете 2 типа. Выбор лечения в дебюте заболевания. Диетотерапия и рекомендации по режиму физических нагрузок.

3.1.5.3. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ОПК-4,6:

1. Пероральная сахаропонижающая терапия при сахарном диабете 2 типа. Алгоритм сахароснижающей терапии при сахарном диабете 2 типа.
2. Инсулинотерапия у больных сахарным диабетом 2 типа. Показания, цели. Комбинированная терапия и монотерапия инсулином.
3. Препараты и аналоги инсулина.
4. Диабетический кетоацидоз и кетоациidotическая кома. Причины. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и лечение.

3.1.5.4. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ОПК-5,6:

1. Гиперосмолярная некетоациidotическая кома. Причины. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и лечение.
2. Лактациidotическая кома. Провоцирующие факторы. Клиническая картина. Диагностика и лечение.
3. Гипогликемические состояния при сахарном диабете.
4. Диабетическая ретинопатия. Классификация, диагностика и лечение.
5. Ишемическая болезнь сердца у больных с сахарным диабетом: факторы риска, клинические особенности, профилактика и лечение.

3.1.5.5. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-4:

1. Особенности ведения больных с острыми формами ИБС и сахарным диабетом.
2. Диабетическая макроангиопатия нижних конечностей: факторы риска, диагностика, профилактика и лечение.
3. Диабетическая полинейропатия: факторы риска, диагностика, профилактика и лечение.
4. Синдром диабетической стопы. Классификация, диагностика, профилактика и лечение.

5. Рациональная гипотензивная терапия у больных с сочетанием артериальной гипертензии и сахарного диабета.
- 3.1.5.5. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-5:
1. Беременность и сахарный диабет. Факторы риска для матери и плода. Противопоказания к беременности. Тактика лечения при планировании и в период беременности.
 2. Выбор метода контрацепции при сахарном диабете.
 3. Принципы ведения больных с сахарным диабетом при хирургических вмешательствах

- 3.1.5.6. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-6:
1. Синдром хронической передозировки инсулина. Признаки. Тактика врача при утренней гипергликемии у пациентов с сахарным диабетом.
 2. Лекарственные средства, стимулирующие секрецию инсулина (секретагоги).
 3. Лекарственные средства, повышающие чувствительность периферических тканей к инсулину (сенситайзеры).
 4. Инкретиномиметики. Механизм действия. Показания и противопоказания.
 5. Обучение и самоконтроль в лечении больных сахарным диабетом.

3.1.6. Контролируемый раздел дисциплины «Нарушение пищевого поведения», формируемые компетенции ОПК-4,6:

- 3.1.6.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ОПК-4,6:
1. Нервная анорексия. Причины развития, клинические проявления, диагностика. Тактика ведения больных.
 2. Экзогенно-конституциональные формы ожирения. Клиника, подходы к лечению.
 3. Метаболический синдром: клинические признаки, диагноз, рекомендации.

3.1.7. Контролируемый раздел дисциплины «Болезни репродуктивной системы», формируемые компетенции ОПК-5,6:

- 3.1.7.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ОПК-5,6:
1. Синдром приобретенного и врожденного мужского гипогонадизма. Дифференциальная диагностика. Лечение.
 2. Формы гипофункции яичников (гипер-, гипо-, нормогонадотропная).
 3. Климактерический период. Клиника, дифференциальный диагноз.
 4. Синдром гиперандрогении у женщин. Клиническая характеристика. Дифференциально-диагностические мероприятия.
 5. Синдром гинекомастии. Причины. Дифференциально-диагностические мероприятия. Лечение.

3.1.8. Контролируемый раздел дисциплины «Синдромы полигландулярной недостаточности. Опухоли эндокринной части поджелудочной железы», формируемые компетенции ПК-4:

- 3.1.8.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-4:
1. Аутоиммунные полигландулярные синдромы. Определение. АПС 1 и 2 типов. Основные клинические критерии. Диагностика. Особенности лечения.
 2. Синдром множественных эндокринных неоплазий. Определение. МЭН 1 и 2 типов. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
 3. Синдром гипогликемии. Классификация. Клиническая характеристика. Дифференциально-диагностические мероприятия. Лечение.

3.2. Промежуточный контроль

3.2.1. Контролируемая компетенция УК-1:

3.2.1.1. Ситуационная задача:

Задача № 1

Больная Д. обратилась к эндокринологу с жалобами на бесплодие. В течение первых 8 лет супружеской жизни больная Д. и ее муж больше всего заботились о контрацепции. Они хотели иметь детей, но учеба, работа и финансовые обстоятельства вынудили их отложить вопрос о ребенке. Сейчас им по 34 года. Муж пациентки здоров. Сама она также здорова: 2 недели назад проходила медицинское обследование в связи со сменой места работы, при осмотре терапевта, невролога, окулиста патологии не выявлено; результаты общего анализа крови, мочи, флюорографии, УЗИ молочных желез – в пределах нормы. Девять месяцев назад Д. перестала пользоваться гормональными контрацептивами, которые она принимала с 20 лет. У нее один раз была менструация вскоре после прекращения приема контрацептивов, и несколько месяцев назад один или два раза были скудные кровянистые выделения из влагалища. Супруги имеют 3-4 половых акта в неделю, не пользуются никакими противозачаточными средствами, но до сих пор Д. не забеременела. Д. никогда не была беременна (роды — 0). Менструации начались примерно в 11 лет, и после нескольких лет нерегулярных менструаций установился регулярный цикл, который сохранялся с 16 до 20 лет, когда она начала принимать контрацептивы. Д. не принимает никаких лекарственных препаратов и не употребляет наркотики. Ее вес стабилен, она считает, что весит на 5-6 кг больше, чем нужно.

Данные физикального обследования

Внешне здоровая, хорошо упитанная женщина. Артериальное давление 110/68 мм рт. ст., пульс 78. ИМТ – 31 кг/м². При осмотре и пальпации молочных желез - образований нет, но при надавливании появляются несколько капель жидкости белесого цвета. В остальном – без патологии.

Данные дополнительных методов исследования

При осмотре гинеколога - нормально развитые наружные гениталии, влагалище и шейка матки в норме, бимануальное исследование — норма.

Рентгенологическое исследование легких в 2-х проекциях – без патологии.

Гормональные исследования: ТТГ – 0,4 мЕ/л, свТ4 – 18 пмоль/л, пролактин – 2000 мкЕд/мл.

МРТ головного мозга выявила аденому гипофиза, диаметром 0,3*0,3 см, без распространения за пределы турецкого седла.

По результатам обследования был поставлен диагноз пролактин-секретирующей аденомы гипофиза (пролактиномы).

Даны рекомендации:

Наблюдение гинеколога и нейрохирурга, контроль состояния полей зрения

Каберголин (достинекс) внутрь 0,5 мг 1 раз в неделю под динамическим контролем содержания пролактина в крови

Исследование уровня пролактина через 1 месяц

МРТ или КТ гипофиза через 6 месяцев

Задание:

- Полноте и правильности проведения расспроса, адекватности методов дополнительного обследования больной
- Полноте и правильности формулировки диагноза основного заболевания, сопутствующей патологии и /или осложнений
- Правильности выбора метода лечения
- Полноте и правильности данных рекомендаций

Эталон ответов:

Имеются врачебные ошибки

А (сбора информации):

необоснованное применение рентгенологического исследования легких в 2-х проекциях, неполное гормональное обследование

В (диагноз):

Не сформулирован диагноз сопутствующего ожирения I степени

С (лечение):

Неадекватные доза, кратность приема препарата, сроки динамического контроля пролактина

Д (преемственность)

Неполные рекомендации (не даны рекомендации о наблюдении эндокринолога, продолжительности лечения и кратности осмотров специалистов, указаны неверные сроки контроля пролактина).

3.2.1.2. Тестовое задание:

1. Причиной летального исхода у пациентов с акромегалией может быть:

А. печеночная недостаточность

Б. осложнения сахарного диабета

В. сердечная недостаточность

Г. гипергликемия

Д. гипогликемия

2. У пациентов с акромегалией при нарушении зрения показано:

А. хирургическое лечение

Б. лучевая терапия

В. применение парлодела

Г. сочетание лучевой и медикаментозной терапии

Д. сочетание хирургической и лучевой терапии

3. Поражение кожи и мягких тканей при акромегалии проявляется всем перечисленным, кроме:

А. грубые кожные складки

Б. себорея

В. профузная потливость

Г. алопеция

Д. бородавки

4. Соматотропный гормон обладает всеми перечисленными эффектами, кроме:

А. диабетогенного

Б. жиромобилизующего

В. анаболического

Г. катаболизма белков

Д. нарушение реабсорбции фосфора почками

5. Сдавление гипоталамуса и выше лежащих отделов ЦНС опухолью при акромегалии проявляется всем перечисленным, кроме:

А. аносмии

Б. нарушений зрения

В. лихорадки

- Г. диэнцефальной эпилепсии
 - Д. изменений характера сна
6. Наиболее достоверный лабораторный критерий диагностики активной фазы акромегалии:
- А. повышенная базальная концентрация соматотропного гормона в крови
 - Б. повышенная концентрация инсулиноподобного фактора роста в крови
 - В. повышенная базальная концентрация соматотропного гормона и уровня глюкозы в крови
 - Г. повышенная концентрация соматотропного гормона в вечерние часы
 - Д. нормальная базальная концентрация соматотропного гормона в крови исключает наличие акромегалии
7. Лечение активной стадии акромегалии при наличии аденомы гипофиза проводится всем перечисленным, кроме:
- А. хирургического лечения
 - Б. лучевой терапии
 - В. терапии соматостатином
 - Г. терапии бромкриптином
 - Д. только симптоматической терапии
8. Показанием к лучевой терапии соматотропиномы является:
- А. большие размеры опухоли
 - Б. отсутствие технической возможности оперативного лечения
 - В. неэффективная консервативная терапия
 - Г. наличие сахарного диабета
 - Д. сдавление зрительного нерва
9. Назначение бромкриптина может вызвать все перечисленное, кроме:
- А. повышения артериального давления
 - Б. сонливости
 - В. заложенности носа
 - Г. диспепсических явлений
 - Д. головной боли
10. Послеоперационными осложнениями хирургического лечения соматотропиномы является все перечисленное, кроме:
- А. менингита
 - Б. подъемы температуры тела
 - В. зрительных нарушений
 - Г. назальной ликвореи
 - Д. несахарного диабета
11. Этиологическими и провоцирующими факторами болезни Иценко-Кушинга является все перечисленное, кроме:
- А. опухоли гипофиза
 - Б. черепно-мозговые травмы
 - В. психические травмы
 - Г. опухоли надпочечников
 - Д. нейроинфекции

12. Гиперкортицизм обуславливает все перечисленное, кроме:
А. снижение АД
Б. нарушения углеводного обмена
В. ожирения
Г. снижения иммунитета
Д. остеопороза
13. Кожные изменения при болезни Иценко-Кушинга характеризуются всем перечисленным, кроме:
А. наличия стрий
Б. гипергидроза
В. фурункулеза
Г. внутрикожных кровоизлияний
Д. гирсутизма
14. Костные изменения при болезни Иценко-Кушинга могут проявляться всем перечисленным, кроме:
А. гиперостоза
Б. деформации и переломов костей
В. остеопороза
Г. болевого синдрома различной интенсивности
Д. задержки роста в детском возрасте
15. Стероидный диабет характеризуется всем перечисленным, кроме:
А. гиперинсулинемии
Б. эффекта от таблетированными сахароснижающими средствами
В. необходимости инсулинотерапии
Г. инсулинорезистентности
Д. стабильного течения
16. Лабораторными маркерами несахарного диабета является все перечисленное, кроме:
А. уменьшения потоотделения
Б. снижения объема мочи
В. снижения удельного веса мочи
Г. сухости кожи
Д. полидипсии
17. Причиной развитие несахарного диабета является все перечисленное, кроме:
А. дефицитом антидиуретического гормона
Б. резистентностью к действию АДГ
В. мутацией гена рецептора АДГ
Г. генетическими дефектами синтеза АДГ
Д. гипокальциемия
18. Синдром Нельсона развивается в результате:
А. туберкулеза надпочечников
Б. неадекватной заместительной терапии после двусторонней адреналэктомии
В. аутоиммунного поражение надпочечников
Г. злокачественного образования в надпочечнике

- Д. недостаточной секреции АКТГ
19. Особенностью нарушений углеводного обмена при болезни Иценко-Кушинга является:
- А. склонность к кетоацидозу
 - Б. инсулинорезистентность
 - В. гипогликемические состояния
 - Г. необходимость инсулинотерапии
 - Д. склонность к гиперосмолярности
20. Для болезни Иценко-Кушинга наиболее характерно:
- А. гиперкалиемия
 - Б. гипонатриемия
 - В. гиперкальциемия
 - Г. увеличение активности щелочной фосфатазы
 - Д. гипокалиемия
21. При тяжелой форме болезни Иценко-Кушинга отмечается:
- А. равномерное распределение подкожного жирового слоя
 - Б. патологические переломы костей
 - В. транзиторная артериальная гипертензия
 - Г. усиление дифференцировки и роста скелета
 - Д. сохранение менструального цикла
22. Этиологическими факторами гипоталамического синдрома пубертатного периода является все перечисленное, кроме:
- А. передание
 - Б. хронические инфекции
 - В. стресс
 - Г. интоксикация
 - Д. травмы черепа
23. Дифференциальная диагностика гипоталамического синдрома пубертатного периода проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:
- А. ожирения
 - Б. АКТГ-эктопированного синдрома
 - В. кортикостеромы
 - Г. болезни Иценко-Кушинга
 - Д. гипотиреоза
24. Лечение гипоталамического синдрома пубертатного периода включает все перечисленное, кроме:
- А. лучевой терапии на область гипофиза
 - Б. физических нагрузок
 - В. диетотерапии
 - Г. санации очагов инфекции
 - Д. применения гипотензивных препаратов
25. Профилактические мероприятия при гипоталамическом синдроме пубертатного периода включают все перечисленное, кроме:

- А. снижение массы тела при наличии ожирения
 - Б. поддержание нормального уровня АД
 - В. применение ингибиторов стероидогенеза
 - Г. санация очагов инфекции
 - Д. лечение хронических заболеваний
26. Причинами первичного пангипопитуитаризма является все перечисленное, кроме:
- А. ишемический некроз гипофиза
 - Б. лимфоцитарный гипофизит
 - В. синдром пустого турецкого седла
 - Г. опухоли области турецкого седла
 - Д. опухоли ЦНС
27. Гипофизарная кома при синдроме Симмондса сопровождается:
- А. прогрессирующим гипокортицизмом и гипотиреозом
 - Б. прогрессирующим гиперкортицизмом
 - В. тиреотоксическим кризом
 - Г. прогрессирующим гипогонадизмом
 - Д. поражением ЦНС
28. Для дифференциальной диагностики почечной формы несахарного диабета и диабета центрального генеза необходимо:
- А. назначить пробный курс минералокортикоидами
 - Б. проба с сухоедением
 - В. проведение водной нагрузки
 - Г. исследование функции почек
 - Д. пробное назначение АДГ
29. Для синдрома Шиена характерно все перечисленное, кроме:
- А. развития заболевания после родов
 - Б. кахексии
 - В. снижения функции щитовидной железы
 - Г. атрофии молочных желез
 - Д. снижения половой функции
30. Дифференциальную диагностику гипопитуитаризма следует проводить со всеми перечисленными состояниями, кроме:
- А. алиментарной дистрофией
 - Б. первичной недостаточности яичников
 - В. тиреотоксикоза
 - Г. злокачественных новообразований
 - Д. хронических нейроинфекций
31. Больные с гипоталамо-гипофизарной недостаточностью без адекватной терапии могут погибнуть от всего перечисленного, кроме:
- А. острой надпочечниковой недостаточности
 - Б. гипотиреоидной комы
 - В. сердечно-сосудистой недостаточности
 - Г. присоединившейся острой инфекции
 - Д. гонадотропной недостаточности

32. Клиническими проявлениями синдрома гиперпролактинемии является все перечисленное, кроме:
- А. бесплодия
 - Б. аменореи
 - В. повышения АД
 - Г. зрительные нарушения
 - Д. галакторея
33. При наличии аденомы гипофиза могут возникнуть все перечисленные осложнения, кроме:
- А. битемпоральной гемианопсии
 - Б. повышения функции надпочечников
 - В. гипопитуитаризма
 - Г. острого кровоизлияния в опухоль
 - Д. сдавления опухолью жизненно важных центров головного мозга
34. Ятрогенная галакторея развивается при длительном применении всех перечисленных препаратов, кроме:
- А. верапамил
 - Б. метоклопрамид
 - В. галоперидол
 - Г. метилдопа
 - Д. спиронолактон
35. Основными проявлениями гиперпролактинемии у мужчин является все перечисленное, кроме:
- А. бесплодие
 - Б. снижение либидо
 - В. нормальный сперматогенез
 - Г. гинекомастия
 - Д. снижение потенции
36. Лечение синдрома гиперпролактинемии неопухолевого генеза заключается в назначении:
- А. рентгенотерапии на область гипофиза
 - Б. назначение агонистов дофамина
 - В. оперативное удаление
 - Г. введение радиоизотопа в гипофиз
 - Д. телегамматерапии
37. Учитывая суточный ритм пролактина, основную дозу агонистов дофамина необходимо назначать:
- А. после завтрака
 - Б. после обеда
 - В. после ужина
 - Г. перед сном
 - Д. в любое время
38. Феномен макропролактинемии требует:

- А. оперативного лечения
 - Б. назначения агонистов дофамина в высоких дозах
 - В. назначения агонистов дофамина в минимально эффективных дозах
 - Г. протонотерапии на область гипофиза
 - Д. не требует лечения
39. Показанием для хирургического лечения синдрома гиперпролактинемии не является:
- А. высокий уровень пролактина
 - Б. негипофизарная опухоль с эктопической продукцией пролактина
 - В. неэффективность консервативной терапии
 - Г. сужение полей зрения
 - Д. пролактинома с прогрессирующим ростом
40. При обнаружении гормонально-неактивной опухоли гипофиза размером до 10 мм необходимо:
- А. плановая операция
 - Б. динамическое наблюдение
 - В. протонотерапия
 - Г. рентгенотерапия
 - Д. пункционная биопсия
41. Причиной синдрома пустого турецкого седла может быть:
- А. внутричерепная гипертензия
 - Б. пролактинома
 - В. аденома гипофиза
 - Г. нейроинфекция
 - Д. опухоль мозга
42. Триада Уиппла это:
- А. симптомокомплекс, характерный для синдрома гипергликемии
 - Б. симптомокомплекс, характерный для синдрома гипогликемии
 - В. симптомокомплекс, характерный для синдрома внутричерепной гипертензии
 - Г. симптомокомплекс, характерный для гипопитуитаризма
 - Д. симптомокомплекс, характерный для синдрома гиперпролактинемии
43. Синдром Прадера-Вилли характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
- А. выраженным ожирением
 - Б. дыхательными расстройствами во время сна
 - В. гонадотропной недостаточностью
 - Г. избытком гормона роста
 - Д. мышечной гипотонией
44. Применение дофаминомиметиков у женщины с пролактиномой во время беременности может привести:
- А. к тератогенному эффекту
 - Б. к развитию пороков сердца у ребенка
 - В. к развитию респираторного дистресс-синдрома у ребенка
 - Г. к развитию патологии ЖКТ

Д. не оказывает влияния

45. У больных с синдромом Пархона выявляются все перечисленные жалобы, кроме:
- А. олигоурии
 - Б. задержки жидкости в организме
 - В. прибавки массы тела
 - Г. похудения
 - Д. отеков различной локализации

Ответы:

1-В	6-Б	11-Г	16-В	21-Б	26-В	31-Д	36-Б	41-А
2-А	7-В	12-А	17-Д	22-В	27-А	32-В	37-Г	42-Б
3-Г	8-Б	13-Б	18-Б	23-Д	28-Д	33-Д	38-Д	43-Г
4-Д	9-В	14-А	19-Б	24-А	29-Г	34-Г	39-Г	44-В
5-Д	10-В	15-В	20-Д	25-В	30-В	35-В	40-Б	45-Г

3.2.2. Контролируемая компетенция УК-5:

3.3.2.1. Ситуационные задачи:

Задача № 1

Название нозологии – послеродовой тиреоидит.

Проблема – недооценка данных анамнеза, приводящая к неправильному назначению обследования пациента и неверной установке диагноза (Болезнь Грейвса вместо послеродового тиреоидита в фазе тиреотоксикоза). В связи с этим неверно назначено лечение, что привело к усугублению тяжести последующего гипотиреоза и неадекватному его лечению.

Описание случая.

Пациентка Л, 24 лет направлена на консультацию эндокринолога с жалобами на сердцебиение, потливость, раздражительность с подозрением на тиреотоксикоз.

Из анамнеза – ранее никакими заболеваниями, кроме простудных, не страдала, семейный анамнез не отягощен. 1 месяц назад – первые роды, беременность и роды протекали без осложнений. Через 1-2 недели стала отмечать раздражительность, сердцебиение, которые связывала с плохим сном. При обращении к терапевту заподозрен тиреотоксикоз, направлена на консультацию.

Объективно – состояние удовлетворительное. АД 120/75, ЧСС 100 уд/мин, тоны сердца ритмичные ясные, шумов нет. Кожные покровы влажные, теплые. Положительные симптомы Штельвага, Грефе. Щитовидная железа увеличена до 1 степени, без пальпируемых узловых образований, симметрична, безболезненна, смещается. В остальном – без патологических отклонений.

Назначено лабораторно-инструментальное обследование – ТТГ 0 (0,4-4,1), св. Т4 26 (9,1-19,4), в общем анализе крови – без отклонений от нормы, АсАТ, АлАТ, креатинин, глюкоза – в пределах нормальных значений. УЗИ щитовидной железы – общ.объем 26 см³, эхоструктура диффузно-неравномерная с очагами гипоехогенности, без узловых образований.

Установлен диагноз: Диффузный токсический зоб 1 степени, тиреотоксикоз средней тяжести. Начато лечение – мерказолил 30 мг/сут, растительные седативные препараты – пустырник, валериана. Прекращено грудное вскармливание. При повторной явке через 2 недели пациентка предъявляет жалобы на утомляемость, появление отеков на лице, ногах. Объективно - ЧСС 56 уд/мин, АД 110/60, отеки лица, ног. В остальном – без изменений.

св.Т4 5,1. Состояние расценено как передозировка мерказолила, препарат отменен на 3 дня, далее – прием 10 мг/сут, повторная явка через 1 неделю.

- Решение задачи.

Ошибки – не учтён факт недавних родов, в связи с чем должен был быть заподозрен послеродовой тиреоидит. В связи с этим не назначено дополнительное обследование – сканирование щитовидной железы с целью оценки захвата радиофармпрепарата.

При наличии послеродового тиреоидита – неправильно назначено лечение, применение тиреостатиков не показано и привело к более быстрому и тяжелому гипотиреозу, в лечение не включены бета-блокаторы. После обнаружения гипотиреоза – не назначена заместительная терапия левотироксином.

При правильном лечении грудное вскармливание могло бы быть возобновлено после выведения РФП.

Задача № 2

Название нозологии – многоузловой эутиреоидный зоб. Послеоперационный гипотиреоз.

Проблема – неправильно оценены результаты лабораторно-инструментального обследования, в связи с чем неправильно определены показания к оперативному лечению. В послеоперационном периоде неправильно назначено лечение, что привело к развитию послеоперационного гипотиреоза.

Описание случая.

Пациентка Н, 62 лет обратилась к эндокринологу в связи с дискомфортом в области шеи, при осмотре выявлено увеличение щитовидной железы до 2 степени (ВОЗ) с множественными пальпируемыми узловыми образованиями, железа безболезненна, смещается.

Перенесенные заболевания – страдает артериальной гипертензией около 10 лет, постоянно принимает конкор 5 мг/сут и индап 2,5 мг/сут, обычный уровень АД 130-140/80-90. В молодом возрасте выявлялось увеличение щитовидной железы, по поводу которого несколько лет принимала препараты йода. Других заболеваний не было. Семейный анамнез не отягощен.

При осмотре кроме выявленных изменений щитовидной железы – без особенностей. АД 130/80, ЧСС 64 в мин, тоны сердца ритмичные, ясные.

Назначено обследование, получены результаты – ТТГ 2,6 (0,4-4,1), св.Т4 15,7 (9,1-19,6), АТПО 0. УЗИ ЩЖ – общий объем 44 мл, в обеих долях – конгломераты узлов до 4 см в диаметре. ФГДС – признаки рефлюкс-эзофагита 1 степени, рентгенография пищевода с контрастированием – без особенностей. КТ шеи – типичная картина многоузлового зоба, без признаков лимфаденопатии.

В связи с большим размером узлов щитовидной железы состояние расценено как высокий риск рака щитовидной железы, пациентка направлена для хирургического лечения. Была выполнена тиреоидэктомия – по результатам интраоперационного гистологического исследования мазков-отпечатков картина коллоидного зоба.

Ранний послеоперационный период – без осложнений. Для оценки тиреоидного статуса и решения вопроса о дальнейшем лечении назначен контроль ТТГ через 2 недели после операции.

- Решение задачи

Неверно интерпретированы результаты УЗИ ЩЖ так как размер узлов не является признаком злокачественного роста. Ошибочно не назначено дополнительное диагностическое исследование – тонкоигольная аспирационная биопсия узлов, что не позволило установить диагноз многоузлового коллоидного эутиреоидного зоба, не являющегося самостоятельным показанием к хирургическому лечению. Избыточно назначена компьютерная томография.

В послеоперационном периоде после тиреоидэктомии неправильно определена тактика лечения, не назначена заместительная терапия тиреоидными гормонами в первые дни после операции, неправильно определена тактика наблюдения – необходим контроль св.Т4 через 2 недели после старта заместительной терапии, далее – контроль ТТГ через 2-3 месяца.

Задача № 3

Название нозологии – диффузный токсический зоб, эндокринная офтальмопатия.

Проблема – при назначении терапии неправильно интерпретированы результаты обследования, в связи с чем неправильно выбрана тактика лечения, назначен тиреостатический препарат при наличии противопоказаний, что привело к развитию осложнения – агранулоцитоза. Ошибочно не назначены глюкокортикоиды.

Описание случая

Пациентка Г, 30 лет направлена на консультацию эндокринолога с жалобами на потливость, раздражительность, плохой сон, утомляемость, сердцебиение при нагрузке, тремор рук, слезотечение, фотофобию, ощущение «песка в глазах». Симптомы отмечает на протяжении нескольких месяцев.

При объективном обследовании – состояние удовлетворительное, кожные покровы теплые влажные, ЧСС 100 в мин, АД 140/60 мм рт.ст., тоны сердца ритмичные, систолический шум над верхушкой. Дыхание везикулярное хрипов нет. Живот мягкий безболезненный. Отеков нет. Щитовидная железа увеличена, симметрична, безболезненна, смещается. При осмотре отмечается инъекция склер.

В анамнезе ОРВИ, перенесенное около 2 месяцев назад. В остальном – без особенностей.

При лабораторно-инструментальном обследовании ТТГ 0, св. Т4 42 (9-19), УЗИ щитовидной железы – объем 46 мл, эхоструктура диффузно-неоднородная с очагами гипозэхогенности, без узловых образований. Проведена сцинтиграфия ЩЖ с I^{131} – накопление РФП диффузно неоднородное по всей ткани железы. Захват РФП через 4 часа – 52%, 24 ч – 87%.

Установлен диагноз – Диффузный токсический зоб 2 степени, тиреотоксикоз средней тяжести. В лечении пациентке назначен мерказолил 40 мг/сут, метопролол 50 мг 2 р/сут, повторная явка через 2 недели. Рекомендована консультация офтальмолога для назначения местного лечения в связи с наличием признаков конъюнктивита.

Через 2 недели пациентка на визит не явилась в связи с лихорадкой, симптомами ОРЗ, которые возникли за 3 дня до запланированного визита. Получала симптоматическую терапию, наблюдалась участковым терапевтом на дому. На фоне лечения у пациентки развилась ангина, в связи с чем она была госпитализирована в инфекционный стационар. При госпитализации в ОАК гемоглобин 136 г/л, лейкоциты $1,6 \times 10^9$ /л, Ne 20%, Li 60%, Мо 18%, Eos 2%.

- Решение задачи.

При первичном обследовании пациентки были назначены общий анализ крови, печеночные пробы, что является обязательным перед началом лечения мерказолилом. Не является необходимым проведение сцинтиграфии щитовидной железы. Пациентка не направлена для оценки состояния орбит – УЗИ или КТ орбит.

Не диагностирована эндокринная офтальмопатия, состояние неверно расценено как конъюнктивит, не назначены глюкокортикоиды.

Не назначен контроль ОАК на фоне лечения мерказолилом, с пациенткой не обсуждены возможные побочные эффекты, что привело к несвоевременной диагностике агранулоцитоза и инфекционным осложнениям.

Задача № 4

Название нозологии – хронический аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз.

Проблема – назначение заместительной терапии гипотиреоза в неадекватных дозах, ненужные дополнительные обследования.

Описание случая:

Пациентка К, 28 лет обратилась с жалобами на слабость, утомляемость, сонливость, депрессию, зябкость, выпадение волос, повышение веса. Симптомы присутствуют последние несколько месяцев. Анамнез без особенностей, хроническими заболеваниями не страдает.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, холодные и сухие, гиперкератозы в местах трения. АД 130/90, ЧСС 60 уд/мин, дыхание везикулярное хрипов нет, живот мягкий безболезненный. Отеки ног до колен. Вес 80 кг, рост 165 см. Заподозрен гипотиреоз.

Назначено дообследование – ОАК Нв 103 г/л, Эр. $2,4 \times 10^{12}/л$, Ле $4,5 \times 10^9/л$, формула крови без отклонений. ТТГ 45(0,4-4), св. Т4 5,4 (9-19). ОАМ – без особенностей. УЗИ ЩЖ – объем железы 4 мл, эхогенность повышена, без узловых образований.

Установлен диагноз – Хронический аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз средней тяжести. Рекомендовано начать терапию – левотироксин 25 мкг утром натощак, контроль ТТГ через 2 месяца терапии для решения вопроса о коррекции дозы.

Через 2 месяца – самочувствие без изменений, ТТГ 40. Отмечает пропуск менструации, не исключается беременность.

- Решение задачи:

На этапе диагностики у пациентки не установлен диагноз анемии легкой/средней тяжести и не назначено дополнительное дообследование для уточнения характера анемии. Не оценена липидограмма.

Назначенные дозы левотироксина неадекватны. В данном случае пациентке следует сразу назначить полную заместительную дозу левотироксина с контролем св. Т4 через 2 недели. Назначение малых доз и длительный период до контроля тиреоидного статуса ведут к задержке достижения эутиреоза и усугублению патологии.

Пациентке не была разъяснена важность контрацепции до достижения стабильного состояния эутиреоза на фоне медикаментозной терапии, что – при подтверждении беременности – приведет к высокому риску аномалий развития плода.

Задача № 5

Больная Д. обратилась к эндокринологу с жалобами на утомляемость, уменьшение массы тела на 6,8 кг, непереносимость жары, сердцебиения и раздражительность. Ей 27 лет, она работает в салоне красоты. У нее двое здоровых детей, 2 и 4 лет. Хотя Д. была довольна тем, что похудела, она была в то же время удивлена. Она считала, что при росте 160 см весит слишком много — 61,2 кг. После рождения второго ребенка ей не удавалось сбросить вес с помощью диет, но за последние 3 месяца, несмотря на обычный рацион питания, ее вес снизился до 57,4 кг. Основной проблемой является утомляемость. Кроме того, появилась раздражительность, что огорчает ее мужа, детей и клиентов. Ей все время жарко, и она постоянно выключает отопительную батарею.

Физикальное обследование. Худощавая женщина с большими глазами, неспособная спокойно сидеть в приемной или в кабинете. Кожа теплая, сухая. Артериальное давление 140/60 мм рт. ст., пульс 110. Глазная щель – обычных размеров. Видимая при осмотре и пальпируемая щитовидная железа плотновата, диффузно увеличена в размерах в 2-3 раза. Неврологический статус - норма, кроме раздражительности, выраженных сухожильных рефлексов и мелкого тремора при вытягивании рук.

Проведено дополнительное обследование.

УЗИ ЩЖ: диффузная гиперплазия ЩЖ, снижение эхогенности тиреоидной ткани, узловых образований нет, объем правой доли – 16 см³, левой – 14 см³.

При рентгенографии черепа область турецкого седла не изменена.

ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, с ЧСС 110 в минуту.

Лабораторные данные: общий анализ крови, мочи – без патологии, АсАТ, АлАТ, ГГТ – в пределах нормы; свТ4 – 28 пмоль/л, свТ3 – 7,3 пмоль/л; ТТГ - 0,05 мЕ/л, АТПО – 330 МЕ/мл, АТ-рТТГ - 3,0 Ед/л (N<1,0 Ед/л).

На основании полученных данных был сделан вывод о наличии аутоиммунного заболевания ЩЖ с признаками тиреотоксикоза. Для дифференциальной диагностики между болезнью Грейвса и «хашитоксикозом» планировалось проведение ТАБ и исследование йодпоглощительной функции ЩЖ, от которых больная отказалась из-за страха перед «радиацией» и инвазивными исследованиями.

По результатам обследования был поставлен рабочий диагноз: ДТЗ (болезнь Грейвса), зоб II степени, тиреотоксикоз тяжелого течения.

Даны рекомендации:

Наблюдение эндокринолога

Назначение мерказолила в дозе 30 мг в сутки на 2-3 приема в течение 3-4 недель до достижения клинических и лабораторных признаков эутиреоза, с последующим проведением оперативного лечения (показано в связи со значительными размерами зоба)

Прием пропранолола 60 мг/сут до достижения эутиреоза

Контроль свТ4, свТ3 через 4 недели терапии

Задание:

- Полноте и правильности проведения расспроса, адекватности методов дополнительного обследования больной
- Полноте и правильности формулировки диагноза основного заболевания, сопутствующей патологии и /или осложнений
- Правильности выбора метода лечения
- Полноте и правильности данных рекомендаций

Эталон ответов:

Имеются врачебные ошибки

А (сбора информации):

необоснованное применение рентгенологического исследования черепа, переоценка риска хашитоксикоза и планирование дополнительных исследований для его исключения

В (диагноз):

Неточная формулировка диагноза основного заболевания, переоценка тяжести тиреотоксикоза.

С (лечение):

Выбор оперативного лечения не достаточно обоснован (в качестве причины выбора оперативного метода лечения заявлены размеры зоба, однако объем ЩЖ по УЗИ менее 40 см³).

Доза и кратность приема пропранолола не соответствуют тяжести проявлений тиреотоксикоза

Д (преемственность)

Неполные рекомендации (не даны рекомендации о необходимости и сроках контроля лейкоцитов и лейкоцитарной формулы во время приема мерказолила).

Задача № 6

Больная С., 82 лет, худощавая женщина, была привезена дочерью. Зоб у нее отмечается на протяжении почти всей взрослой жизни, но до последнего года тестирование функции щитовидной железы давало нормальные результаты. В течение последних 6 месяцев у этой ранее активной женщины развились сонливость и заторможенность. Масса тела почти не

изменилась. Характерных для тиреотоксикоза симптомов при опросе не выявлено. Из перенесенных заболеваний отмечает перенесенный 2 года назад инфаркт миокарда, протекавший без осложнений; приступы стенокардии в настоящее время не беспокоят; наблюдается кардиологом и постоянно принимает тромбо-асс в дозе 100 мг/сут.

Физикальное обследование: заторможенная пожилая женщина, при опросе равнодушна, но контактна. Артериальное давление 140/80 мм рт. ст., пульс 77 – 130 в минуту, неритмичный. Веки закрываются нормально, глазные яблоки не выбухают. Визуально и пальпаторно легко определяется многоузловой зоб.

Проведено дополнительное обследование.

УЗИ ЩЖ: диффузно-узловая гиперплазия ЩЖ, экзогенность нормальная, имеются узловые образования (в правой доле – 3 узла размером 1,0*0,9 см; 1,1*1,5 см и 1,4*1,0 см; в левой доле 2 узла диаметром 1,3*1,0 см и 1,8*1,2 см), объем правой доли – 17 см³, левой – 16 см³. От проведения ТАБ отказалась. На ЭКГ мерцательная аритмия, частота желудочковых сокращений 80 – 126 в минуту. Сцинтиграмма щитовидной железы: железа увеличена, распределение изотопа неравномерное, выявляются «горячие» узлы. Захват радиоактивного йода составил 48% через 24 часа (N 10-25 %).

Лабораторные данные: общий анализ крови, мочи – без патологии; свТ4 – 30 пмоль/л, свТ3 – 9,3 пмоль/л; ТТГ - 0,03 мЕ/л; АТ-рТТГ - <1,0 Ед/л; тиреоглобулин – 45 нг/мл.

По результатам обследования был поставлен диагноз: многоузловой токсический зоб, тиреотоксикоз тяжелого течения.

Даны рекомендации:

Наблюдение эндокринолога

Назначение тиамазола в дозе 30 мг в 1 раз в сутки в течение 4 недель до достижения клинических и лабораторных признаков эутиреоза, с последующим проведением терапии радиоактивным йодом

Задача № 7

Больная М., 36 лет, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отечность лица, нерегулярные месячные. Считает себя больной в течение последних 1,5 лет. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 12 кг за период болезни.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, повышенного питания (рост 162 см, вес 90 кг). Кожа бледная, сухая, на голених выражено шелушение кожи. Имеется отечность лица, ног. Щитовидная железа не пальпируется. В области шеи имеется послеоперационный рубец. Голос грубый. Больная медлительная. Тоны сердца приглушены, сокращения ритмичные. Пульс 56 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание с жестковатым оттенком. Язык утолщен, по краям - следы зубов. Живот несколько вздут, запоры. Печень и селезенка не увеличены.

Задание:

- Установить предварительный диагноз.
- Наметить план дополнительного обследования.
- Провести дифференциальную диагностику.
- Определить тактику лечения.

Эталон ответов:

- Диагноз: послеоперационный гипотиреоз.
- Диагностика: определение св. Т3, св. Т4, ТТГ; общий анализ крови; липидограмма; УЗИ щитовидной железы; ЭКГ
- Дифференциальная диагностика с ожирением различного генеза, с нефротическим синдромом.
- Лечение: заместительная терапия тиреоидными гормонами

3.3.2.2. Тестовые задания:

1. Согласно классификации ВОЗ (2001) для 2 степени зоба характерно:
 - А. зоб пальпируется, но не виден при нормальном положении шеи
 - Б. пальпируются узловые образования, не приводящие к увеличению щитовидной железы
 - В. при пальпации объем каждой доли не превышает объем дистальной фаланги большого пальца руки обследуемого
 - Г. при пальпации объем каждой доли превышает объем дистальной фаланги большого пальца руки обследуемого, но не виден при нормальном положении шеи
 - Д. зоб четко виден при нормальном положении шеи

2. Механизм действия радиоактивного йода при диффузном токсическом зобе обусловлен:
 - А. воздействие на клетки фолликулярного эпителия с замещением их соединительной тканью
 - Б. воздействие на аутоиммунный процесс в щитовидной железе
 - В. блокирование поступления йода в щитовидную железу
 - Г. торможение превращения тироксина в трийодотиронин
 - Д. блокирование ТТГ

3. Третичный гипотиреоз обусловлен:
 - А. аденомой гипофиза
 - Б. синдромом Симмондса-Шиена
 - В. недостатком введения в организм йода
 - Г. первичным поражением гипоталамуса
 - Д. радиационным поражением щитовидной железы

4. В йоддефицитной местности препараты йода необходимо назначить:
 - А. беременной с нормальными размерами щитовидной железы
 - Б. при диффузном токсическом зобе
 - В. при диффузном увеличении щитовидной железы и субклиническом гипотиреозе
 - Г. при диффузном эутиреоидном зобе с узлом
 - Д. при многоузловом эутиреоидном зобе

5. В лечении эндемического зоба предпочтительно назначение:
 - А. глюкокортикоидов
 - Б. препараты йода в сочетании с тироксином
 - В. тироксин
 - Г. радиоактивный йод
 - Д. препараты йода

6. Наиболее часто при остром тиреоидите выявляются:
 - А. простейшие
 - Б. риккетсии
 - В. вирусы
 - Г. стафилококки и стрептококки
 - Д. грибы

7. Патоморфологическими изменениями в тканях щитовидной железы при подостром тиреоидите является:
- А. фиброз, гиалиноз
 - Б. инфильтрация полиморфоядерными лимфоцитами
 - В. инфильтрация клетками Гюртле-Ашкенази
 - Г. метаплазия клеток фолликулярного эпителия
 - Д. прорастание в окружающие ткани
8. Наиболее информативным анализом для оценки риска рецидива тиреотоксикоза при диффузном токсическом зобе является:
- А. антитела к тиреоглобулину
 - Б. антитела к рецепторам ТТГ
 - В. антитела к микросомальной фракции
 - Г. иммуноглобулинов
 - Д. антитела ко второму коллоидному антигену
9. Подострый тиреоидит вызывают:
- А. вирусы
 - Б. риккетсии
 - В. постейшие
 - Г. стафилококки и стрептококки
 - Д. грибы
10. При диффузном эутиреоидном зобе уровень ТТГ:
- А. нормальный или повышенный
 - Б. повышенный
 - В. нормальный
 - Г. сниженный
 - Д. нормальный или сниженный
11. Сканирование ЩЖ не показано при:
- А. диффузном эутиреоидном зобе
 - Б. токсической аденоме
 - В. многоузловом токсическом зобе
 - Г. диффузном токсическом зобе с узлом
 - Д. диффузном токсическом зобе
12. Групповая профилактика йодного дефицита показана:
- А. в период беременности и лактации и детям до 6 лет
 - Б. в период беременности и лактации и детям до 3 лет
 - В. в период беременности и лактации и детям до 16
 - Г. в период беременности и лактации
 - Д. в период беременности и лактации и женщинам детородного возраста
13. Показанием к оперативному лечению ЩЖ является:
- А. зоб огромных размеров со сдавлением пищевода
 - Б. аутоиммунный тиреоидит
 - В. диффузный узловой токсический зоб
 - Г. острый гнойный тиреоидит
 - Д. все перечисленное

14. Повышение уровня тиреоидных гормонов во время беременности связано:
- А. с дефицитом йода
 - Б. со снижением уровня человеческого хориогонического гонадотропина
 - В. с повышением уровня человеческого хориогонического гонадотропина
 - Г. со снижением синтеза тироксинсвязывающего глобулина
 - Д. с повышением секреции андрогенов
15. Целевой уровень ТТГ во время беременности должен быть:
- А. <2.0 мМЕ/л
 - Б. <1.5 мМЕ/л
 - В. <3 мМЕ/л
 - Г. <4 мМЕ/л
 - Д. <2.5 мМЕ/л
16. В каком случае необходимо назначить левотироксин во время беременности:
- А. повышение антител к ТПО и УЗИ признаки АИТ
 - Б. повышение антител к ТПО и $\text{ТТГ} < 2.5$ мМЕ/л
 - В. $\text{ТТГ} > 2.5$ мМЕ/л
 - Г. УЗИ признаки АИТ
 - Д. повышение антител к ТПО
17. При наступлении беременности у женщины с первичным гипотиреозом доза левотироксина составит:
- А. 1,9-2,3 мкг/кг
 - Б. 2-2,5 мкг/кг
 - В. не изменится
 - Г. увеличится на 30-50% от исходной
 - Д. увеличиться в два раза
18. Тиреотоксикоз может быть при всех нозологиях, кроме:
- А. хронического специфического тиреоидита
 - Б. начальной фазы подострого тиреоидита
 - В. послеродового тиреоидита
 - Г. токсической аденомы
 - Д. диффузного токсического зоба
19. Для эндокринной офтальмопатии характерно все перечисленное, кроме:
- А. преимущественное поражение ретробульбарной клетчатки
 - Б. развитие ЭОП на фоне гипотиреоза
 - В. сочетание с кровоизлиянием в орбиту
 - Г. одностороннее поражение
 - Д. развитие ЭОП на фоне эутиреоза
20. Развитие инфаркта миокарда при диффузном токсическом зобе связано:
- А. со снижением уровня холестерина
 - Б. с повышением потребности миокарда в кислороде
 - В. с повышением уровня холестерина
 - Г. с увеличением катаболизма белка
 - Д. с повышенной агрегации тромбоцитов

21. Для лечения тиреотоксического криза не рекомендуется использовать:
- А. глюкокортикоиды
 - Б. аспирин
 - В. тиреостатики
 - Г. в-адреноблокаторы
 - Д. парацетамол
22. Этиологическим фактором первичного гипотиреоза может быть все перечисленное, кроме:
- А. аномалии развития ЩЖ
 - Б. синдром Симмондса
 - В. терапия радиоактивным йодом
 - Г. воспалительные заболевания ЩЖ
 - Д. эндемический зоб
23. При первичном гипотиреозе у женщин не наблюдается:
- А. аменорея
 - Б. бесплодие
 - В. галакторея
 - Г. рождение мертвого плода
 - Д. гипопролактинемия
24. Медулярный рак ЩЖ развивается из:
- А. А-клеток - фолликулярны
 - Б. В-клеток - Ашкенази
 - В. С-клеток - парафолликулярные
 - Г. клеток Гюртля
 - Д. из плоскоклеточного эпителия
25. Для диагностики рака щитовидной железы наиболее информативна:
- А. радиоизотопная сцинтиграфия
 - Б. компьютерная томография
 - В. пункционная биопсия
 - Г. фиброэластография ЩЖ
 - Д. УЗИ ЩЖ
26. Повышенный уровень кальцитонина является маркером:
- А. папиллярного рака
 - Б. токсической аденомы
 - В. лимфомы
 - Г. фолликулярного рака
 - Д. медулярного рака
27. Кальцитонин:
- А. снижает уровень кальция крови
 - Б. повышает уровень кальция крови
 - В. повышает активность щелочной фосфатазы
 - Г. повышает уровень фосфора крови
 - Д. снижает уровень калия крови

Ответы:

1-Д	6-Г	11-А	16-В	21-Б	26-Д
2-А	7-В	12-Б	17-Г	22-Д	27-А
3-Г	8-Б	13-А	18-А	23-Д	
4-А	9-А	14-В	19-В	24-В	
5-Д	10-В	15-Д	20-Б	25-Г	

3.2.3. Контролируемая компетенция ОПК-4:

3.2.3.1. Тестовые задания:

1. Гипопаратиреоз характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
 - А. снижения кальция в крови
 - Б. снижения экскреции кальция с мочой
 - В. повышения экскрецией кальция с мочой
 - Г. повышения фосфора в крови
 - Д. снижения уровня остеокальцина
2. В лечении гипопаратиреоза предпочтительнее применять:
 - А. сульфат кальция
 - Б. карбонат кальция
 - В. бисфосфонаты
 - Г. кальцитонин
 - Д. паратгормон
3. Первичный гиперпаратиреоз развивается при:
 - А. объемном образовании паращитовидной железы
 - Б. амилоидозе паращитовидной железы
 - В. кровоизлияние в паращитовидную железу
 - Г. дефиците витамина Д
 - Д. при метастазах опухолей в паращитовидную железу
4. При первичном гиперпаратиреозе поражаются все перечисленные органы, кроме:
 - А. поджелудочной железы
 - Б. печени
 - В. желудка
 - Г. почек
 - Д. костной системы
5. Дефицит паратгормона характеризуется наличием:
 - А. тонических судорог
 - Б. повышением температуры
 - В. диареи
 - Г. жажды
 - Д. повышением судорожной активности головного мозга
6. Наиболее информативный метод диагностики аденомы паращитовидных желез:
 - А. УЗИ ЩЖ
 - Б. сканирование с технитрилом
 - В. сканирование с I131

- Г. пункционная биопсия
- Д. КТ ЩЖ

7. Какое из перечисленных мероприятий является первым этапом лечения гиперкальциемического криза:

- А. регидратационная терапия
- Б. введение глюкокортикоидов
- В. инсулинотерапия
- Г. терапия мочегонными
- Д. седативная терапия

8. Перечислите основные лабораторные признаки гипокальциемического криза:

- А. гипокалиемия и гиперкальциемия
- Б. гипокальциемия и гиперфосфатемия
- В. гиперкальциемия и гиперфосфатемия
- Г. гиперфосфатемия и гипогликемия
- Д. гипогликемия и гипокалиемия

Ответы:

1-Б	2-Б	3-А	4-Б	5-А	6-Б	7-А	8-Б
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

3.2.3.2. Темы рефератов:

1. Остеопороз.
2. Синдром гиперпаратиреоза.
3. Синдром гипопаратиреоза.
4. Нарушения обмена кальция и фосфора.

3.2.4. Контролируемая компетенция ОПК-5:

3.2.4.1. Ситуационные задачи:

Задача № 1

Больная И., 25 лет, доставлена в стационар в тяжелом состоянии. Сознание заторможено, выражена адинамия. Кожные покровы очень смуглые, сухие. Отмечается выраженная пигментация в области послеоперационных рубцов (аппендэктомия, внематочная беременность), шеи, сосков молочных желез. ЧСС - 90 в минуту. АД - 60/35 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, 18 в минуту. Частая рвота. Живот мягкий, нерезко выраженная болезненность в эпигастральной области, печень, селезенка не увеличены. Дважды за сутки жидкий стул, температура тела - 35,5 С.

В анамнезе - туберкулез легких, хронический тонзиллит. В течение последнего года отмечает нарастающую слабость, головные боли, быструю утомляемость, похудание на 8 кг. Состояние ухудшалось после психотравмы.

При поступлении проведены дополнительные обследования.

Задание:

- Установить предварительный диагноз.
- Наметить план дополнительного обследования.
- Провести дифференциальную диагностику.
- Определить тактику лечения.

Эталон ответов:

- Диагноз: Острая надпочечниковая недостаточность.
- Дообследование: анализ крови общий; анализ мочи общий; электролиты крови (Na, K); анализ крови на АКТГ, свободный кортизол; флюорография; УЗИ органов брюшной полости (в т.ч. надпочечников); ЭКГ
- Дифференциальный диагноз проводится с комами другой этиологии
- Лечение: глюкокортикоиды - преднизолон сразу в/в 30 мг, либо гидрокортизон в/в 75 мг с последующим введением их в/в капельно под контролем АД; минералокортикоиды - ДОКСА по 1 мл в/в каждые 12 часов; регидратационная терапия; лечение сосудистой недостаточности: мезатон в/в, в\м, адреномиметики; сердечные гликозиды по показаниям. Терапия проводится до полного выведения больного из криза, антибиотика.

Задача № 2

Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающиеся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела.

При амбулаторном осмотре АД - 120\80 мм рт.ст. ЧСС - 78 в минуту. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после переедания.

При очередном ухудшении самочувствия вызван врач «Скорой помощи». При осмотре выявлено: АД - 220\130 мм рт.ст. ЧСС - 180 в минуту. Температура тела - 37,8 С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.

Проведенная гипотензивная терапия (верапамил в\в, лазикс в\в) эффекта не дали. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. При обследовании больной выявлено: в анализе крови: лейкоциты - 10×10^9 /л, лимфоцитов - 16%, эозинофилов - 6%. Сахар крови натощак - 7,2 ммоль\л, К - 6,2 ммоль\л, Na - 138 ммоль\л. В моче: белок - 0,66%, эритроциты - 6-8-10 в поле зрения, сахар 0,5%. На ЭКГ - синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Заключение окулиста: нейроретинопатия. При суточном мониторинговании АД - 120\80 - 126\75 мм рт.ст.

Задание:

- Установить предварительный диагноз.
- Наметить план дополнительного обследования.
- Провести дифференциальную диагностику.
- Определить тактику лечения.

Эталон ответов:

- Диагноз: Феохромоцитома. Кризовая форма.
- Диагностика: УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, мочевого пузыря; Исследование крови на содержание метанефрина и норметанефрина
- Дифференциальная диагностика с нейроциркуляторной дистонией, гипертонической болезнью, другими симптоматическими гипертензиями.
- Лечение: терапия при кризе: альфа-адреноблокаторы, при необходимости добавить бета-блокаторы (празозин, фентоламин, обзидан). При отсутствии метастазов - хирургическое лечение. В случае неуправляемой гемодинамики - экстренное хирургическое вмешательство.

Задача № 3

Больной Н., 19 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жаловался на постоянные головные боли в затылочной области в течение последнего года. Иногда боли сопровождались головокружением и тошнотой. Обратился за медицинской помощью впервые.

2 года назад на медицинской комиссии в военкомате было зарегистрировано повышение АД - 140/100 мм рт.ст. Был направлен на стационарное обследование, выписан с диагнозом нейроциркулярная дистония по гипертоническому типу. Во время службы в строительных войсках в связи с усилением головных болей был направлен в гарнизонный госпиталь. После обследования и лечения был комиссован из рядов СА с диагнозом гипертоническая болезнь II стадии.

Родился в сельской местности, окончил 10 классов, после возвращения из армии переехал в город для трудоустройства. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ 1-2 раза в год. Родители здоровы. Вредных привычек не имеет.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Верхняя половина туловища развита лучше нижней. Кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца на 1,5 см влево от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье. Верхушечный толчок 6 см². Тоны сердца ритмичны, 1 тон сохранен, акцент 2 тона над аортой, шумы под областью сердца не выслушиваются. Пульс - 78 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, напряжен. АД - 160/110 мм рт.ст. В околопупочной области слева выслушивается грубый систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, в околопупочной области пальпируется пульсирующая брюшная аорта. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Задание:

- Поставьте диагноз.
- Составьте перечень заболевания для дифференциального диагноза.
- Назначьте обследование.

Эталон ответов:

- Диагноз: подозрение на симптоматическую артериальную гипертензию.
- Дифференциальный диагноз следует проводить с вазоренальной гипертензией, заболеванием почек с артериальной гипертензией, феохромоцитомой, болезнью Кона, неспецифическим аорто-артериитом, облитерирующим тромбангиомом, узелковым периартериитом.
- На поликлиническом этапе больной нуждается в обследовании: общий анализ крови; общий анализ мочи; флюорография органов грудной клетки; ЭКГ; осмотр окулиста; контроль АД в течение суток; УЗИ органов брюшной полости.

3.2.4.2. Тестовые задания:

1. Кортикостерома – гормонально активная опухоль коры надпочечников, продуцирующая:

- А. андрогены
- Б. альдостерон
- В. эстрогены
- Г. глюкокортикоиды
- Д. адреналин

2. Андростерома - гормонально активная опухоль коры надпочечников, в основном продуцирующая:

- А. андрогены

- Б. альдостерон
 - В. эстрогены
 - Г. глюкокортикоиды
 - Д. адреналин
3. Феохромоцитома – гормонально-активная опухоль, продуцирующая:
- А. эстрон и эстрадиол
 - Б. адреналин, норадреналин, дофамин
 - В. кортизол и кортизон
 - Г. альдостерон
 - Д. альдостерон и тестостерон
4. Причинами развития хронической надпочечниковой недостаточности могут быть:
- А. аутоиммунное поражение надпочечников
 - Б. туберкулез
 - В. опухоли и метастазы рака в надпочечники
 - Г. кровоизлияния в надпочечники
 - Д. все перечисленное
5. Развитие гипогликемии у больных с хронической надпочечниковой недостаточностью связано со всем перечисленным, кроме:
- А. снижением секреции кортизола
 - Б. уменьшением глюконеогенеза
 - В. снижением секреции альдостерона
 - Г. уменьшением запасов гликогена в печени
 - Д. уменьшением всасывания глюкозы в кишечнике
6. Препаратами выбора при повышении уровня АД у больных с феохромоцитомой является:
- А. в-адреноблокаторами
 - Б. нитратами
 - В. ингибиторами АПФ
 - Г. а-адреноблокаторами
 - Д. блокаторами кальциевых каналов
7. Терапия феохромоцитомы заключается в:
- А. консервативном лечении кризов
 - Б. лучевой терапии
 - В. химиотерапии
 - Г. оперативном удалении опухоли
 - Д. наблюдении
8. Для первичного альдостеронизма в отличие от вторичного характерно все выше перечисленное, кроме:
- А. наличие аденомы коры надпочечников
 - Б. отсутствие отеков
 - В. наличие отеков
 - Г. артериальная гипертензия
 - Д. гипокалиемия

9. Пигментация кожи у больных Аддисоновой болезнью особенно выражена:
- А. на открытых участках тела (лицо, ладони)
 - Б. на участках, подвергающиеся трению
 - В. на местах естественной гиперпигментации
 - Г. на слизистых оболочках
 - Д. все перечисленное верно
10. Для лечения первичной надпочечниковой недостаточности применяют:
- А. глюкокортикоиды и минералокортикоиды
 - Б. глюкокортикоиды, при необходимости минералокортикоиды
 - В. спиронолактон
 - Г. оперативное лечение
 - Д. минералокортикоиды
11. Для верификации феохромоцитомы наиболее информативный метод:
- А. анализ крови на метанефрин и норметанефрин
 - Б. содержание адреналина и норадреналина в суточной моче
 - В. содержание адреналина и норадреналина в моче, собранной в течение 3 часов после криза
 - Г. содержание кортизола в моче
 - Д. проба с синактеном
12. При подозрении на гиперкортицизм наиболее информативное исследование:
- А. уровень АКТГ
 - Б. уровень кортизола крови утром и вечером
 - В. уровень кортизола в крови натощак
 - Г. большой дексаметазоновый тест
 - Д. малый дексаметазоновый тест
13. Клиническими проявлениями кортикостеромы могут быть все перечисленные, кроме:
- А. нарушения функции яичников
 - Б. гирсутизм
 - В. ожирение
 - Г. патологические переломы
 - Д. гипотиреоз
14. Для синдрома гиперкортицизма характерно все перечисленное, кроме:
- А. вторичный гипогонадизм
 - Б. трофические изменения кожных покровов
 - В. миокардиодистрофия
 - Г. печеночная недостаточность
 - Д. психические расстройства
15. Этиологическим фактором первичного альдостеронизма является все ниже перечисленное, кроме:
- А. прием контрацептивов
 - Б. односторонняя гиперплазия коры надпочечников
 - В. эктопированная опухолевая продукция альдостерона
 - Г. аденома надпочечника

- Д. карцинома надпочечника
16. Вторичный гиперальдостеронизм обусловлен всем перечисленным, кроме:
- А. поражением почек
 - Б. поражением почечных сосудов
 - В. сердечной недостаточностью
 - Г. приемом диуретиков
 - Д. приемом глюкокортикоидов
17. Секреция ренина при первичном гиперальдостеронизме:
- А. значительно повышена
 - Б. незначительно повышена
 - В. умеренно снижена
 - Г. значительно снижена
 - Д. может быть не изменена
18. Нейромышечными симптомами при первичном альдостеронизме проявляются всем перечисленным, кроме:
- А. мышечная слабость
 - Б. парезы
 - В. мышечные судороги
 - Г. рабдомиолиз
 - Д. параличи
19. Феохромоцитома может сочетаться со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:
- А. нейрофиброматоз 1 типа
 - Б. болезнь фон Хиппеля-Линдау
 - В. первичный гиперпаратиреоз
 - Г. медуллярный рак ЩЖ
 - Д. папиллярный рак щитовидной железы
20. Дифференциальную диагностику гормонально-неактивных опухолей надпочечников у пациентов с нормальным уровнем артериального давления в проводят с:
- А. феохромоцитомой
 - Б. со всеми опухолями надпочечников
 - В. феохромоцитомой и кортикостеромой
 - Г. альдостеромой и феохромоцитомой
 - Д. кортикостеромой и альдостеромой
21. Андростерома у женщин характеризуется все перечисленным, кроме:
- А. гирсутизм
 - Б. вирилизация
 - В. аменорея
 - Г. увеличение подкожно-жирового слоя
 - Д. увеличение мышечной массы
22. Для синдрома Штейна-Левенталя характерно все перечисленное, кроме:
- А. нормальное содержание в крови андрогенов

- Б. бесплодие
 - В. двустороннее увеличение яичников
 - Г. нарушение менструального цикла
 - Д. признаки инсулинорезистентности
23. Врожденная дисплазия коры надпочечников развивается в результате:
- А. гиперэкспрессии рецепторов к АКТГ
 - Б. нарушения структуры ферментов синтеза кортизола и альдостерона
 - В. генетически обусловленного подавления обратной связи в системе кортиколиберин-АКТГ-кортизол
 - Г. токсического повреждения надпочечников на этапе эмбриогенеза
 - Д. ишемии надпочечников плода в конце беременности и в родах
24. Неклассическая форма ВДКН характеризуется развитием:
- А. кушингоидного синдрома в период пубертата
 - Б. артериальной гипертензии в период препубертата
 - В. первичной аменореи
 - Г. маточных кровотечений
 - Д. олигоменореи, гирсутизма и бесплодия во взрослом возрасте
25. Андростерома у взрослого мужчины характеризуется:
- А. отсутствием клинических проявлений
 - Б. развитием импотенции
 - В. огрублением голоса
 - Г. синдромом ночного апное-сна
 - Д. абдоминальным болевым синдромом
26. При андростероме:
- А. опухоль секретирует тестостерон, что вызывает вирилизацию
 - Б. опухоль стимулирует продукцию ФСГ и ЛГ и повышение синтеза тестостерона в яичках/яичниках
 - В. опухоль стимулирует продукцию АКТГ и повышение синтеза прекурсоров глюкокортикоидов, обладающих андрогенным эффектом
 - Г. опухоль секретирует дигидроэпиандростерон и андростендион вызывающие вирилизацию, уровень тестостерона остается нормальным что является диагностическим признаком
 - Д. опухоль секретирует дигидроэпиандростерон и андростендион, которые превращаются в тестостерон в других тканях, повышены уровни всех трех гормонов
27. Действием глюкокортикоидов на обмен веществ является все перечисленное, кроме:
- А. активации печеночного глюконеогенеза
 - Б. высвобождения аминокислот из мышечной ткани
 - В. усиления липолитического действия катехоламинов
 - Г. повышенной экскреции натрия
 - Д. снижения продукции коллагена
28. Наиболее частым вариантом гормональной активности инсиденталомы является:
- А. гиперальдостеронизм

- Б. повышение уровня катехоламинов
- В. субклинический гиперкортицизм
- Г. повышения уровня андрогенов
- Д. повышение уровня эстрогенов

29. При аутоиммунном полигландулярном синдроме 1 типа возможно все перечисленное, кроме:

- А. гипопаратиреоза
- Б. хронического кандидоза кожи и слизистых
- В. хронической надпочечниковой недостаточности
- Г. пернициозной анемии
- Д. гиперспленизм

30. При одновременном выявлении хронической надпочечниковой недостаточности и гипотиреоза лечение начинают с:

- А. заместительной терапии обоих заболеваний одновременно
- Б. заместительной терапии левотироксином
- В. заместительной терапии только глюкокортикоидами
- Г. заместительной терапии глюкокортикоидами и минералокортикоидами
- Д. заместительной терапии глюкокортикоидами и левотироксином

Ответы:

1-Г	4-Д	7-Г	10-А	13-Д	16-Д	19-Д	22-Б	25-А	28-В
2-А	5-В	8-Б	11-А	14-Г	17-Г	20-В	23-Д	26-А	29-Д
3-Б	6-Г	9-Д	12-Д	15-А	18-Г	21-Г	24-А	27-Г	30-В

3.2.5. Контролируемая компетенция ПК-4:

3.2.5.1. Ситуационные задачи:

Задача № 1

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

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

Задание:

- Ваш диагноз.
- Необходимые дополнительные обследования.
- Провести дифференциальную диагностику.
- Определить характер неотложных мероприятий и дальнейшую тактику.

Эталон ответов:

- Сахарный диабет I типа, впервые выявленный. Кетоацидотическая кома.

- Необходимые обследования: анализ крови общий; Анализ мочи общий; Электролиты крови; РН крови; АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, гаммаглутаматтранспептидаза; Креатинин, мочеви́на.
- Дифференциальная диагностика с гипогликемической комой, лактоацидотической и гиперосмолярной комами, коматозными состояниями, не связанными с сахарным диабетом (церебральные, экзотоксические - инфекционные и при отравлениях, метаболические - уремическая, печеночная, тиреотоксическая, гипотиреоидная, при надпочечниковой недостаточности, смешанные).
- Лечение: Регидратация (физиологический раствор внутривенно до 10% массы тела); инсулин 6-8 единиц в час внутривенно капельно через инфузомат, при необходимости коррекция электролитного и кислотно-щелочного баланса.

Задача № 2

Больная Б., 56 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, отечность лица по утрам, сухость во рту, жажду (выпивает за сутки до 3 литров жидкости), учащенное мочеиспускание (за ночь до 4-5 раз).

Считает себя больной в течение года, когда стала ощущать общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами после физических нагрузок, психоэмоционального перенапряжения. При обращении к врачу отмечались высокие цифры артериального давления (170-180/95-100 мм рт.ст.). Лечилась амбулаторно с диагнозом «гипертоническая болезнь». Последнее ухудшение самочувствия - в течение 3 недель: более выраженными стали слабость и головокружение. Жажду и сухость во рту отмечает в течение многих лет, не придавала им значения, к врачу не обращалась.

Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Положение активное. Сознание ясное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, суховаты. Отечность лица. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Ритм правильный. Пульс - 64 в минуту. АД - 190/115 мм рт.ст. Левая граница сердца - на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 16 в минуту. Перкуторно - ясный легочный звук. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень - по краю реберной дуги. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Задание:

- Установить предварительный диагноз.
- Наметить план дополнительного обследования.
- Провести дифференциальную диагностику
- Определить тактику лечения.

Эталон ответов:

- Основное заболевание: Сахарный диабет II типа, впервые выявленный. Осложнения: Диабетическая нефропатия 2 ст. Симптоматическая артериальная гипертензия. Диабетическая и гипертоническая ретинопатия, препролиферативная форма.
- Обследование: Анализ крови общий; Анализ мочи общий; Анализ крови на сахар; ЭКГ; холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, креатинин, мочеви́на, скорость клубочковой фильтрации; электролиты крови: калий, натрий, хлор; УЗИ внутренних органов; УЗИ сердца; Консультация окулиста; Консультация невропатолога
- Дифференциальная диагностика с сахарным диабетом I типа, гипертонической болезнью, с симптоматической артериальной гипертензией.

- Лечение сахарного диабета (диета, сахароснижающие препараты - производные сульфанилмочевины и бигуаниды), лечение гипертензии - ингибиторы АПФ, антагонисты кальция.

Задача № 3

Больной Д., 64 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку, возникающую при ходьбе на 100 метров, подъеме на 1 пролет лестницы, сопровождающуюся легким головокружением, проходящую после остановки; боли в икроножных мышцах при быстрой ходьбе; сухость во рту, учащенное мочеиспускание (за ночь - 3-4 раза).

Жажду и сухость во рту отмечает в течение последних 8 лет, внимания этому не придавал, к врачам не обращался. Одышка появилась полгода назад, интенсивность ее постепенно нарастала, что заставило обратиться к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Повышенного питания: вес 92 кг при росте 168 см. Кожные покровы обычного цвета и влажности. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область. Левая граница сердца - на 1,5 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Пульс - 84 в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких небольшое количество влажных мелкопузырчатых незвучных хрипов. ЧДД - 26 в минуту. Язык суховат, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край плотно-эластичный, безболезненный. Стул не нарушен. Пульсация на артериях тыла стопы резко ослаблена.

Задание:

- Установить предварительный диагноз.
- Наметить план дополнительного обследования.
- Провести дифференциальную диагностику.
- Определить тактику лечения.

Эталон ответов:

- Диагноз: Основной: Сахарный диабет II типа, впервые выявленный. Диабетическая ретинопатия, препролиферативная форма. ИБС: стенокардия напряжения «КФК», постинфарктный кардиосклероз, НКЗ (НУНА). Атеросклероз артерий ног. Ожирение III ст.
- Диагностика: общий анализ крови; общий анализ мочи; Анализ крови на сахар; ЭКГ; холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП; электролиты крови: калий, натрий, хлор; УЗИ органов брюшной полости; УЗИ сердца; Консультация окулиста
- Дифференциальная диагностика: сахарный диабет I типа, ожирение различного генеза
- Лечение сахарного диабета (диета, сахароснижающие препараты - производные сульфанилмочевины и бигуаниды), лечение ИБС и коррекция НК - нитраты, ингибиторы АПФ, антиагреганты, гиполипидемические средства.

Задача № 4

На амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники больная М., 57 лет, жаловалась на постоянную сухость во рту, жажду, общую слабость, раздражительность, боли в суставах нижних конечностей при ходьбе.

Считает себя больной в течение полугода, когда стала отмечать постепенно нарастающую слабость, периодические боли в области сердца и головные боли. Обращалась к участковому врачу, была диагностирована артериальная гипертензия, атеросклероз сосудов головного мозга. Прошла месячный курс медикаментозного лечения

циннаризином с хорошим эффектом. За последний месяц состояние больной ухудшилось: появилась жажда, слабость, боли в суставах.

Работала поваром в детских учреждениях, в настоящее время на пенсии. 10 лет назад диагностирован хронический гастрит с секреторной недостаточностью.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, сухая. Больная повышенного питания (рост 155, масса 83 кг). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не смещены. Тоны сердца на верхушке приглушены, акцент II тона над аортой. Пульс - 64 в минуту, ритмичный, напряженный. АД - 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Голени пастозны. При активных движениях в коленных суставах хруст, ограничения подвижности нет.

По данным амбулаторной карты по поводу заболевания желудка прошла год назад (РН - метрия, Ro - скопия желудка), выявлена гипоацидное состояние.

Задание:

- Поставьте диагноз.
- Составьте перечень заболеваний для дифференциального диагноза.
- Назначьте обследование.
- Напишите направление на дообследование.
- Выпишите рецепты на назначенное лечение.

Эталон ответов:

- Диагноз: подозрение на сахарный диабет, артериальная гипертензия, хронический гастрит с секреторной недостаточностью в стадии ремиссии. Деформирующий артроз коленных суставов. Ожирение 2 степени.
- Дифференциальный диагноз следует проводить между гипертонической болезнью и симптоматическими артериальными гипертензиями, опухолью желудка, поджелудочной железой, хроническим панкреатитом.
- На поликлиническом этапе больная нуждается в обследовании: общий анализ крови; общий анализ мочи; анализ крови на глюкозу; флюорография органов грудной клетки; ЭКГ; осмотр окулиста.

Задача № 5

Название нозологии – Сахарный диабет 1 типа

Проблема – коррекция режима инсулинотерапии требует знания особенностей действия различных препаратов инсулина. При изменении привычных для пациента паттернов действия инсулина требуется поиск и идентификация возможных причин, в том числе развития осложнений сахарного диабета.

Описание случая:

Пациент Р, 24 лет страдает сахарным диабетом 1 типа 18 лет, в течение последних месяцев стал отмечать частые гипогликемии – до 5-6 в неделю, как после еды, так и в ночное время в середине ночи. Ранее гипогликемии были редкими – 1-2 раза в месяц, в связи с большими физическими нагрузками. Также отмечает появление гипергликемий до 14-15 ммоль/л по утрам и, эпизодически, в течение дня.

Пациент получает инсулин Протафан 12 Ед перед завтраком и 10 Ед перед ужином, Актрапид 4-8 Ед перед каждым основным приемом пищи – дозы корректирует по количеству хлебных единиц. Перекусывает оп 1-2 ХЕ через 2 часа после каждого основного приема пищи. Гипогликемии подтверждены самоконтролем, измеряет гликемию 3-4 дня в неделю натощак и через 2 часа после еды. Ночные гипогликемии также подтверждены самоконтролем – снижение до 2,5-3 ммоль/л.

Из анамнеза – отмечается повышение АД на протяжении последних 2х лет, постоянно принимает эналаприл 20 мг 2 р/сут, обычный уровень АД 140-145/80-90 мм рт.ст. На протяжении последних лет в поликлинику не обращался, лечился самостоятельно.

При объективном обследовании – отмечается отечность области стоп, голеностопных суставов. АД 150/90 ЧСС 88 уд/мин. В остальном – без особенностей.

Гипогликемии расценены как результат «пикового» действия Протафана, принято решение заменить инсулины на Лантус и Хумалог. Назначено Лантус 22 Ед утром натошак, Хумалог 4-6 Ед перед каждым приемом пищи (коррекция по ХЕ). Повторная явка через 2 недели с результатами самоконтроля. Даны направления на лабораторно-инструментальное обследование – НвА1с, ОАК, глюкоза крови, липидный профиль, УЗИ брюшной полости.

- Решение задачи:

Неверно расценены анамнестические данные – гипогликемии появились недавно на фоне прежнего образа жизни и лечения. В связи с этим рекомендованная замена инсулинов не является адекватным способом коррекции.

Доза инсулина Лантус должна быть скорректирована – снижена по сравнению с инсулином НПХ на 20-30% (в данном случае, с учетом гипогликемий – еще больше).

Не проведено обучения пациента в связи со сменой инсулинов, в частности – не рассмотрены особенности питания при введении Актрапида и Хумалога – нет необходимости перекусов.

У пациента необходимо провести диагностический поиск для выявления/исключения диабетической нефропатии, ХПН. Недооценены анамнестические и физикальные указания на наличие этого состояния, не назначено дообследование – креатинин сыворотки крови, общий анализ мочи, МАУ.

Неадекватны дозы гипотензивных препаратов – необходима коррекция терапии.

Не является показанным проведение УЗИ брюшной полости.

Задача № 6

Проблема – Ночные гипогликемии при сахарном диабете. У пациента с декомпенсированным диабетом, высокой утренней гипергликемией неверно интерпретируются данные анамнеза о наличии признаков ночных гипогликемий, не назначается дополнительное обследование – определение гликемии в ночные часы – и неверно проводится коррекция доз инсулина.

Описание случая:

Пациентка А, 26 лет при плановом обращении в поликлинику жалуется на повышение уровня гликемии в утренние часы до 8-12 ммоль/л по результатам самоконтроля за последние 2-3 месяца, плохой сон по ночам. В течение дня гликемия 4-7 ммоль/л, перед сном 4-5 ммоль/л. В лечении получает инсулин Хумалог 4-8 Ед перед каждым приемом пищи, дозу корректирует по количеству хлебных единиц, и инсулин Лантус 16 Ед в 21:00. Самоконтроль проводит натошак и после обеда 1-2 дня в неделю. Уровень НвА1с 7,8%. Кроме сахарного диабета другой патологии неизвестно, других жалоб не предъявляет.

Состояние расценено как неудовлетворительная компенсация сахарного диабета, рекомендовано увеличить дозу инсулина Лантус до 20 Ед и перенести инъекцию на 23:00, продолжить самоконтроль в прежнем режиме, следующий визит через 1 месяц с дневником самоконтроля.

- Решение задачи:

Ошибки диагностики – при сборе анамнеза упущено наличие признаков ночных гипогликемий у пациента. В связи с этим не назначено необходимое дополнительное обследование – определение гликемии в ночное время. Некорректно изменено лечение, что может усугубить гипогликемии, ухудшить компенсацию углеводного обмена и привести к

тяжелой гипогликемии. Неправильно даны рекомендации по дальнейшему наблюдению – пациентке необходим более частый самоконтроль.

Задача № 7

Название нозологии – Сахарный диабет 1 типа

Проблема – у экстренно госпитализированного пациента с диабетическим кетоацидозом не проводится надлежащее обследование для выявления инфекции как возможной причины развития кетоацидоза и не назначается антибактериальная терапия. В процессе лечения недооцениваются результаты лабораторного обследования, в связи с чем неправильно проводится возмещение дефицита калия.

Описание случая.

Пациент В, 34 лет доставлен в приемный покой стационара с диагнозом диабетического кетоацидоза. Сахарный диабет 1 типа с 14-ти лет, получает лечение инсулином Хумалог 6-10 Ед перед каждым приемом пищи и инсулином Левемир 14 Ед утром и 10 Ед вечером, дозы инсулина не корректирует, самоконтроль проводит нерегулярно, редко. Средний уровень гликемии натошак 6-8, после еды 10-12 ммоль/л.

В течение 5 дней отмечает ухудшение состояния – слабость, потливость, нарастание жажды, сухость во рту, полиурию, снижение аппетита. Одновременно появилась умеренная постоянная зубная боль слева сверху – состояние расценено как ОРЗ, принимал анальгетики, витамины, антигриппин. В ночь перед госпитализацией появились головокружение, головные боли, тошнота, рвота. Самостоятельно гликемию не измерял из-за отсутствия тест-полосок, инсулинотерапию продолжал в прежних дозах. МСП измерен сахар крови 26 ммоль/л.

При поступлении объективно состояние средней тяжести, больной в сознании, заторможен, ориентирован. Кожные покровы чистые, сухие, обычной окраски, тургор снижен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторный звук симметричен, ясный легочный. ЧД 26 в мин. АД 90/40 мм рт.ст., ЧСС 110 в мин, тоны сердца ритмичные, ясные. Живот при пальпации мягкий, умеренная диффузная болезненность, печень и селезенка не пальпируются, перкуторно не увеличены. Отеков нет.

При лабораторно-инструментальном обследовании в общем анализе крови лейкоцитоз $12,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 26 мм/ч. Глюкоза 31 ммоль/л, креатинин 130 мкмоль/л, билирубин 14 мкмоль/л, АсАТ 45 АлАТ 48 Ед/л, Na^+ 155 ммоль/л, K^+ 4,8 ммоль/л. ЭКГ – синусовая тахикардия, неспецифические изменения ST-T. Рентгенография гр. клетки – без патологии. В общем анализе мочи – кетонурия, глюкозурия, в остальном без патологии.

Установлен диагноз – Сахарный диабет 1 типа, диабетический кетоацидоз, развившийся на фоне ОРВИ. Пациент госпитализирован в ОРИТ.

Начато лечение – инсулин в/в болусно 6Ед, в/в инфузия 6 Ед/ч, 0,9% NaCl 500 мл/ч, церукал в/м, кеторол в/м. Проведена в/в инфузия KCl 1% 200 мл. На фоне лечения в течение 5 часов гликемия снизилась до 8 ммоль/л, АД 110/70 ЧСС 100 в мин, самочувствие пациента улучшилось. Инфузионная терапия прекращена, пациент переведен в эндокринологическое отделение, начата базис-болусная инсулинотерапия. У пациента сохраняется слабость, появились ощущение «мурашек» в ногах и руках, мышечные фибрилляции, усилились головные боли и боли в проекции верхней челюсти слева. В ОАК Нв 130 г/л, лейкоциты $12,5 \times 10^9$ /л, СОЭ 30. Глюкоза крови 10,5 ммоль/л, креатинин 100 мкмоль/л, K^+ 2,8 ммоль/л. Сохраняется умеренная ацетонурия.

- Решение задачи

Ошибки диагностики и лечения – недооценено наличие признаков инфекции (субфебрилитет, лейкоцитоз, зубная боль), не назначена Р-графия для исключения синусита, не назначена антибиотикотерапия.

В лечении кетоацидоза недостаточно интенсивно проводилось возмещение дефицита калия, контроль его уровня в ходе лечения, что привело к развитию гипокалиемии. Преждевременно прекращена инфузия инсулина – до устранения явлений кетоацидоза.

Задача № 8

Название нозологии – сахарный диабет 2 типа

Проблема – недооценка указаний на высокий риск сахарного диабета 2 типа у пациента по данным анамнеза, неверно назначенная диагностика, что в итоге приводит к установлению неправильного диагноза и отсутствию лечения.

Описание случая:

Пациент Ф, 59 лет обратился для консультации по направлению участкового терапевта. Поводом для направления стало обнаружение гликемии натощак 8,4 ммоль/л однократно около месяца назад во время нахождения пациента в стационаре в связи с обострением хронического холецистита.

На момент осмотра жалоб не предъявляет, периодически беспокоят боли в правом подреберье, другие типичные симптомы хронического холецистита, обострения 2-3 раза в год, диагноз хронического калькулезного холецистита установлен около 10 лет назад, от хирургического лечения отказывается. Ранее во время госпитализации около года назад также отмечалось повышение гликемии на фоне обострения холецистита до 7,5 ммоль/л, однако при повторном измерении получен результат 5,2.

Анамнез – без особенностей, наследственность по сахарному диабету не отягощена.

Объективно – состояние удовлетворительное, при физикальном обследовании – без признаков патологии. Масса тела 96 кг, рост 174 см. АД 130/90 ЧСС 68 в мин.

Пациенту выдано направление на анализ глюкозы крови натощак – получен результат 6,0 ммоль/л (венозная плазма). Состояние в стационаре расценено как транзиторная гипергликемия на фоне обострения хронического холецистита. Даны рекомендации по питанию, снижению веса.

Через 1 месяц пациент поступил в стационар с нестабильной стенокардией, при поступлении уровень гликемии натощак 10,2 ммоль/л, HbA1c 8,0%.

- Решение задачи.

У пациента имеются указания на высокий риск сахарного диабета, показано проведение ОГТТ или измерения уровня HbA1c для исключения сахарного диабета или других нарушений гликемии. Из-за недостаточного обследования у пациента не был установлен диагноз сахарного диабета, в связи с чем не назначена адекватная сахароснижающая терапия.

Задача № 9

Название нозологии – гестационный сахарный диабет

Проблема – несоблюдение алгоритма обследования при беременности, приведшее к поздней диагностике сахарного диабета и осложнениям беременности. Неправильно назначено лечение в связи с недооценкой значимости результатов инструментальных исследований.

Описание случая:

Пациентка Н, 32 лет направлена на консультацию эндокринолога на 34 неделе беременности в связи с выявленной глюкозурией. Находится в акушерском стационаре в отделении патологии беременных в связи с осложненным течением.

Из анамнеза – мать пациентки страдает сахарным диабетом 2 типа, АГ, ожирением. Беременность 3я, роды 2е, предшествующая беременность, закончившаяся родами, протекала без осложнений. Во время данной беременности на сроке в 10 недель обращалась к эндокринологу по поводу выявленного пальпаторно увеличения щитовидной железы,

ТТГ был в норме, назначены препараты йода 300 мкг/сут. При дальнейшем наблюдении ТТГ оставался в пределах нормы, нарастания объема ЩЖ по данным УЗИ не отмечалось. При УЗИ в срок 30 нед. выявлена макросомия плода, многоводие.

Объективно – избыточного питания, щитовидная железа увеличена до 1 ст. (ВОЗ), симметричная, безболезненная, смещается, без пальпируемых узловых образований. В остальном без особенностей. Масса тела 90 кг, рост 165 см.

Назначено определение гликемии натощак – 8,8 ммоль/л. Через 2 дня – 8,5 ммоль/л. Установлен диагноз – Гестационный сахарный диабет, впервые выявленный. Ожирение 2 степени. Рекомендовано изменение питания, самоконтроль гликемии, повторная явка через 1 неделю для решения вопроса о проведении инсулинотерапии.

- Решение задачи:

Ошибки диагностики – у пациентки с высоким риском гестационного сахарного диабета, посещавшей эндокринолога, не было назначено проведение ОГТТ в ранних сроках и середине беременности, что не позволило своевременно выявить ГСД и предупредить развитие макросомии плода.

Недооценена важность выявления макросомии, что является показанием к инсулинотерапии. В связи с этим некорректно назначено лечение – диетотерапия вместо инсулинотерапии.

Задача № 10

Название нозологии – Сахарный диабет 2 типа.

Проблема – неправильное назначение метформина, вызвавшее появление побочных эффектов и неправильно расцененное как противопоказание к применению препарата, некорректное назначение препаратов сульфаниламочевина, неправильное их дозирование.

Описание случая:

Пациент А, 60 лет, госпитализирован в стационар с диагнозом сахарного диабета 2 типа. При обращении в поликлинику по поводу ОРЗ была выявлена гипергликемия 16 ммоль/л, ацетонурия. На протяжении нескольких месяцев до этого отмечал полиурию, полидипсию, общую слабость – в поликлинику не обращался.

При поступлении в стационар пациенту назначена инсулинотерапия в режиме базис-болус, получал инсулин Протафан 16 Ед утром и 12 Ед в 21:00 и Актрапид 8 Ед перед завтраком, 6 Ед перед обедом и 6 Ед перед ужином. На этом фоне ацетонурия устранена через 2 дня лечения, гликемия натощак 6-8, после еды 5-10 ммоль/л, гипогликемий в стационаре не отмечалось.

В стационаре пробно назначен метформин 1000 мг 2 раза в день с одновременной отменой инсулина. На следующий день отмечалось повышение гликемии до 11 ммоль/л натощак, 13-14 ммоль/л после еды. Одновременно пациент отмечал выраженные симптомы диспепсии, вздутие живота, что было расценено как непереносимость метформина.

Пациенту был назначен гликлазид 120 мг/сут утром перед завтраком с учетом высоких показателей гликемии. На этом фоне в стационаре показатели гликемии вернулись к целевым, пациент выписан, рекомендовано продолжить прием гликлазида в прежней дозе, начать самоконтроль гликемии 1-2 дня в неделю натощак.

Через 2 недели пациент доставлен в стационар с тяжелой гипогликемией.

- Решение задачи:

Ошибки лечения – пациенту назначен метформин сразу в большой дозе, что привело к развитию выраженных побочных эффектов и ошибочному заключению о невозможности приема препарата данным пациентом. Также ошибочно полностью отменен инсулин одновременно с началом приема метформина, что привело к гипергликемии в связи с постепенным развитием сахароснижающего эффекта метформина.

При назначении гликлазида ошибочно назначена неадекватно большая доза, не проводилось титрования препарата, что привело к развитию тяжелой гипогликемии. Неправильно рекомендован режим самоконтроля – неадекватно редкие измерения, не включающие контроль гликемии после еды, что не позволило своевременно выявить гипогликемии.

3.2.5.2. Тестовые задания:

1. Нарушению толерантности к глюкозе соответствуют следующие концентрации глюкозы в капиллярной крови (ммоль/л):

- А. натощак 5,5-6,7 через 2 часа после $> 7,8$ и $< 11,1$
- Б. натощак 5,1-6,0 через 2 часа после $> 6,1$ и $< 7,0$
- В. натощак 5,5-6,1 через 2 часа после $> 7,2$ и $< 11,1$
- Г. натощак 5,5-6,1 через 2 часа после $> 7,8$ и $< 11,1$
- Д. натощак $< 5,6$ через 2 часа после $> 7,8$ и $< 11,1$

2. Нормальные значения гликемии натощак в капиллярной крови:

- А. 5,6 - 6,1 ммоль/л
- Б. 5,5 - 6,2 ммоль/л
- В. 6,1 - 7,8 ммоль/л
- Г. 3,3 – 5,5 ммоль/л
- Д. 5,8 - 6,0 ммоль/л

3. Определение гликозилированного гемоглобина при сахарном диабете позволяет врачу провести:

- А. оценку среднего уровня гликемии за 1-3 недели
- Б. оценку эффективности проводимой в течение 3 месяцев сахароснижающей терапии
- В. выявление гестационного диабета
- Г. необходимую коррекцию лечебных мероприятий
- Д. оценку уровня глюкозы крови за 2-3 дня

4. Глюкозурия может быть следствием:

- А. почечного диабета
- Б. беременности
- В. заболевания почек
- Г. хронического гепатита
- Д. гипотиреоза

5. К побочным эффектам, вызываемым введением инсулина относятся все перечисленное, кроме:

- А. отеки ног
- Б. нарушение зрения
- В. гипогликемии
- Г. снижение массы тела
- Д. липодистрофии

6. Гипогликемия может способствовать:

- А. развитию цирроза печени
- Б. нарушению ритма сердца

- В. жировой инфильтрации печени
 - Г. развитию инсулинорезистентности
 - Д. прогрессированию макроангиопатии
7. Синдром хронической передозировки инсулина клинически проявляется:
- А. потерей в весе
 - Б. повышением АД
 - В. лабильным течением диабета
 - Г. сухостью кожи
 - Д. аллергическими реакциями
8. Механизм действия сульфаниламидных препаратов включает:
- А. уменьшение числа тканевых рецепторов к инсулину
 - Б. стимуляцию секреции инсулина в-клетками поджелудочной железой
 - В. увеличение продукции глюкагона
 - Г. увеличение чувствительности инсулинзависимых тканей к инсулину
 - Д. уменьшению абсорбции глюкозы в кишечнике
9. Показанием для назначения препаратов сульфаниламочевины является:
- А. сахарный диабет 2 типа
 - Б. сахарный диабет 1 типа
 - В. инсулинорезистентность
 - Г. нарушение толерантности к глюкозе
 - Д. период лактации
10. Побочные эффекты препаратов сульфаниламочевины не включает:
- А. лейкопения
 - Б. нарушение функции печени (холестаз)
 - В. диспепсия
 - Г. снижение массы тела
 - Д. артралгия
11. Показанием для назначения теста толерантности к глюкозе является:
- А. наличие ожирения
 - Б. беременность до 12 недель
 - В. гликемия натощак 5,5-6,1 ммоль/л
 - Г. скрининг на выявление сахарного диабета
 - Д. все перечисленное
12. К группе риска по гестационному диабету относятся женщины:
- А. сахарный диабет 2 типа у близких родственников
 - Б. возраст более 25 лет
 - В. неблагоприятный акушерский анамнез
 - Г. ИМТ 20-25 кг/м²
 - Д. рождение предыдущего ребенка весом менее 3 кг
13. Беременным женщинам, не имеющим в анамнезе факторов риска по гестационному диабету, скрининговый тест проводится:
- А. на 24-28 недели
 - Б. на 9-12 недели

- В. не проводится
 - Г. на 28-32 недели
 - Д. на 12-16 недели
14. В качестве гипотензивной терапии у больных сахарным диабетом во время беременности нельзя применять:
- А. антагонисты кальция
 - Б. в-блокаторы
 - В. ингибиторы АПФ
 - Г. блокаторы имидазолиновых рецепторов
 - Д. мочегонные
15. Гормональная деятельность плаценты может способствовать:
- А. снижению кетоновых тел
 - Б. нарушению развития плода
 - В. снижению липидов
 - Г. почечной глюкозурии
 - Д. нарушению толерантности к углеводам
16. Патология сердца при сахарном диабете обусловлена:
- А. миокардиодистрофией
 - Б. гипертрофией миокарда
 - В. гиперкалиемическим миокардом на фоне кетоацидоза
 - Г. коронарным атеросклерозом
 - Д. диабетической нефропатией
17. Особенности лечения больных диабетом с ИБС является:
- А. достижение целевых значений гликемии
 - Б. нормализация массы тела
 - В. инсулинотерапия - основной метод компенсации диабета
 - Г. индивидуальный подход к выбору критериев компенсации
 - Д. все перечисленное
18. Какой из перечисленных препаратов является ингибитором ДПП 4:
- А. вилдаглиптин
 - Б. лираглутид
 - В. пиоглитазон
 - Г. гликлазид
 - Д. дапаглифлозин
19. К эффектам инкретинов не относится:
- А. глюкозозависимое увеличение синтеза инсулина
 - Б. глюкозозависимое подавление продукции глюкагона α -клетками
 - В. глюкозозависимое увеличение секреции инсулина
 - Г. снижение синтеза холестерина
 - Д. уменьшают продукцию глюкозы печенью
20. К инкретиномиметикам не относится:
- А. вилдаглиптин
 - Б. канаглифлозин

- В. ситаглиптин
 - Г. лираглутид
 - Д. экзенатид
21. Какой инсулин можно вводить сразу после приема пищи:
- А. лантус
 - Б. хумалог
 - В. апидра
 - Г. левемир
 - Д. новорапид
22. Особенностью гестационного диабета является:
- А. отсутствие симптомов
 - Б. глюкозурия при нормогликемии
 - В. частые гипогликемии
 - Г. снижение калия крови
 - Д. все перечисленное
23. Признаками хронической передозировки инсулина все перечисленное за исключением:
- А. прибавка в весе
 - Б. отеки
 - В. постоянное чувство голода
 - Г. низкий HbA1c
 - Д. высокий HbA1c
24. Причинами гипогликемии может быть все перечисленное за исключением:
- А. физическая нагрузка
 - Б. прием алкоголя
 - В. недостаточное количество углеводов в пище
 - Г. внутримышечное введение инсулина
 - Д. введение пролонгированного инсулина в область живота
25. Одним из механизмов действия бигуанидов является:
- А. увеличение транспортной емкости переносчиков глюкозы
 - Б. снижение секреции глюкагона
 - В. повышение секреции инсулина
 - Г. стимуляция глюконеогенеза
 - Д. снижение липотоксичности
26. Развитию гиперосмолярной комы способствует:
- А. лабильное течение сахарного диабета
 - Б. недостаточный прием белков
 - В. избыточное введение жиров
 - Г. длительное лечение диуретиками
 - Д. похудание
27. Клиническая симптоматика гиперосмолярной комы проявляется:
- А. гипертензией
 - Б. признаками дегидратации

- В. отсутствием неврологических нарушений
 - Г. брадикардией
 - Д. мышечными болями
28. Ведущим признаком биохимических нарушений при гиперосмолярной коме является:
- А. выраженная гипергликемия
 - Б. гипонатриемия
 - В. гипохлоремия
 - Г. гиперкалиемия
 - Д. гипокалиемия
29. В отличие от кетоацидотической комы при гиперосмолярной коме наблюдается:
- А. дыхание Куссмауля
 - Б. ацетонурия
 - В. нормальный уровень сахара крови
 - Г. выраженная неврологическая симптоматика
 - Д. гипонатриемия
30. Гипогликемическая кома характеризуется:
- А. быстрым развитием комы
 - Б. понижением температуры тела
 - В. повышением АД
 - Г. медленным развитием комы
 - Д. гиперемией кожных покровов
31. Клиническая симптоматика гиперлактацидемической комы проявляется:
- А. возбуждением
 - Б. олигоурией
 - В. стойкие мышечные боли
 - Г. повышение АД
 - Д. высокой риск тромбоэмболий
32. При гиперлактацидемической коме не характерно:
- А. повышение уровня лактата
 - Б. метаболический ацидоз
 - В. снижение сократительной способности миокарда
 - Г. дыхание Куссмауля
 - Д. повышение уровня бикарбонатов
33. Наиболее эффективный метод удаления лактата при гиперлактацидемической коме:
- А. введение больших доз инсулина
 - Б. гемодиализ
 - В. оксигенотерапия
 - Г. введение бикарбоната натрия
 - Д. регидратация
34. Характерный морфологический признак диабетической микроангиопатии:
- А. дегенеративные изменения соединительной ткани
 - Б. лимфоидная инфильтрация эндотелия

- В. утолщение базальной мембраны
 - Г. истончение базальной мембраны
 - Д. накопление гликозаминогликанов в эндотелии сосудов
35. Атеросклеротические изменения при сахарном диабете реже всего выявляются в сосудах:
- А. коронарных
 - Б. почечных
 - В. нижних конечностей
 - Г. селезенки
 - Д. головного мозга
36. Наиболее часто при сахарном диабете в печени можно обнаружить:
- А. первичный рак печени
 - Б. цирроз печени
 - В. жировую инфильтрацию печени
 - Г. белковую дистрофию печени
 - Д. хронический гепатит
37. Для диабетической нефропатии в стадии ХПН не характерно:
- А. вторичный гиперпаратиреоз
 - Б. выраженная протеинурия
 - В. нормохромная анемия
 - Г. гипокалиемия
 - Д. патологические переломы
38. При диабетической нефропатии в стадии микроальбуминурии уровень микроальбумина в суточной моче находится в пределах:
- А. 30-300 мг/сут
 - Б. менее 30 мг/сут
 - В. 20-200 мг/сут
 - Г. более 300 мг/сут
 - Д. менее 20 мг/сут
39. Гемодиализ показан при скорости клубочковой фильтрации менее:
- А. 50 мл/мин
 - Б. 15 мл/мин
 - В. 30 мл/мин
 - Г. 60 мл/мин
 - Д. 20 мл/мин
40. Рекомендуемое целевое давление при диабетической нефропатии:
- А. 130/80 мм рт. ст.
 - Б. 110/70 мм рт. ст.
 - В. 120/80 мм рт. ст.
 - Г. 130/70 мм рт. ст.
 - Д. 120/70 мм рт. ст.
41. Ошибкой в лечении диабетической нефропатии является:
- А. назначение ангиопротекторов

- Б. заместительная терапия эритропоэтином
 - В. применение ингибиторов АПФ
 - Г. применение антагонистов кальция
 - Д. применение гликозаминогликанов
42. Оценка тактильной чувствительности при периферической полинейропатии осуществляется с помощью:
- А. камертона
 - Б. тупой иглы
 - В. монофиламена
 - Г. зубчатого колеса
 - Д. наконечника "Tip-tern"
43. Ортостатическая проба при выявлении автономной кардиоваскулярной нейропатии считается положительной при снижении систолического АД:
- А. менее 10 мм рт. ст.
 - Б. менее 20 мм рт. ст.
 - В. менее 5 мм рт. ст.
 - Г. менее 30 мм рт. ст.
 - Д. менее 15 мм рт. ст.
44. Внепанкреатическим эффектом инкретиномиметиков является:
- А. снижение уровня общего холестерина
 - Б. снижение абсорбции углеводов в кишечнике
 - В. снижение уровня триглицеридов
 - Г. угнетение глюконеогенеза
 - Д. снижение аппетита
45. Преимущественное действие фенофибратов на липиды крови:
- А. снижают уровень ТГ и ЛПНП
 - Б. снижают уровень ОХС
 - В. повышают уровень ЛПВП
 - Г. снижают уровень ТГ и повышают ОХС
 - Д. снижают уровень ЛПНП
46. Дополнительное действие фенофибратов:
- А. снижение риска развития микроангиопатии
 - Б. снижение абсорбции липидов в кишечнике
 - В. снижение аппетита
 - Г. увеличение экскреции мочевой кислоты
 - Д. снижение веса
47. Основной причиной слепоты при сахарном диабете является:
- А. мягкие экссудаты
 - Б. твердые экссудаты
 - В. отслойка сетчатки
 - Г. геморрагии
 - Д. все перечисленное
48. Наиболее эффективный метод лечения непролиферативной ретинопатии:

- А. лазерная фотокоагуляция
 - Б. назначение ангиопротекторов
 - В. склеротерпия
 - Г. нормализация гликемического контроля
 - Д. назначение рассасывающих препаратов
49. Что является доминирующим в клинической картине инсулиномы:
- А. гипергликемия и гиперинсулинемия
 - Б. гипогликемия и инсулинорезистентность
 - В. гипогликемия и гиперинсулинемия
 - Г. гиперинсулинемия и инсулинорезистентность
 - Д. гипергликемия и инсулинорезистентность
50. Гастронома локализуется в:
- А. двенадцатиперстной кишке
 - Б. толстой кишке
 - В. желчных протоках
 - Г. печени
 - Д. легких
51. Наиболее эффективное средство для лечения гипогликемической комы, вызванной приемом алкоголя, является:
- А. глюкагон
 - Б. 5% глюкоза
 - В. 40% глюкоза
 - Г. соматостатин
 - Д. преднизолон
52. Нежелательными эффектами инсулинотерапии являются:
- А. задержка натрия
 - Б. инсулинорезистентность
 - В. прогрессирующее уменьшение функции β -клеток
 - Г. артериальная гипертензия
 - Д. снижение уровня калия
53. Гиперинсулинемия при инсулинорезистентности может вызывать:
- А. синдром поликистозных яичников
 - Б. соматотропиному
 - В. болезнь Иценко-Кушинга
 - Г. гипоандрогению
 - Д. ничего из выше перечисленного
54. Целевой уровень HbA_{1c} составляет:
- А. 6-7%
 - Б. 6-6.5%
 - В. 7-7.5%
 - Г. 4-6%
 - Д. подбирается индивидуально
55. Применение вилдаглиптина у больных СД 2 типа не целесообразно:

- А. в сочетании с пиоглитазоном
 - Б. в сочетании с экзенатидом
 - В. в сочетании с метформином
 - Г. в сочетании с сульфаниламидом
 - Д. в сочетании с репаглинидом
56. Аналогом инсулина короткого действия является:
- А. актрапид
 - Б. хумалог
 - В. лантус
 - Г. детемир
 - Д. новомикс
57. Аналогом инсулина длительного действия является:
- А. актрапид
 - Б. апидра
 - В. лантус
 - Г. монотард
 - Д. новомикс
58. При наличии почечной недостаточности суточная доза инсулина как правило:
- А. значительно повышается
 - Б. не изменяется
 - В. снижается
 - Г. незначительно повышается
 - Д. изменяется индивидуально
59. При каком уровне гликемии с целью регидратационной терапии во время лечения диабетической кетоацидотической комы применяется раствор глюкозы:
- А. менее 15 ммоль/л
 - Б. менее 14 ммоль/л
 - В. менее 10 ммоль/л
 - Г. менее 7.8 ммоль/л
 - Д. менее 11.1 ммоль/л
60. Выберите наиболее эффективный способ введения инсулина в лечении диабетической кетоацидотической комы:
- А. глубоко внутримышечно
 - Б. подкожно
 - В. внутривенно
 - Г. введение через инфузомат
 - Д. внутриартериально
61. Свойствами инкретинов обладает:
- А. глюкагоноподобный пептид 1
 - Б. инсулиноподобный фактор роста
 - В. дипептидилпептидаза 4
 - Г. дипептидилпептидаза 3
 - Д. глюкагоноподобный пептид 4

62. Инкретины секретируются в:
 А. поджелудочной железе
 Б. кишечнике
 В. печени
 Г. почках
 Д. жировой ткани
63. Экзенатид является:
 А. синтетическим аналогом глюкагоноподобного пептида 4
 Б. синтетическим аналогом дипептидилпептидазы 4
 В. синтетическим аналогом дипептидилпептидазы 1
 Г. синтетическим аналогом глюкозозависимым инсулиноподобным пептидом
 Д. синтетическим аналогом глюкагоноподобного пептида 1
64. Наиболее частым побочным действием экзенатида является:
 А. прибавка массы тела
 Б. повышение АД
 В. тошнота
 Г. отеки
 Д. тахикардия
65. Пиоглитазон может применяться в комбинированной терапии со всеми перечисленными препаратами, кроме:
 А. инсулина
 Б. сульфаниламочевина
 В. репаглинида
 Г. метформина
 Д. ситаглиптина
66. Показанием к переводу на инсулинотерапию является все перечисленное, кроме:
 А. пролиферативной ретинопатии
 Б. хирургическое лечение
 В. хронической почечной недостаточности
 Г. цирроза печени
 Д. панкреатогенный СД
67. Для лечения СД типа MODY используется:
 А. инсулинотерапия
 Б. диета и физические нагрузки
 В. метформин
 Г. сульфаниламочевина
 Д. все перечисленное

Правильные ответы:

1-Г	11-В	21-В	31-В	41-А	51-В	61-А
2-Г	12-А	22-А	32-Д	42-В	52-А	62-Б
3-Б	13-А	23-Г	33-Б	43-Г	53-А	63-Д
4-А	14-В	24-Д	34-В	44-Д	54-Д	64-В
5-Г	15-Д	25-А	35-Г	45-А	55-Б	65-А
6-Б	16-Г	26-Г	36-В	46-А	56-Д	66-А

7-В	17-Г	27-Б	37-Г	47-В	57-В	67-Д
8-Б	18-А	28-А	38-А	48-А	58-В	
9-А	19-Г	29-Г	39-Б	49-А	59-Б	
10-Г	20-Б	30-А	40-В	50-А	60-Г	

3.2.6. Контролируемая компетенция ПК-5:

3.2.6.1. Тестовые задания:

1. Высокая распространенность ожирения в развитых странах объясняется:
 - А. наличием сбалансированного регулярного питания
 - Б. недостатком в рационе питания белка
 - В. избытком жира в рационе питания
 - Г. недостатком в рациона питания клетчатки
 - Д. недостатком витаминов группы В и Д

2. Больные с ожирением могут предъявлять все перечисленные жалобы, кроме:
 - А. одышки
 - Б. повышенной потливости
 - В. боли в области сердца
 - Г. повышенного аппетита
 - Д. повышения температуры тела

3. Дифференциальную диагностику у больных с ожирением проводят со всеми перечисленными эндокринопатиями, кроме:
 - А. первичного гипотиреоза
 - Б. синдрома гиперкортицизма
 - В. вторичного альдостеронизма
 - Г. синдрома гиперпролактинемии
 - Д. синдрома гиперандрогении

4. При ожирение развиваются все перечисленные сердечно-сосудистые осложнения, кроме:
 - А. артериальная гипертония
 - Б. гипертрофия левого желудочка
 - В. прогрессирование атеросклероза коронарных сосудов
 - Г. слабость синусового узла
 - Д. внутрижелудочковые блокады

5. При ожирение развиваются все перечисленные осложнения со стороны ЖКТ, кроме:
 - А. увеличение размеров печени
 - Б. желчекаменная болезнь
 - В. жировой гепатоз
 - Г. рак толстой кишки
 - Д. язвенная болезнь желудка

6. Ожирение может быть ассоциировано со всеми перечисленными заболеваниями эндокринной системы, кроме:
 - А. нарушения толерантности к глюкозе

- Б. гипопаратиреоз
 - В. гиперкортицизм
 - Г. бесплодие
 - Д. нарушения менструального цикла
7. Ожирение связано с повышенным риском следующих заболеваний, кроме:
- А. атеросклероз
 - Б. остеоартроз
 - В. остеопороз
 - Г. стеатогепатоз
 - Д. синдром ночного апное-сна
8. Нарушения половой функции при первичном ожирении у мужчин связаны с:
- А. избыточной конверсией андрогенов в эстрогены в жировой ткани
 - Б. повышенным содержанием лептина при ожирении
 - В. атеросклерозом и ишемией органов малого таза при ожирении
 - Г. первичной недостаточностью синтеза ЛГ/ФСГ в гипофизе, ассоциированной с ожирением
 - Д. генными и хромосомными нарушениями
9. У пациента с ожирением и подозрением на синдром Кушинга обнаружение пограничного повышения кортизола в крови или суточной моче:
- А. позволяет исключить синдром Кушинга
 - Б. позволяет диагностировать болезнь Кушинга
 - В. является показанием для проведения компьютерной томографии гипофиза и надпочечников
 - Г. является показанием для проведения дексаметазонового теста
 - Д. является показанием для определения уровня АКТГ
10. Задачей лечения ожирения является снижение веса:
- А. до получения нормальных значений ИМТ
 - Б. до получения ИМТ меньше 30
 - В. на 10-15% от исходного
 - Г. на 10-20% от идеального
 - Д. до нормализации отношения окружности талии к окружности бедер
11. Механизм действия орлистата основан на:
- А. снижении секреции поджелудочного сока и ферментов и нарушении переваривания
 - Б. стимуляции моторики ЖКТ
 - В. снижении желудочной эвакуации пищи и повышении чувства насыщения
 - Г. ингибировании панкреатической липазы и нарушении усвоения жиров
 - Д. повышении базального метаболизма
12. Место действия и механизм действия сибутрамина:
- А. ЖКТ - нарушение переваривания пищи
 - Б. бурая жировая ткань – повышение термогенеза
 - В. висцеральная жировая ткань – подавление продукции лептина
 - Г. печень – повышение чувствительности к инсулину
 - Д. ЦНС – снижение аппетита и повышение насыщаемости

13. Частым побочным эффектом орлистата является:

- А. повышение АД
- Б. стеаторея, диарея
- В. анафилаксия
- Г. легочная гипертензия
- Д. отеки

14. К побочным эффектам сибутрамина относится все перечисленное, кроме:

- А. повышение АД
- Б. потливость
- В. лейкопения
- Г. депрессия
- Д. сердцебиение

Правильные ответы:

1-В	8-А
2-Д	9-Г
3-В	10-В
4-Г	11-Г
5-Д	12-Д
6-Б	13-Б
7-В	14-В

3.2.6.2. Темы рефератов:

1. Первичное ожирение.
2. Метаболический синдром.
3. Нервная анорексия.
4. Симптоматическое ожирение.

3.2.7. Контролируемая компетенция ПК-6:

3.2.7.1. Тестовые задания:

1. Симптоматический гипогонадизм у мужчин может возникать при всех перечисленных синдромах, кроме:

- А. гипотиреоза
- Б. тиреотоксикоза
- В. синдрома Клайнфельтера
- Г. гиперкортицизма
- Д. гиперпролактинемии

2. Клиническими симптомами мужского гипогонадизма является все перечисленное, кроме:

- А. снижения либидо
- Б. остеопороза
- В. депрессии
- Г. уменьшения количества жировой ткани
- Д. уменьшения мышечной массы

3. Обязательным клиническим проявлением синдрома Кальмана является:
- аномалия
 - глухота
 - низкорослость
 - нарушение светоощущения
 - незаращение неба и верхней губы
4. При гормональном исследовании в климактерический период определяется:
- сниженная секреция ФСГ и ЛГ и нормальная секреция эстрогенов
 - сниженная секреция ФСГ и ЛГ и сниженная секреция эстрогенов
 - повышенная секреция ФСГ и ЛГ и нормальная секреция эстрогенов
 - повышенная секреция ФСГ и ЛГ и сниженная секреция эстрогенов
 - нормальная секреция ФСГ и ЛГ и сниженная секреция эстрогенов
5. Первичный синдром поликистозных яичников обусловлен:
- повышением секреции эстрогенов в яичниках
 - повышением секреции андрогенов в яичниках
 - повышением секреции андрогенов в надпочечниках
 - повышением секреции эстрогенов в надпочечниках
 - повышением секреции ЛГ
6. Гиперандрогения опухолевого генеза у женщин характеризуется:
- ожирением
 - снижением мышечной массы
 - выраженным вирильным синдромом
 - остеопорозом
 - всем перечисленным

Правильные ответы:

- | |
|-----|
| 1-Б |
| 2-Г |
| 3-А |
| 4-Г |
| 5-Б |
| 6-В |

3.2.7.2. Темы рефератов:

- Синдром аменореи.
- Синдром гермафродитизма.
- Синдром гиперандрогении у женщин.
- Синдром гипогонадизма у мужчин.
- Синдром гинекомастии.
- Возрастной андрогенный дефицит.
- Климактерический синдром и менопауза.
- Аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа.
- Аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа.
- Синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа.
- Синдром множественных эндокринных неоплазий 2 типа.

