



Эндокринология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**
Учебный план 31050150_15_1лд.plx
31.05.01. Лечебное дело

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

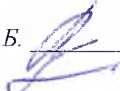
Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 54
самостоятельная работа 18

Виды контроля в семестрах:
зачеты с оценкой 8

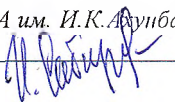
Распределение часов дисциплины по

Семестр (<Курс>.&b><Семестр на курсе>)	8 (4.2)		Итого
Неделя	18		
Вид занятий	уп	рпд	уп
Лекции	18	18	18
Практические	36	36	36
В том числе инт.	2	2	2
Итого ауд.	54	54	54
Контактная	54	54	54
Сам. работа	18	18	18
Итого	72	72	72

Программу составил(и):

д.м.н., профессор, Султаналиева Р.Б. ; преподаватель Гатина А.И.; ; преподаватель Лучкина П.В.; 

Рецензент(ы):

д.м.н., зав. кафедрой госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, Маматов С.М.; ; д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии №2, Сабиров И.С. 

Рабочая программа дисциплины

Эндокринология

разработана в соответствии с ФГОС 3+;

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №95)

составлена на основании учебного плана:

31.05.01. Лечебное дело

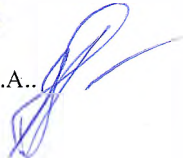
утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от 16 08 2015 г. № 1

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Токтогулова Н.А. 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

16.11. 2016 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от 15.10 2016 г. № 3
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Токтогулова Н.А..

Председатель УМС

15.12. 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от 16.09. 2017 г. № 2
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Лопаткина И.Н.

Председатель УМС

04.12. 2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от 29.08. 2018 г. № 2
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Лопаткина И.Н.

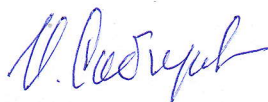
Председатель УМС

 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

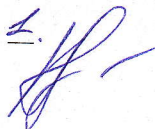
Протокол от 2019 г. №
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Токтогулова Н.А..

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
18.09. 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от 30.08. 2019 г. № 1.
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

Председатель УМС
_____ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от _____ 2020 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

Председатель УМС
_____ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от _____ 2021 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

Председатель УМС
_____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от _____ 2022 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет

УТВЕРЖДАЮ

_____ 2015 г.

Эндокринология
рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**
Учебный план 31050150_15_1 лд.plx
31.05.01. Лечебное дело

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 54
самостоятельная работа 18

Виды контроля в семестрах:
зачеты с оценкой 8

Распределение часов дисциплины по

Семестр (<Курс>.&b><Семестр р на курсе>)	8 (4.2)		Итого
Неделя	18		
Вид занятий	уп	рпд	уп
Лекции	18	18	18
Практические	36	36	36
В том числе инт.	2	2	2
Итого ауд.	54	54	54
Контактная	54	54	54
Сам. работа	18	18	18
Итого	72	72	72

Программу составил(и):

д.м.н., профессор, Султаналиева Р.Б. _____; преподаватель Гатина А.И.; _____; преподаватель Лучкина П.В.; _____

Рецензент(ы):

д.м.н., зав.кафедрой госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии КГМА им. И.К.Ахунбаева, Маматов С.М.; _____; д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии №2, Сабиров И.С. _____

Рабочая программа дисциплины

Эндокринология

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №95)

составлена на основании учебного плана:

31.05.01. Лечебное дело

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от _____ 2015 г. № ____

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Токтогулова Н.А..

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2016 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от _____ 2016 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Токтогулова Н.А..

Председатель УМС
_____ 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от _____ 2017 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Лопаткина И.Н.

Председатель УМС
_____ 2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от _____ 2018 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Лопаткина И.Н.

Председатель УМС
_____ 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от _____ 2019 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Токтогулова Н.А..

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целью дисциплины является формирование у студентов фундаментальных знаний, умений и навыков по специальности эндокринология.
-----	--

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Биология: понятие об эндокринной системе, роль эндокринной системы в регуляции основных функций организма.	
2.1.2	Анатомия: анатомия эндокринных желез.	
2.1.3	Гистология: гистология эндокринных желез.	
2.1.4	Биохимия: определение понятия гормонов, классификация гормонов, метаболизм углеводов, жиров, белков.	
2.1.5	Физиология: физиология эндокринной системы.	
2.1.6	Патофизиология: общие причины и механизм возникновения эндокринопатий.	
2.1.7	Патанатомия - морфологическое изменение эндокринных желез и внутренних органов при основных эндокринных заболеваниях.	
2.1.8	Фармакология: гормональные и другие лекарственных средства, используемые в лечении заболеваний эндокринной системы.	
2.1.9	Пропедевтика внутренних болезней: основные этапы диагностического исследования больных с эндокринной патологией, лабораторно – инструментальные методы исследования, их оценка.	
2.1.10	Факультетская терапия - диагностика и лечение смежных с эндокринологией заболеваний внутренних органов.	
2.1.11	Факультетская хирургия – диагностика и хирургическое лечение некоторых эндокринных заболеваний	
2.1.12	Основы неотложной помощи – лечение неотложных состояний при эндокринных заболеваниях.	
2.1.13	Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия – патология нервной системы при эндокринных заболеваниях, нейроэндокринные опухоли головного мозга.	
2.1.14	Медицинская радиология, лучевая диагностика, рентгенология: методы визуализации желез внутренней секреции и лучевая терапия заболеваний эндокринной системы.	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	поликлиническая терапия	
2.2.2	госпитальная хирургия	
2.2.3	анестезиология, реанимация, интенсивная терапия	
2.2.4	онкология, лучевая терапия	
2.2.5	медицинская реабилитация	
2.2.6	офтальмология	
2.2.7	Поликлиническая терапия	
2.2.8	Госпитальная хирургия	
2.2.9	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия	
2.2.10	Онкология, лучевая терапия	
2.2.11	Медицинская реабилитация	
2.2.12	Офтальмология	

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**ОПК-6: готовностью к ведению медицинской документации****Знать:**

Уровень 1	виды медицинской документации.
Уровень 2	принципы ведения медицинской документации больных эндокринологического профиля
Уровень 3	правила оформления истории болезни и амбулаторной карты пациента с эндокринной патологией.

Уметь:

Уровень 1	оформлять медицинскую документацию в организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с эндокринной патологией.
Уровень 2	оформлять историю болезни и амбулаторную карту пациента с заболеваниями эндокринной системы, выписывать рецепты
Уровень 3	анализировать и дополнять информацию в медицинскую документацию.

Владеть:	
Уровень 1	навыками ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации
Уровень 2	навыками использования информации медицинской документации.
Уровень 3	навыками заполнения историй болезней и выписок из историй болезни пациента с эндокринной патологией, выписки рецептов.
ПК-6: способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	
Знать:	
Уровень 1	основные симптомы и синдромы при заболеваниях эндокринной системы
Уровень 2	основные методы лабораторного и инструментального обследования больного эндокринной патологией
Уровень 3	основные нозологические формы часто встречающихся эндокринных заболеваний и критерии постановки диагноза в соответствии с классификацией (МКБ).
Уметь:	
Уровень 1	выявить симптомы и синдромы эндокринных заболеваний при общеклиническом обследовании больного
Уровень 2	составить план лабораторного, функционального и инструментального обследования больного, интерпретировать полученные результаты
Уровень 3	на основании данных обследования диагностировать эндокринное заболевание и сформулировать клинический диагноз согласно МКБ
Владеть:	
Уровень 1	навыками самостоятельной работы в палате у постели больного с эндокринной патологией
Уровень 2	навыками оценки и интерпретации результатов клинических, лабораторных, функциональных и инструментальных методов обследования больных с эндокринными заболеваниями
Уровень 3	алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.
ПК-9: готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	
Знать:	
Уровень 1	общие принципы оказания медицинской помощи больным с эндокринной патологией в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.
Уровень 2	Основные группы лекарственных препаратов, используемых для лечения эндокринных заболеваний.
Уровень 3	основные принципы ведения и лечения больных с различными нозологическими формами эндокринных заболеваний.
Уметь:	
Уровень 1	оценить состояние пациента и составить план лечения в амбулаторных условиях или условиях дневного стационара.
Уровень 2	назначить лечение с учетом нозологической картины заболевания эндокринной системы
Уровень 3	оценить эффективность терапии, при необходимости проводить коррекцию лечения
Владеть:	
Уровень 1	алгоритмом лечения эндокринных заболеваний
Уровень 2	навыками ведения больных эндокринной патологией и интерпретации и результатов лечения
Уровень 3	способами оказания первой неотложной помощи при эндокринных заболеваниях

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Медицинские документации в организациях эндокринологического профиля.
3.1.2	Патологические симптомы и синдромы при наиболее распространенных эндокринных заболеваниях
3.1.3	этиологию, патогенез и классификацию наиболее распространенных форм эндокринных заболеваний.
3.1.4	Клиническую картину, диагностические критерии и осложнения заболеваний эндокринной системы.
3.1.5	Современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных с эндокринной патологией.
3.1.6	Основные группы лекарственных препаратов, используемых для лечения эндокринных заболеваний.
3.1.7	Современные принципы лечения заболеваний эндокринной системы в пределах разбираемых нозологических форм
3.1.8	Особенности оказания неотложной помощи при эндокринных заболеваниях.

3.1.9	Основные принципы профилактики типичных форм эндокринных заболеваний.
3.2	Уметь:
3.2.1	пользоваться учебной, научной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности
3.2.2	уметь работать с медицинской документацией, заполнять истории болезни, выписывать рецепты
3.2.3	провести опрос, физикальное обследование пациента, оценить его состояние, провести обследование органов эндокринной системы
3.2.4	выявлять основные патологические симптомы и синдромы эндокринных заболеваний
3.2.5	составлять план лабораторных и инструментальных методов обследования пациентов для подтверждения предполагаемого диагноза, интерпретировать их результаты.
3.2.6	определить алгоритм постановки диагноза эндокринного заболевания с учетом МКБ-10, сформулировать развернутый клинический диагноз
3.2.7	разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить медикаментозную и немедикаментозную терапию
3.2.8	Выявлять неотложные и угрожающие жизни состояния и оказывать неотложную медицинскую помощь при заболеваниях эндокринного генеза
3.2.9	Использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики эндокринных заболеваний на основе доказательной медицины
3.3	Владеть:
3.3.1	навыками ведения медицинской документации, техникой оформления истории болезни .
3.3.2	Алгоритмом общеклинического обследования больного с эндокринной патологией;
3.3.3	Алгоритмом лабораторного и инструментального обследования при подозрении на эндокринную патологию, интерпретацией полученных в ходе исследования результатов;
3.3.4	Навыками постановки предварительного диагноза с формированием плана обследования
3.3.5	Навыками формулировки клинического диагноза больных с заболеваниями эндокринных желез, протекающих в типичной форме;
3.3.6	Навыками ведения и лечения больных с эндокринной патологией и оценкой эффективности результатов лечения.
3.3.7	Способами оказания неотложной помощи при эндокринных заболеваниях.
3.3.8	Навыками планирования мероприятий по профилактике и лечению наиболее распространенных эндокринных заболеваний;

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)							
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте. факт.	Примечание
	Раздел 1. Раздел 1. Диабетология (Сахарный диабет)						
1.1	Введение в эндокринологию. Сахарный диабет: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика /Лек/	8	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.2 Э1	0	
1.2	Лечение сахарного диабета /Лек/	8	2	ПК-9	Л1.3 Л3.3 Э1 Э3	0	
1.3	Микро- и макрососудистые осложнения сахарного диабета. /Лек/	8	2	ПК-6 ПК-9	Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.4 Э1	0	
1.4	Комы при сахарном диабете /Лек/	8	2	ПК-6 ПК-9	Л1.4 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Э1 Э3	0	
1.5	Сахарный диабет. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика. Курация больного сахарным диабетом /Пр/	8	4	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.4 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.2 Л3.3 Э1 Э3	0	
1.6	Лечение сахарного диабета 1 и 2 типа. Изменение образа жизни. Принципы инсулинотерапии. Таблетированные сахароснижающие препараты /Пр/	8	4	ПК-9	Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.5 Л3.3 Э1 Э3	0	

1.7	Сахарный диабет. Самоконтроль и обучение при СД 1 и 2 типа. Расчет инсулинотерапии. Расчет питания по хлебным единицам /Ср/	8	6	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.4 Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.3 Л3.4 Л3.2 Э1 Э3	0	Посещение «Школ Диабета». Дневники самоконтроля. Расчет инсулинотерапии для курируемых больных. Расчет питания по ХЕ для курируемых больных.
1.8	Микро- и макрососудистые осложнения сахарного диабета. Диабетическая ретинопатия, нефропатия, нейропатия. Особенности ИБС при сахарном диабете. Артериальная гипертензия и сахарный диабет.(/Пр/	8	4	ПК-6	Л1.4 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.4 Э1 Э3	0	
1.9	Сахарный диабет. Диабетическая нейропатия. Синдром диабетической стопы /Ср/	8	2	ПК-6 ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.4 Э1 Э3	0	
1.10	Острые осложнения сахарного диабета. Кетоацидоз, кетоацидотическая кома. Гипогликемия, гипогликемическая кома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Принципы лечения. Гиперосмолярные гипергликемические состояния, молочнокислый ацидоз. /Пр/	8	4	ПК-6 ПК-9	Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.5 Л3.4 Э1 Э3	1	Рольевые игры с использованием чек-листов.
	Раздел 2. Раздел 2. Другие эндокринные заболевания у взрослых						
2.1	Заболевания щитовидной железы. Синдром тиреотоксикоза. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, методы лечения /Лек/	8	2	ПК-6 ПК-9	Л1.5 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Э2	0	
2.2	Синдром гипотиреоза. Йододефицитные заболевания. Эпидемиология, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика. Лечение. Профилактика /Лек/	8	2	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л3.1 Э2	0	
2.3	Диффузный токсический зоб. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. /Пр/	8	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Э2	0	
2.4	Гипотиреоз. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. диагностика и лечение /Пр/	8	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Э2	0	
2.5	Заболевания щитовидной железы. Тиреоидиты. /Ср/	8	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.2 Л2.1 Э2	0	

2.6	Йоддефицитные заболевания. Эпидемиология, клинические проявления, профилактика. Эндемический зоб, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Спорадический зоб. /Пр/	8	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э2	1	Работа в малых группах. Самообследование щитовидной железы. Экспресс метод определения йода в соли
2.7	Заболевания паращитовидных желез. Гиперпаратиреоз. Гипопаратиреоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. /Пр/	8	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2	0	
2.8	Гиперпаратиреоз в составе эндокринных синдромов /Ср/	8	4	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2	0	
2.9	Синдром гипокортицизма, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение. /Лек/	8	2	ПК-6 ПК-9	Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2	0	
2.10	Хроническая недостаточность коры надпочечников. Классификация. Болезнь Аддисона, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Вторичная недостаточность коры надпочечников. Острая недостаточность коры надпочечников. Диагностика, лечение. /Пр/	8	4	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2	0	
2.11	Синдром гиперкортицизма. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения. /Лек/	8	2	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.4	0	
2.12	Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная, лечение. /Пр/	8	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.4 Л2.1 Л2.2	0	
2.13	Заболевания гипоталамо-гипофизарной области. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. /Лек/	8	2	ПК-6 ПК-9	Л1.6 Л1.1 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1	0	
2.14	Акромегалия. Несахарный диабет. Гипопитуитаризм. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение /Пр/	8	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	
2.15	Ожирение. Классификация. Этиопатогенез. Патологические изменения со стороны внутренних органов, основные методы лечения ожирения. /Пр/	8	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э3	0	
2.16	Заболевания гипоталамо-гипофизарной области. Нарушение роста у детей и взрослых. Соматотропная недостаточность. /Ср/	8	2	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.6 Л2.2	0	
2.17	Ожирение. Эпидемиология. Профилактика. Метаболический синдром. Здоровый образ жизни. /Ср/	8	2	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.2 Л2.3 Э3	0	
2.18	Итоговое зачетное занятие /Пр/	8	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л3.1 Э1 Э2 Э3	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ	
5.1. Контрольные вопросы и задания	
1. Эпидемиология и классификация СД 2. Риск факторы СД 2 типа, диагностика нарушений углеводного обмена в группе риска. 3. СД 1 типа, этиология и патогенез. 4. Клиника, диагностика сахарного диабета 1 типа 5. СД 2 типа, этиология и патогенез. 6. Клиника, диагностика сахарного диабета 2 типа 7. Принципы лечения сахарного диабета 2 типа: сахароснижающие пероральные препараты. 8. Показания к инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа 9. Этиология, патогенез, классификация макрососудистых осложнений сахарного диабета. 10. Особенности ИБС у пациентов с сахарным диабетом. 11. Этиология, патогенез, классификация микрососудистых осложнений сахарного диабета. 12. Классификация диабетической ретинопатии. Принципы диагностики и лечения. 13. Классификация диабетической нефропатии. Принципы диагностики и лечения. 14. Классификация диабетической нейропатии. Принципы диагностики и лечения 15. Этиология и патогенез диабетического кетоацидоза и комы. 16. Клинические варианты течения диабетического кетоацидоза и комы. 17. Диагностика, лечение диабетического кетоацидоза и комы. 18. Гиперосмолярные гипергликемические состояния, диагностика, принципы лечения.. 19. Гипогликемия, гипогликемическая кома, этиопатогенез, клиника, диагностика, неотложная помощь. 20. Молочнокислый ацидоз, диагностика, принципы лечения 21. Дифференциальная диагностика коматозных состояний при сахарном диабете. 20. Диффузный токсический зоб (Болезнь Грейвса), этиология, патогенез 22. Диффузный токсический зоб. Клиника, диагностика, принципы лечения.. 23. Гипотиреоз. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. 24. Особенности клиники и диагностики вторичного гипотиреоза. 25. Тиреоидиты, классификация, диагностика, принципы лечения. 26. Гипопаратиреоз, диагностика, принципы лечения. 27. Гиперпаратиреоз, диагностика, принципы лечения. 28. Йододефицитные заболевания. Классификация. Роль йода в организме человека. 29. Профилактика ЙДЗ: массовая, групповая, индивидуальна. Группы риска ЙДЗ 30. Эндемический и спорадический зоб, диагностика и лечение 31. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез, клиника, принципы диагностики и лечения. 32. Дифференциальная диагностика первичной и вторичной ХНН. 33. Острая надпочечниковая недостаточность, аддисонический криз, принципы диагностики и лечения.. 34. Болезнь Иценко-Кушинга, этиопатогенез, клиника, принципы диагностики и лечения 35. Дифференциальный диагноз болезни и синдрома Иценко-Кушинга. 36. Акромегалия. Этиопатогенез, клиника, принципы диагностики и лечения 37. Несахарный диабет. Этиопатогенез, клиника, принципы диагностики и лечения 38. Гипопитуитаризм. Этиопатогенез, клиника, принципы диагностики и лечения 39. Соматотропная недостаточность. Этиопатогенез заболеваний передней доли гипофиза. 40. Этиопатогенез ожирения, классификация, ожирение, как риск фактор других заболеваний. 42. Клинические проявления ожирения. 43. Профилактика и лечение ожирения..	
Перечень типовых заданий для проверки уровня УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ в ПРИЛОЖЕНИИ 1	
5.2. Темы курсовых работ (проектов)	
Учебным планом не предусмотрено написание курсовой работы по дисциплине	
5.3. Фонд оценочных средств	
1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ Перечень теоретических вопросов из п.5.1. согласно тематике раздела. 2. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ 3. ТЕСТ. Перечень тестовых вопросов согласно тематике раздела в ПРИЛОЖЕНИЕ 2 4. КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО. 3.1 Каждый студент получает для курации одного больного с эндокринной патологией. 3.2. Куратор проводит опрос и осмотр больного по прилагаемой схеме, знакомится с результатами имеющихся лабораторных анализов и снимков, с лечением пациентов. 3.3. Схема курации: • Паспортные данные • Жалобы. В первую очередь описываются жалобы, относящиеся к заболеванию, послужившему причиной госпитализации, затем - другие жалобы. Анамнез заболевания. Начало заболевания, течение, лечение в прошлом, причины, причины госпитализации. • Анамнез жизни (краткий). Заболевания, перенесенные в прошлом. • Данные объективного обследования, содержащие сводку патологических данных по системам и органам.	

Клиническое описание эндокринной системы пациента. Данные обследования. • Диагноз, заключение по курации. 5. ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Во время обучения по первому разделу студенту дается на курацию пациент с сахарным диабетом, он отрабатывает навыки по объективному обследованию больного, учится наблюдать больных, развивает клиническое мышление и заполняет историю болезни согласно приведённой схеме (ПРИЛОЖЕНИЕ 3). 6. ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела 1. Самоконтроль и обучение при сахарном диабете 1 и 2 типа. 2. Инсулинотерапия и расчет питания по хлебным единицам. 3. Синдром диабетической стопы 4. Тиреоидиты. 1. Соматотропная недостаточность. 2. Гиперпаратиреоз в составе эндокринных синдромов. 3. Профилактика ожирение. Здоровый образ жизни.
5.4. Перечень видов оценочных средств
1. Теоретическое задание 2. Курация больного 3. Ситуационная задача 4. Доклад с презентацией 5. История болезни Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 4

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)			
6.1. Рекомендуемая литература			
6.1.1. Основная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Дедов И.И., Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев	Эндокринология: учеб. [Электронный ресурс] 2-е изд., перераб. и доп.	ГЭОТАР-Медиа 2013
Л1.2	Дедов И.И., Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев.	Эндокринология: учебник : для студентов медицинских вузов. : Эндокринология	М. : ГЭОТАР-Медиа 2012
Л1.3	Д.Е. Колода.	Фармакотерапия в эндокринологии : Эндокринология	М. : ГЭОТАР-Медиа 2011
Л1.4	А.С. Аметов, С.Б. Шустов, Ю.Ш. Халимов,	Эндокринология: Эндокринология	М. : ГЭОТАР-Медиа 2016
Л1.5	20. Фадеев В.В., Перминова С.Г., Назаренко Т.А., Корнеева И.Е., Мельниченко Г.А., Дедов И.И.	Заболевания щитовидной железы и репродуктивная функция женщины. : Эндокринология	МАИ-ПРИНТ 2009
Л1.6	под редакцией профессора, И.И. Дедова	Нейроэндокринология: Эндокринология	2011
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко	Эндокринология: национальное руководство: краткое издание.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2016
Л2.2	С.Б. Шустов, В.Л. Баранов, Ю.Ш. Халимов	Клиническая эндокринология : Эндокринология	М. : МИА. 2012
Л2.3	В.Э. Ванушко, Н.В. Сморошок, Д.Г. Бельцевич, А.Ю. Григорьев	Хирургические методы лечения в эндокринологии : Эндокринология	М. : ГЭОТАР-Медиа 2011
Л2.4	Мкртумян А.М., Нелаева А.А.	Неотложная эндокринология: учебное пособие	М., 2010

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.5	А.Ю. майоров, Е.В. Суркова, О.В. Луныкина под редакцией академика РАН и РАМН Дедова И.И.	Фармакотерапия сахарного диабета 2 типа: Эндокринология	2008
Л2.6	Джереми К.Х. Уэльс, Йен-Маартен Вит, Алан Д. Рогол	Атлас детской эндокринологии и нарушений роста : Эндокринология	М.: ГЭОТАР-Медиа 2012
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Султаналиева Р.Б., Рысбекова Г.С.	Заболевания щитовидной железы в очаге йодного дефицита: Эндокринология	Бишкек 2009
Л3.2	Султаналиева Р.Б Князева В.Г., Добрынина Н.П., Курганская М.Ю.	Диагностика и лечение сахарного диабета 2 типа /Клиническое руководство: Эндокринология	Бишкек 2017
Л3.3	Султаналиева Р.Б Князева В.Г., Добрынина Н.П., Курганская М.Ю.	Обучение и самоконтроль пациентов СД 2 типа/Клинический протокол	Бишкек 2017
Л3.4	Султаналиева Р.Б Князева В.Г., Добрынина Н.П., Курганская М.Ю.	Хронические и острые осложнения СД 2 типа./Клинический протокол	Бишкек 2017
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	International Diabetes Federation		IDF.org
Э2	Тиронет- все о щитовидной железе		thyronet.rusmedserv.com
Э3	Эндокринологический Научный Центр Министерства Здравоохранения Российской Федерации		www.endocrincentr.ru
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Компетентностно-ориентированные образовательные технологии		
6.3.1.2	Традиционные образовательные технологии – лекции, практические занятия, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базе эндокринологического отделения клиники с обязательным посещением больных, самостоятельным курированием пациентов, с посещением «Школ Диабета», где обучают больных контролировать свое заболевание.		
6.3.1.3	Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системное мышления и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся практические занятия, при проведении которых используется кейс – методика, проблемно-деятельностное обучение, ролевые игры, методика мозгового штурма.		
6.3.1.4	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателем лекций-презентаций.		
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения			
6.3.2.1	Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"		
6.3.2.2	Перечень информационных и образовательных технологий		
6.3.2.3	Компетентностно-ориентированные образовательные технологии		
6.3.2.4	Традиционные образовательные технологии – лекции, практические занятия, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базе эндокринологического отделения клиники с обязательным посещением больных, самостоятельным курированием пациентов, с посещением «Школ Диабета», где обучают больных контролировать свое заболевание.		

6.3.2.5	Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системное мышления и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся практические занятия, при проведении которых используется кейс – методика, проблемно-деятельностное обучение, ролевые игры, методика мозгового штурма.
6.3.2.6	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателем лекций-презентаций.
6.3.2.7	Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения
6.3.2.8	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.9	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)
6.3.2.10	www.med-edu.ru/articles
6.3.2.11	Государственная центральная научная медицинская библиотека / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.scsml.rssi.ru .
6.3.2.12	http://medvuz.info/
6.3.2.13	Электронная библиотечная система "Консультант студента" / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru .
6.3.2.14	Электронный каталог OPAC-Global / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://library.stgma.ru .
6.3.2.15	Электронная библиотека КРСУ www.lib.krsu.kg
6.3.2.16	Электронная библиотека МЗ КР

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Дисциплина преподается на базе Городской клинической больницы №1, где располагаются кафедра терапии №1, специализированное отделение эндокринологии, «Школа Диабета», лекционный зал, 8 учебных комнаты, общей площадью 200 кв.м. (блок парты, кушетки, учебные доски). Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор). У студентов имеется доступ к информационным стендам, плакатам, электронной библиотеке.
7.2	Практическая подготовка изучения программы по детской эндокринологии проводится на базе детского эндокринологического отделения Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид), где имеется учебная комната, детская «Школа Диабета».
7.3	Презентации лекций по всем разделам дисциплины(PowerPoint)
7.4	Компьютерные классы (корпус Л.Толстого, ауд.4/12, 4/15)с выходом в сеть Интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 4.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность), курация больного, решение ситуационных задач и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном, в виде и тестов
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины, проводится в виде подведение итогов по истории болезни, решение ситуационных задач.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

1. При явке на зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете.
2. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли.
3. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть).
4. Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации больного студентами в течении семестра. Оценка промежуточного контроля: - min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия) - 20-25

баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению) - 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

I. ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

- При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана: 1) Организационный этап занятия (время – до 2%): а) переключки; б) задание на дом следующей темы; в) мотивация темы данного практического занятия; г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
- Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%): а) варианты тестового контроля; б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
- Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%);
- Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время – до 45%) или решение ситуационных задач (при отсутствии тематического больного);
- Заключительный этап занятия (время – до 18%): а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач; в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины: Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут. Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут. Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю. Подготовка к практическому занятию – 2 час. Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут). При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут). В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке. При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю.

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий.

При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании. Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.).

Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере. Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint. Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы) Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы: - как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации? - что будет на слайде? - что будет говориться? - как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.

- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.

- Количество слайдов не более 30.

- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.

- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.

- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.

- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.

- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.

- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.

- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.

- Любая фраза должна говорить за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.

- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;

- использовать технические средства; - знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;

- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;

- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.; Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение. Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике.

Вступление должно содержать:

- название презентации;

- сообщение основной идеи;

- современную оценку предмета изложения;

- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;

- живую интересную форму изложения; Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета.

Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры.

Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы: "Детская хирургия", "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др, а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации. Недопустимо просто скомпоновать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки). Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий: Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге. Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том . № . Страницы от до . Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от до .

Ситуационные задачи по разделу «диабетология»

Задача 1.

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар +++++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какой глюкозоснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 2.

Больной 23 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую мышечную слабость, утомляемость, головные боли, резкое снижение работоспособности, сухость во рту, повышенную жажду, частое обильное мочеиспускание. Заболел около месяца назад после нервного потрясения (нападение хулиганов). Появились жажда и зуд кожи. Стал худеть (за последние две недели потерял около 8 кг), несмотря на то, что аппетит сохранялся, и он довольно много ел. Заметил, что стал по несколько раз просыпаться по ночам, чтобы помочиться, чего прежде не бывало. При осмотре: истощён, кожа

сухая, шершавая. На спине - следы расчесов. Язык красный, липкий. Из рта - сладковато- кислый запах. Тоны сердца приглушены, умеренная тахикардия (до 90 уд/мин). Живот спокойный. Печень увеличена на 2 см. Селезёнка не пальпируется.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Какие наиболее частые осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Задача 3.

Пациент Д. 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на жажду, сухость во рту, учащённое мочеиспускание, ночью до 3 раз, частые боли в затылке, утомляемость при физической нагрузке. Данные жалобы беспокоят в течение года. Из анамнеза выяснено, что много лет избыточный вес, ведёт малоподвижный образ жизни, работает бухгалтером. Головные боли возникают после стрессов на работе. Сухость во рту возникает после съеденной сладкой пищи, которой пациент злоупотребляет. Ранее больной к врачам не обращался. У матери гипертоническая болезнь. Не курит. Аллергический анамнез не отягощён.

При осмотре повышенного питания. ИМТ 31 кг/м^2 , объем талии (ОТ) 100 см. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких – перкуторно звук лёгочный, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, акцент II тона над аортой, ЧСС – 64 уд. в мин., АД – 180/100 мм рт.ст. Язык влажный чистый, живот пальпаторно безболезненный, увеличен в объёме за счёт подкожно- жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову 11*10*6 см, выступает на 2 см из-под рёберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Селезёнка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Периферическая пульсация на артериях стоп сохранена, не снижена.

В общем анализе крови: эритроциты – $4.4 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 142 г/л, ЦП – 0.85, лейкоциты $5.6 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 9 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес - 1018, белка нет, глюкозурия ++,

лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

В биохимическом анализе крови: общий холестерин 6,9 ммоль/л, триглицериды 3,6 ммоль/л, ЛПВП 0,9 ммоль/л, глюкоза крови 9,2 ммоль/л, Hb A1c 7.6%. АЛТ 65 МЕ/л, АСТ 35 МЕ/л, билирубин общий 17 мкмоль/л, прямой 5 мкмоль/л, не прямой – 12 мкмоль/л. Амилаза 60 ЕД.

Рентгенография лёгких – без патологии.

ЭКГ – синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС 64 уд/мин. УЗИ брюшной полости – печень увеличена (12*10*7см), неравномерно уплотнена, «блестит», желчный пузырь не увеличен, стенка 4 мм, взвесь, конкрементов нет, поджелудочная железа неравномерно уплотнена, не увеличена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор.

Через 6 месяцев регулярной терапии – АД колеблется в пределах 150-160/90-95 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, Hb A1c 6.5%, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 88 мкмоль/л, альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 4.

Женщина 36 лет, продавец, обратилась с жалобами на «какую-то мочевую инфекцию, от которой никак не может избавиться». Пациентка считает, что страдает дрожжевой инфекцией мочеполовой системы, так отмечает постоянные белесые выделения из половых путей, зуд и жжение при мочеиспускании. Также она отмечает увеличение частоты мочеиспусканий, связывает это с инфекцией. Моча светлая, обильная, без патологических примесей. В течение последних лет отмечает постоянное увеличение массы тела, за последний год прибавка массы тела составила не менее 6 кг. Пациентка пробовала различные диеты для контроля массы тела, но безуспешно. В последние 3-4 месяца придерживается диеты с ограничением углеводов, но большим количеством белка и жиров. Со слов, хроническими заболеваниями не страдала. Во время единственной беременности в возрасте 30 лет отмечала избыточную прибавку массы тела и большую массу тела плода – при рождении вес составлял 5100 г, роды путем кесарева сечения. Семейный анамнез неизвестен.

При физикальном обследовании рост 155 см, масса тела 86 кг. Кожа влажная, тургор несколько снижен, имеется гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях, под молочными железами отмечается яркая гиперемия. Дыхание везикулярное, хрипов нет,

частота дыхания 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены, при аускультации тоны сердца ритмичные, акцент 2 тона на аорте, АД – 138/88 мм.рт.ст., ЧСС – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

По результатам гинекологического обследования обнаружены обильные белые вагинальные выделения, соответствующие картине кандидозного кольпита, что подтверждено результатами микробиологического исследования.

Результат исследования мочи с использованием тест-полоски показал отрицательные пробы на нитриты, лейкоцитарную эстеразу, белок и глюкозу. Глюкоза периферической капиллярной крови при исследовании портативным глюкометром – 12,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этой пациентке?
4. Какие индивидуальные цели лечения (показатели углеводного обмена и липидов крови) следует установить данной пациентке?
5. Дайте диетические рекомендации пациентке.

Задача 5.

Больной Н. 30 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, сухость во рту, полиурию, ухудшение зрения, онемения, парестезии в нижних конечностях, частые гипогликемические состояния (ночью и днем). Болен сахарным диабетом с 15 лет. Диабет манифестировал кетоацидозом. Получает Хумулин НПХ - 20 ЕД утром, 18 ЕД вечером и Хумулин регулятор - 18 ЕД/сутки. Ведёт активный образ жизни, обучен методике самоконтроля.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение, оволосение по мужскому типу. ИМТ – 19 кг/м². Кожные покровы сухие, чистые. В углах рта заеды. Периферических отёков нет. Щитовидная железа не увеличена, в лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Кожа голеней и стоп сухая, на стопах участки гиперкератоза, пульсация на артериях тыла стопы удовлетворительная.

Результаты обследования: глюкоза крови натощак - 10,4 ммоль/л, через

2 часа после еды - 14,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1014, белок - следы; лейкоциты - 1-2 в поле зрения. Окулист: глазное дно – единичные микроаневризмы, твердые экссудаты, отёк макулярной области.

Подиатр: снижение вибрационной, тактильной чувствительности.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите и обоснуйте целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного больного.
5. Проведите и обоснуйте коррекцию сахароснижающей терапии.

Задача 6.

На приёме у врача-терапевта участкового пациент М. 48 лет. Сахарный диабет 2 типа выявлен случайно при диспансеризации неделю тому назад. Медикаментозную терапию не получает. Из анамнеза: инфаркт миокарда, инсульт не переносил. Обратился к врачу-терапевту участковому для назначения лечения.

Объективно: рост - 170 см, вес - 106 кг. Индекс массы тела (ИМТ) - 37,5 кг/м². Объём талии – 120 см. Кожа умеренной влажности, отложение подкожной клетчатки преимущественно в области живота. Дыхание везикулярное. Пульс - 76 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД - 160/90 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отёков нет.

Представил результаты самоконтроля по глюкометру: глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л, глюкоза через 2 часа после еды – 10 ммоль/л. HbA1c - 7,5%. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумин – 46 г/л, общий билирубин – 13,1 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, АЛТ – 65, АСТ – 53. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) - 91 мл/мин.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз сахарного диабета согласно современным требованиям.
2. Обоснуйте выбор индивидуального целевого уровня гликозилированного гемоглобина у данного пациента. Определите целевые параметры гликемии у данного пациента.
3. Определите объём дополнительного обследования пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при сахарном диабете 2 типа.
4. Определите тактику лечения пациента.

5. Определите показатели гликемического контроля, которые должны использоваться для оценки эффективности гипогликемизирующей терапии при динамическом наблюдении.

Задача 7.

Женщина 52 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд. Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда.

Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу.

Работает поваром в детском учреждении. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит.

Мама страдала сахарным диабетом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 36 кг/м^2 . Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчёсов. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет

В анализах: глюкоза крови натощак - 5,8 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. В результате проведенного исследования было выявлено, что у пациентки глюкоза крови натощак - 6,1 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 11,1 ммоль/л; HbA1c - 7,1%. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
4. Дайте больной рекомендации по питанию.
5. Через 6 месяцев больная вновь пришла на приём к врачу. В результате проведённой терапии вес пациентки снизился на 6 кг. HbA1c снизился на 0,5% и была достигнута индивидуальная цель. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 8.

Мужчина 51 года обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения.

Болен в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу.

В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л.

Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКD-EPI) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы Вы порекомендуете пациенту для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор.
5. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Задача 9.

У больной 28 лет сахарный диабет выявлен 3 года назад. С момента постановки диагноза находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД), активно использует средства самоконтроля. Последние 2 недели нарушился режим питания из-за работы. Часто стала отмечать приступы голода, которые сопровождались дрожью в теле, сердцебиением, головной болью, агрессивностью поведения. При измерении глюкометром глюкоза крови в этот момент - 2,8-3,5 ммоль/л. Данные явления купировала самостоятельно приёмом пищи, содержащей много углеводов.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Обоснуйте причину гипогликемических состояний.

4. Обоснуйте необходимость определения гликированного гемоглобина (HbA1c). Дайте рекомендации пациенту для избежания гипогликемических состояний.

Задача 10.

Больная Б. 26 лет, домохозяйка, поступила в эндокринологическое отделение в плановом порядке с жалобами на головную боль по утрам, кошмарные сновидения, «разбитость» в утренние часы.

Из анамнеза известно, что страдает сахарным диабетом 1 типа 3 года. На протяжении всех лет регулярно вводит препараты инсулина: Протафан (продленный инсулин) 12 Ед в 8.00 и 14 ед. п/к в 20.00 и Ново-Рапид (инсулин короткого действия) 8ед.

– 6 ед. – 4 ед. п/к. HbA1c 3 месяца назад – 6,0%. В течение последней недели стала отмечать вышеописанные жалобы. Регистрировала глюкозу утром натощак – 9,8-8,2 ммоль/л. Самостоятельно увеличила вечернюю дозу Протафана до 16-18 ед., улучшения не отмечалось, просыпалась ночью от кошмарных сновидений и выраженной потливости.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Активна. Кожные покровы и слизистые нормальной влажности и тургора. Отеков нет, стрий нет. Масса тела 70 кг, рост 175 см. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 80 в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Пульс на всех артериях удовлетворительного качества. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Тактильная, болевая, температурная чувствительность сохранена. Щитовидная железа не увеличена, безболезненная. Лактореи нет.

В анализах: в 12.00 глюкоза капиллярной крови (экспресс методом) – 4,7 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Задача 11.

Мужчина А. 48 лет, слесарь, обратился на приём к терапевту поликлиники с жалобами на головные боли диффузного характера. Выявлена артериальная гипертензия: АД сидя – 150/95 мм рт. ст. АД лежа – 165/100 мм рт. ст. При

обследовании глазного дна: выявлено сужение артерий, расширения и извитость венул, артериовенозные перекресты (С-Г2), микроаневризмы и единичные точечные кровоизлияния по периферии; глюкоза крови натощак - 10,1 ммоль/л, в случайное время дня - 15,0 ммоль/л.

Из анамнеза известно: головные боли беспокоят около года, не обследовался. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Отеков, стрий нет. Слизистые чистые. ОТ – 103 см, ОБ – 88 см, вес - 107 кг, рост - 172 см. ЧД в покое – 18 в минуту. При перкуссии в лёгких ясный лёгочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное над всеми лёгочными полями. АД - 175/90 мм рт. ст., ЧСС – 100 в минуту. Левая граница сердца расширена на 1 см влево, верхняя и правая - в норме. Тоны ритмичные, приглушены. Язык обложен белым налётом, влажный. Живот увеличен за счет жирового слоя. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3 см, край закруглён. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. Стул ежедневно. Диурез не считал. При осмотре нижних конечностей: кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Отсутствует температурная чувствительность на стопах и в нижней 1/3 голени, тактильная и болевая чувствительность сохранены. Проведено УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости нет. Желчный пузырь обычной формы, 68×28 мм, стенка - 2 мм, содержимое эхонегативное. ОЖП - 6 мм (4-6 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, чёткие, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Селезёнка - 48 см² (до 50) не изменена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Задача 12.

Больной М. 18 лет играл с друзьями в футбол. Через 1 час от начала игры стал менее активным, бледным, пожаловался на головную боль и дрожь в теле, затем появилась потливость, стал бессвязно разговаривать, после чего потерял сознание.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение 4 месяцев страдает сахарным диабетом 1 типа, получает инсулинотерапию 32 ЕД в сутки.

Объективно: питания удовлетворительного, рост - 174 см, вес - 68 кг. Сознание отсутствует. Кожные покровы бледные, холодные, диффузный гипергидроз. На передней брюшной стенке следы инъекций. Отеков нет.

Тонус мышц повышен. Тонус глазных яблок повышен. Сухожильные рефлексы повышены. В лёгких ясный лёгочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии, тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 100 ударов в минуту, пульс ритмичный, удовлетворительных качеств, 100 ударов в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×7 см, пузырьные симптомы отрицательные, селезёнка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются.

Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 146 г/л, лейкоциты - $6,9 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 55 %, лимфоциты - 31%, моноциты - 6%, СОЭ - 8 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, удельный вес - 1017, белок - 0,067 г/л, сахар - отр, ацетон - отр, эпителий - 1-2 в поле зрения, лейкоциты - 1-3 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин - 16,9, общ. белок - 69 г/л, сахар - 2,2 ммоль/л, АСТ - 17 Ед/л, АЛТ - 23 Ед/л, Na^+ - 141,65 ммоль/л, K^+ - 4,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 100 в минуту. ЭОС - горизонтальная. Признаки метаболических изменений миокарда.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Задача 13.

Больная П. 24 лет дома потеряла сознание, родственники вызвали скорую помощь.

Анамнез заболевания: известно, что месяц назад появились сухость во рту, жажда (выпивала до 8,0 л/сут), полиурия, слабость, похудела на 10 кг. К врачам не обращалась. Последние 3 дня стали беспокоить постепенно нарастающие тянущие боли в животе, разлитого характера, отсутствие аппетита, тошнота, накануне была 2-кратная рвота. Сегодня утром стала безучастной к происходящему вокруг, с затруднением отвечала на вопросы.

Постепенно начала терять сознание, дыхание стало учащенным, глубоким, шумным.

Объективно: состояние тяжёлое. Положение пассивное (лёжа на кровати), сознание отсутствует. Питание пониженное, гипотрофия подкожно-жирового, мышечного слоя. Рост - 154 кг, вес - 33 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные, сухие, тургор снижен, цианоз губ. Черты лица заострившиеся. Стрий, гирсутизма нет. В лёгких при перкуссии - ясный лёгочной звук. Дыхание глубокое, шумное, резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе, ЧД – 32 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя- верхний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии, ЧСС - 110 ударов в минуту. Тоны ритмичные, приглушены, шумов нет, 110 в минуту. Пульс ритмичный, малого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/50 мм рт. ст. Язык сухой, красный. Живот подвздут, в акте дыхания не участвует, напряжён при пальпации во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, печень +2 см из-под рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются. Лакторей нет.

Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - $3,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, лейкоциты - $10,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 17%, моноциты - 8%. СОЭ - 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, удельный вес - 1032, белок – 0,376 г/л, сахар - 10%, ацетон - 4++++, эпителий – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, эритроциты - 3-5 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л, креатинин – 135 мкмоль/л, мочевины - 12,7 ммоль/л, сахар – 35,6 ммоль/л, АСТ - 24 Ед/л, АЛТ - 28 Ед/л, Na^+ - 131,3 ммоль/л, K^+ - 3,2 ммоль/л, Fe^{2+} - 17,3 мкмоль/л. КЩС: pH - 7,23, BE - 8,3.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 110 в минуту, предсердные экстрасистолы (3). ЭОС– вправо.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Ситуационные задачи по разделу «Другие эндокринные заболевания у взрослых»

Задача 1.

На приеме женщина 27 лет, которая предъявляет жалобы на постоянную нервозность, слабость, сердцебиение, которые усилились, в последние несколько дней появился тремор рук. Также она отмечает трудности с концентрацией внимания, в том числе на работе (работает экономистом предприятия) и раздражительность, на что обращают внимание ее коллеги. Симптомы нарастали в течение последних 3 месяцев, отмечает снижение массы тела примерно на 4 кг за это время, в течение последнего месяца присоединилась бессонница, в связи с чем она решила обратиться к врачу. Менструации отсутствуют в течение 2 месяцев, до этого были регулярными. Наличие хронических заболеваний отрицает, лекарственные препараты не принимает. Пациентка не замужем, регулярную половую жизнь отрицает, контрацептивами не пользуется. Пациентка не курит, не употребляет наркотики и редко употребляет алкогольные напитки в небольших количествах. Во время опроса пациентка возбуждена и подвижна. При физикальном обследовании рост 172 см, масса тела 52 кг, кожа горячая и влажная, температура тела 36,9°C.

Имеет место двухсторонний экзофтальм и отставание верхнего века при взгляде вниз. При пальпации шеи определяется симметрично увеличенная щитовидная железа без отчетливо пальпируемых узлов, эластичной консистенции, смещаемая, безболезненная. Перкуторные размеры сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 112 в минуту, АД – 138/84 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Кожа голеней уплотнена, гиперемирована с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, однако отмечается тремор кистей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для подтверждения диагноза?
4. Какие методы визуализации следует использовать для подтверждения диагноза?
5. Каковы принципы лечения данной пациентки?

Задача 2.

Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, тёплые на ощупь, периферических отёков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. Мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения данной больной.
5. Оценка эффективности проводимой терапии.

Задача 3.

Больная 38 лет с ДТЗ (диффузный токсический зоб) предъявляет жалобы на ощущение песка в глазах, двоения, слезотечение, светобоязнь. При осмотре отмечается двусторонний экзофтальм (больше справа), инъектированность склер.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. В каких дополнительных обследованиях нуждается по поводу глазных симптомов?
4. Назначьте лечение.
5. Прогноз в отношении заболевания.

Задача 4.

Пациентка М. 30 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на снижение массы тела на 10 кг в течение 3-х последних месяцев, учащённые сердцебиения как в покое, так и при физической нагрузке, ощущение дрожи в теле, раздражительность, нарушения сна, слабость. При осмотре: рост - 168 см, вес - 53 кг, ИМТ - 19 кг/м^2 . Кожные покровы теплые, «бархатистые». Мелкий тремор тела и пальцев рук. Экзофтальм с обеих сторон, симптом Грефе положительный. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия - 120 ударов в минуту, АД - 145/70 мм рт. ст. Щитовидная железа при осмотре однородная, доли значительно больше дистальной фаланги первого пальца пациентки, изменена конфигурация шеи.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты - $6,4 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты – $311 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 16 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумин – 45 г/л, общий билирубин – 14,1 мкмоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 126 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС.

УЗИ щитовидной железы: объём железы - 48 мл, эхогенность обычная, структура однородная, усилен кровоток.

Гормональное обследование: тиреотропный гормон - 0,005 мМЕ/л (норма 0,2-4,2 мМЕ/л), свободный тироксин - 60 пМоль/л (норма 9-22 пМоль/л).

Вопросы:

1. Поставьте и сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Определите объём дополнительного обследования, необходимого для уточнения диагноза.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Определите тактику лечения.
5. Определите параметры контроля за эффективностью и безопасностью терапии в процессе лечения.

Задача 5.

Больная И. 23 лет на приёме в поликлинике жалуется на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, тремор, сердцебиение, ощущение «песка в глазах», слезотечение.

Из анамнеза известно, что начало заболевания связывает с

переутомлением. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Подкожно жировой слой развит умеренно (рост - 170 см., вес - 54 кг). Отмечается тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мобиуса положительные. Щитовидная железа увеличена до II степени, эластична, однородная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, громкие тоны. ЧСС - 120 ударов в минуту. АД - 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, иногда 2-3 раза в сутки.

Вопросы:

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

Задача 6.

Больной М. 44 лет на приеме у врача-терапевта участкового жалуется на быструю утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса.

Из анамнеза известно, что указанные жалобы возникли 6 лет назад без видимой причины и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 76 до 118 кг. В анамнезе - повторные ангины.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост - 165 см, кожные покровы чистые, сухие, особенно на локтях, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Кисти пастозны. На нижних конечностях плотный отек. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16. Границы относительной тупости сердца: левая - 1,5 см кнаружи от средне-ключичной линии; правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс - 53 в минуту, ритмичен. АД - 90/70 мм рт. ст. Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счет жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена. Стул регулярный.

При лабораторном исследовании было выявлено ТТГ: 14 мМЕ/л (норма 0,4- 4 мМЕ/л), св. Т4 - 5,6 пмоль/мл (10 пмоль/л-25 пмоль/л, анти-ТПО - 364

МЕ/Мл (до 30 МЕ/мл).

Общий анализ крови: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин -

96 г/л. Холестерин крови - 8,8 ммоль/л. Общий анализ мочи без патологии. Электрокардиография – снижение вольтажа зубцов, брадикардия, уплощения зубца Т.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи.
5. Через 3 месяца после назначенной патогенетической терапии уровень ТТГ - 7,2 мМЕ/л. Ваша дальнейшая тактика.

Задача 7.

Больная 64 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость кожных покровов, избыточный вес (ИМТ - 28), снижение температуры тела, снижение аппетита, запоры, снижение памяти, сонливость. При осмотре: кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Отечность лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 58 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Температура тела - 36,3°C. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края рёберной дуги. Стул нерегулярный, склонность к запорам. По данным лабораторного обследования: общий анализ крови: гемоглобин - 104 г/л, холестерин - 9,4 ммоль/л, триглицериды - 5,5 ммоль/л, КФК – 247, АСТ - 48, ТТГ - 15,3 мЕ/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите наиболее вероятную причину заболевания.
3. Составьте план обследования данной пациентки.
4. Какова тактика лечения данного пациента?
5. Показано ли данной пациентке оперативное лечение?

Задача 8.

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 36 лет с жалобами на выраженную общую слабость, сонливость, ухудшение памяти,

сухость кожных покровов, избыточную массу тела (ИМТ - 27,2 кг/м²), отсутствие менструаций. Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентка оперирована по поводу узлового зоба. Заместительная терапия не назначалась. При осмотре: кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, язык с отпечатками зубов. АД - 105/60 мм рт. ст. По данным лабораторного обследования выявлена анемия: гемоглобин - 102 г/л, холестерин - 7,8 ммоль/л, триглицериды - 4,7 ммоль/л, глюкоза крови - 3,4 ммоль/л. На ЭКГ: брадикардия - 54 удара в минуту, низкий вольтаж зубцов.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Составьте диагностический алгоритм обследования данной пациентки.
3. Консультации каких специалистов следует включить в план обследования?
4. Какова тактика лечения данного пациента?
5. Какова длительность назначения патогенетической терапии?

Задача 9.

Больная М. 36 лет, продавец, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, отёчность лица, запоры, отсутствие менструаций в течение 7 месяцев.

Из анамнеза: считает себя больной в течение последнего года. Состояние постепенно ухудшалось, прибавила в весе 5 кг за период болезни. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост - 163 см. Вес - 66 кг.

Температура тела - 36,1°C. Кожа бледная, сухая, на голених выражено шелушение. Пастозность лица, плотные отеки стоп, нижней трети голени. Волосы на голове редкие, ломкие. Оволосение на туловище соответствует женскому полу и возрасту. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы не изменены. Лакторея (++) . Над симметричными областями грудной клетки перкуторно определяется ясный лёгочной звук. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Пульс на лучевых артериях ритмичный, слабого наполнения, симметричный, 55 в минуту, АД - 126/80 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет, 55 в минуту. Язык чистый, отпечатки зубов на языке. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации мягкая, безболезненная. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы (Мерфи, Кера, Мюсси, Ортнера) – отрицательные.

Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Не пальпируются. Костно-мышечная система без особенностей. Щитовидная железа не увеличена при осмотре, при пальпации плотно-эластичная, безболезненная, узловые образования не определяются. Симптомы Мебиуса, Кохера, Грефе – отрицательные.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$ ($3,5-4,7 \times 10^{12}/л$), гемоглобин - 101

г/л; СОЭ - 15 мм/ч. Общий анализ мочи: жёлтая, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, глюкоза – 4,0 ммоль/л; железо – 5,5 мкмоль/л. ТТГ – 22,7 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 6,3 пкмоль/л; АТ к ТПО – 250 Ед/мл (0-30).

УЗИ щитовидной железы: V общ. – 6,3 см³ (8,3- 18,0). Повышенной эхогенности. Структура выражено диффузно-неоднородная.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Задача 10.

Больная П. 35 лет обратилась на консультативный приём в поликлинику с жалобами на сонливость, слабость, пастозность лица, сухость кожных покровов, запоры.

Из анамнеза заболевания: данные симптомы беспокоят в течение последние 5 месяцев. Полгода назад была прооперирована по поводу диффузного токсического зоба (ДТЗ). С этого времени к врачам не обращалась, лечения не получала.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие. Пастозность лица, отпечатки зубов на языке. Отёков, стрий, гирсутизма нет. При перкуссии лёгких над всеми лёгочными полями определяется ясный лёгочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 55 в минуту. АД - 95/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. На коже шеи послеоперационный рубец. Щитовидная железа пальпаторно не определяется. Лакторей нет

Результаты исследования. Общий анализ крови: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$,

гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - $6,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 7%, СОЭ - 10 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар - отр., эпителий - 4 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: сахар - 4,2 ммоль/л, АСТ - 17 Ед/л, АЛТ - 21 Ед/л, Na - 139 ммоль/л, K - 4,2 ммоль/л, Fe - 4,7 мкмоль/л. УЗИ

щитовидной железы: V пр. доли - 0 см³, V лев. доли - 1,1 см³, V общ. - 1,1 см³. Нормальной эхогенности. Структура диффузно-неоднородная, узловые образования не определяются.

ЭКГ: ритм - синусовая брадикардия, ЧСС - 56 в минуту, ЭОС горизонтальная. Умеренные метаболические изменения миокарда. Гормональный профиль и определение антител: ТТГ - 19,8 мкМЕ/мл, Т4 своб. - 7,0 пкмоль/л

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Задача 11.

Больная К. 60 лет. Обратилась на консультативный приём в поликлинику с жалобами на запоры, осиплость голоса, снижение памяти, слабость, сонливость, пастозность лица, выпадение волос, сухость кожных покровов.

Из анамнеза известно: данные симптомы беспокоят в течение последних 12 месяцев.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, гиперкератоз локтей. Пастозность лица, умеренные плотные отеки нижних конечностей (стопы, голеностопный сустав, верхняя треть голени). Стрий, гирутизма нет. При перкуссии лёгких над всеми лёгочными полями определяется ясный лёгочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 15 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 60 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненная, узловых

образований не определяется. Лакторее нет.

Результаты исследований. Общий анализ крови: эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 122 г/л, лейкоциты - $5,9 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 26%, моноциты - 5%, СОЭ - 11 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, удельный вес - 1021, белок - отр., сахар - отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: сахар - 4,4 ммоль/л, АСТ - 16 Ед/л, АЛТ - 19 Ед/л, Na - 142 ммоль/л, K - 3,9 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: V пр. доли - $3,0 \text{ см}^3$, V лев. доли - $2,1 \text{ см}^3$, V общ. - $5,1 \text{ см}^3$. Эхогенность повышена. Выраженная диффузно-неоднородная структура, узловых образований не определяется.

ЭКГ: ритм - синусовая брадикардия, ЧСС - 59 в минуту, ЭОС вертикальная. Определяется умеренное снижение вольтажа зубцов. Умеренные метаболические изменения миокарда.

Гормональный профиль и определение антител: ТТГ - 26,7 мкМЕ/мл.

Т4своб - 6,1 пмоль/л, АТ к ТПО - 271 Ед/мл, АТ к тиреоглобулину - 310 мкг/мл.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Задача 12

Пациентка Н. 28 лет в течение трёх лет страдает болезнью Аддисона. Получает заместительную терапию: 5 мг Преднизолона утром, 2,5 мг в 16.00, Флудрокортизон 0,1 мг утром. Состояние было удовлетворительным. Четыре дня назад заболела гриппом. Дозу глюко- и минералокортикоидов не изменяла. Состояние больной резко ухудшилось сутки тому назад: появились резчайшая слабость, адинамия, тошнота, рвота. Доставлена в стационар с проявлениями сосудистого коллапса скорой медицинской помощью.

Объективно: состояние тяжёлое. Продуктивному контакту не доступна. Кожа сухая, смуглая, обращает на себя внимание выраженная гиперпигментация кожи в области сосков, на шее, локтевых сгибах. Пульс - 128 ударов в минуту, слабого наполнения, АД - 60/40 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите объём дополнительных обследований, необходимых для уточнения диагноза и проведения лечения. Предположите ожидаемые результаты обследований в данной ситуации.
4. Определите тактику лечения пациента.
5. Определите профилактические мероприятия по предотвращению развития у пациентки данного состояния.

Задача 13.

Больная Н. 36 лет поступила в плановом порядке в терапевтическое отделение, с жалобами на головокружение при вставании с постели, выраженную мышечную слабость, снижение массы тела на 5 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза жизни: 2 месяца назад на фоне ОРВИ ухудшилось общее состояние, стала беспокоить общая слабость и слабость в мышцах рук и ног, нарастающая к вечеру, отметила потемнение кожи, снижение аппетита.

Объективно: масса тела - 54 кг, рост - 169 см. Общее состояние средней степени тяжести. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно лица, складок шеи, ладонных складок, послеоперационного рубца после аппендэктомии. Слизистая полости рта гиперпигментирована. Кожа умеренно влажная. Отёков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 76 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. в положении лежа, сидя - 80/50 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловые образования не пальпируются.

Исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9/л$, эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 41%, лимфоциты - 48%, моноциты - 3%, СОЭ - 13 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, удельный вес - 1018, белок – 0,01 г/л, сахар – отр., эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Биохимические показатели: АСТ - 21 ед/л, АЛТ - 16 ед/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, мочевины – 6,3 ммоль/л, кальций - 2,5 ммоль/л, калий - 5,6 ммоль/л, натрий - 120 ммоль/л, хлор - 97 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 79 в мин. ЭОС – вертикальная. Без патологии.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Задача 13.

Больной 37 лет предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, головокружение, снижение аппетита, выраженную мышечную слабость в конечностях и при жевании пищи. Последние 3 дня стали беспокоить тошнота в течение всего дня и боли в животе, сопровождающиеся диареей до 2 раз в сутки и несколькими эпизодами рвоты. Отмечает снижение массы тела на 8 кг за последние 3 месяца.

Из анамнеза заболевания: 2 года назад больной проходил лечение в туберкулёзном диспансере с диагнозом «фиброзно-кавернозный туберкулез, МБТ (+), множественная лекарственная устойчивость». Абацилирован на 2 ряде препаратов. Находится на 2 группе диспансерного учёта. 6 месяцев назад начал отмечать постепенное нарастание общей и мышечной слабости во всем теле, появились вышеперечисленные симптомы.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Масса тела - 63 кг, рост - 169 см. Отмечается диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно шеи, плечей, ладонных складок. Слизистая полости рта пигментирована. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Дыхание по всем легочным полям везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушённые, шумы не выслушиваются. АД - 85/60 мм рт. ст. в положении лёжа, в положении сидя - 75/45 мм рт. ст. ЧСС – 88 ударов в минуту, пульс пониженного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Язык влажный, слегка обложен у корня бело-серым налётом. При пальпации живота по всей поверхности отмечается умеренная болезненность. Печень и селезёнка не пальпируются. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловые образования не пальпируются.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

НЬ, г/л — 110, эритроциты — $3,2 \times 10^{12}$, лейкоциты — $3,8 \times 10^9$, эозинофилы — 5, базофилы — нет, юные нейтрофилы — нет, палочкоядерные — 2, сегментоядерные — 44, лейкоциты — 47, моноциты — 2, СОЭ мм/ч — 15

Общий анализ мочи:

Цвет: жёлтый; удельный вес — 1018, белок — 0.018, сахар — отр., ацетон — отр., лейкоциты — 1-2 в поле зрения, эритроциты — нет, эпителий — 1-2 в поле зрения, цилиндры — нет

Биохимические показатели:

АСТ	21	Ед/л	Калий	5.9	Ммоль/л
АЛТ	16	Ед/л	Натрий	129	Ммоль/л
Глюкоза	3.4	Ммоль/л	Хлор	90	Ммоль/л
Мочевина	6.3	Ммоль/л	Креатинин	95	Мкмоль/л

R-g ОГК: Признаки перенесенного фиброзно-кавернозного туберкулеза лёгких.

КТ надпочечников: размеры обоих надпочечников увеличены, определяются участки кальцификации.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Задача 14.

Женщина 35 лет. За последний год отмечает прибавку веса на 10 кг. Беспокоит мышечная слабость, боли в позвоночнике, умеренная жажда и полиурия, изменение внешнего вида — произошло перераспределение жира: много жира на животе, мало на конечностях, уменьшилась мышечная масса, лицо красное, рост волос на лице и конечностях, легко возникают синяки. В течение полугода нет месячных. Артериальная гипертензия - АД 180/100 мм рт. ст. Состояние удовлетворительное. Питание избыточное, вес - 92 кг, рост - 168 см, окружность талии - 100 см. Много жира на верхней половине туловища, животе, мало на конечностях. Кожа сухая, широкие багровые стрии

на боковой поверхности туловища. Пульс - 96 в минуту, ритмичный. АД - 180/90 мм рт. ст. Тоны приглушены. Дыхание везикулярное. Отёков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 168 г/л, эритроциты - $5,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $10,5 \times 10^9$ /л, СОЭ - 12 мм/ч. Глюкоза в плазме натощак – 8,4 ммоль/л, общий холестерин - 7,2 ммоль/л, триглицериды – 2,6 ммоль/л, К – 3,8 ммоль/л, Na – 145 ммоль/л, Ca⁺⁺ 1,01 ммоль/л. В суточной моче свободный кортизол – 1028 ммоль/л (норма до 250 ммоль/л). Уровень кортизола в плазме в 22.00 – 648 ммоль/л. Ночной подавительный тест с 1 мг и 8 мг Дексаметазона – подавления секреции кортизола не произошло. Уровень АКТГ в плазме крови значительно ниже нормы. МРТ области надпочечников – выявлена аденома левого надпочечника 4 см.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Укажите диагностические критерии основного заболевания.
3. Укажите лечебную тактику.
4. Какова профилактика острой надпочечниковой недостаточности?
5. Тактика ведения больной после хирургического лечения.

Задача 15.

Больная В. 45 лет поступила в стационар по направлению врача-терапевта участкового. Беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, резкая слабость, изменение внешности.

Из анамнеза: за последние 5 лет после прекращения менструаций заметно изменилась внешность: покраснело и округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объёме живот, стала сухой кожа, поредели волосы на голове, появились усы. Наблюдалась невропатологом в течение 3 лет в связи с болями в пояснице, которые трактовались как остеохондроз. В течение 2 лет наблюдалась терапевтом по поводу АГ (максимальное АД - 170/100 мм рт. ст.)

Объективно: рост - 175, вес - 110 кг, ИМТ - $35,9 \text{ кг/м}^2$. Больная выглядит значительно старше своих лет, отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки, её избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена, множество геморрагий; на локтях, животе, в подмышечных впадинах - гиперпигментация. На бедрах багрово-красные широкие стрии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 92 в минуту. АД - 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки. Печень по краю реберной дуги, безболезненная.

Лабораторное исследование. Общий анализ крови: эритроциты – $5,3 \times 10^9/\text{л}$,

гемоглобин - 135 г/л, лейкоциты – $10,2 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 76%, лимфоциты - 12%, моноциты - 2%, эозинофилы – 0%, СОЭ - 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 7,7 ммоль/л, К⁺ - 2,5 ммоль/л, Na – 170 ммоль/л, холестерин - 5,7 ммоль/л, Са - 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 МЕ, АСТ - 42 МЕ, общий белок - 57 г/л.

Общий анализ мочи: реакция - щелочная, удельный вес - 1025, сахар ++, белок - 0,25, лейкоциты ++.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 84 в минуту. Электрическая ось горизонтальная. Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические изменения миокарда ЛЖ.

При рентгенологическом обследовании черепа и позвоночника выявлены выраженный остеопороз спинки турецкого седла, остеопороз костей позвоночника.

При МРТ отмечается диффузное увеличение обоих надпочечников.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Задача 16.

Больной М. 46 лет поступил в стационар по направлению врача-терапевта участкового районной поликлиники. Беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, боли в пояснице, усиливающиеся при движении, резкая слабость.

Из анамнеза: последние полгода стал отмечать изменения внешности: округлилось лицо, похудели конечности, увеличился в объеме живот, беспокоит сухость кожи, выпадение волос на голове. Обращался к неврологу в связи с болями в пояснице. Последнее время отмечает повышение АД - до 220/110 мм рт. ст., принимает Эналаприл 5 мг×2 р/сут.

Объективно: состояние удовлетворительное, рост - 161 см. Вес - 95 кг. ИМТ = $36,7 \text{ кг/м}^2$. Больной выглядит значительно старше своих лет,

отмечается перераспределение подкожной жировой клетчатки: её избыточное отложение в области VII шейного позвонка, в надключичных областях, на груди и животе. Кожа сухая, «мраморная», истончена. На животе - багрово-красные широкие стрии. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 88 в минуту. АД - 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки. Печень и селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, эластичная, безболезненная, узловых образований не пальпируются.

Результаты исследований. Общий анализ крови: эритроциты - $5,3 \times 10^9$ /л, гемоглобин - 135 г/л, лейкоциты - $10,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 12%, моноциты - 4%, эозинофилы - 1%, СОЭ - 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 11,2 ммоль/л, K^+ - 3,1 ммоль/л, Na - 140 ммоль/л, холестерин - 5,7 ммоль/л, Ca - 3,6 ммоль/л, АЛТ - 34 МЕ, АСТ - 33 МЕ, общий белок - 67 г/л. Общий анализ мочи: реакция - щелочная, удельный вес - 1025, сахар ++, белок - 0,03, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-3 в п/зрения.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 84 в минуту. Электрическая ось горизонтальная.

Гипертрофия ЛЖ. Дистрофические изменения миокарда ЛЖ.

Рентгенограмма грудного и поясничного отделов позвоночника: остеопороз костей позвоночника.

УЗИ надпочечников: правый надпочечник значительно увеличен в объёме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.

Задача 17.

Больной 39 лет на приёме у врача-терапевта участкового жалуется на слабость, учащённое мочеиспускание, нарушение сна, похудение. Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились примерно через 2 месяца после тяжёлого гриппа, протекавшего с расстройством сознания и

судорогами, по поводу чего пациент был госпитализирован в инфекционную больницу. После выписки из стационара сохранялась утомляемость, нарастала слабость, бессонница, ухудшение аппетита, снижение пото-и слюноотделения, появилась жажда, из-за которой стал ежедневно выпивать до 5-6 литров жидкости, потерял 4 кг. При обследовании патологии внутренних органов не выявлено. Нарушений обмена глюкозы не обнаружено. Исследование мочи по Зимницкому: суточный диурез -7,5 л при относительной плотности мочи 1001-1005 г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Нарушение секреции какого гормона приводит к развитию данного заболевания и каков его патогенез?
3. Какие обследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
4. Сформулируйте и обоснуйте рекомендации по соблюдению питьевого режима для пациента с таким заболеванием.
5. Какой препарат необходимо назначить пациенту?

Задача 18.

Больной 19 лет направлен врачом-терапевтом участковым на обследование в эндокринологическое отделение больницы с подозрением на сахарный диабет, так как в последнее время у него появились сильная жажда (выпивал до 5 литров воды в сутки), вставал пить по ночам, но питье воды не давало утоления жажды. Особенно хотелось очень холодной воды. Одновременно стал часто и обильно мочиться. Моча при этом была светлой «как вода». Стал худеть. В прошлом был в автомобильной катастрофе с ушибом головы. При осмотре - правильного телосложения, пониженного питания. Кожа сухая. Тургор тканей понижен. Слизистые также суховаты. АД - 120/70 мм рт. ст. Пульс - 88 ударов в минуту. Дыхание везикулярное. Живот спокойный. Печень и селезенка не увеличены. Глюкоза крови натощак - 5,3 ммоль/л. Проба на толерантность к глюкозе - нормальная. Сахар в моче и ацетон не обнаружены. Обращала на себя внимание низкая плотность мочи в пробе по Зимницкому (во всех порциях её удельный вес составил не более 1005). Компьютерная томография гипофиза выявила в задней его доле образование, подозрительное на аденому.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

Задача 19.

Больная 50 лет обратилась к врачу с жалобами на почти постоянные мучительные головные боли, которые не снимаются обычными гипотензивными средствами.

При осмотре: подчёркнуто крупные ладони и стопы с толстыми пальцами (при дополнительном расспросе указала, что больше не может, как раньше, носить модельную обувь, так как её невозможно подобрать по размеру). Голова крупная с большими оттопыренными ушами и грубыми чертами лица. Явный прогнатизм. Зубы редкие. Язык большой. Кожа с многочисленными папилломами, сальная, с обильной растительностью по мужскому типу. Сердце, по рентгеновским данным, увеличено. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс нормальный. Печень также увеличена, безболезненная.

Биохимический анализ крови: без существенных отклонений от нормы, уровень глюкозы в крови - 6,3 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Какие осложнения можно ожидать?

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ
по эндокринологии «Лечебное дело»
Раздел «Диабетология»

- 1. ПАЦИЕНТАМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СНИЖАТЬ УРОВЕНЬ САД ДО УРОВНЯ ____ММ.РТ.СТ.**
А) ниже 140
Б) ниже 130
В) 120
Г) ниже 120
- 2. ПАЦИЕНТАМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И ПРОТЕИНУРИЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СНИЖАТЬ УРОВЕНЬ САД ПОД КОНТРОЛЕМ СКФ ДО УРОВНЯ__ММ РТ.СТ.**
А) ниже 130
Б) ниже 140
В) 120
Г) ниже 120
- 3. ЦЕЛЕВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ МЕНЕЕ ____ММОЛЬ/Л**
А) 1,8
Б) 2,0
В) 2,5
Г) 3,0
- 4. МИНИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ СУТОК, КОТОРОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ», СОСТАВЛЯЕТ _____ММОЛЬ/Л**
А) 11,1
Б) 6,1
В) 9,7
Г) 15
- 5. АУТОИММУННАЯ ДЕСТРУКЦИЯ В-КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ**
А) сахарного диабета 1 типа
Б) сахарного диабета 2 типа
В) гестационного сахарного диабета
Г) генетических форм сахарного диабета (mody и др.)
- 6. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**
А) инсулин
Б) Глибенкламид
В) Метформин
Г) Глипизид
- 7. ФЕНОМЕН «УТРЕННЕЙ ЗАРИ» - ЭТО**
А) утренняя гипергликемия, обусловленная повышением секреции контринсулярных гормонов
Б) снижение уровня глюкозы крови в ответ на введение инсулина

- В) исчезновение симптомов вторичного сахарного диабета при болезни Кушинга после двусторонней адреналэктомии
Г) утренняя гипергликемия после ночной гипогликемии

8. НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ПСМ+ прандиальные регуляторы гликемии (глиниды)
Б) метформин + препарат из группы сульфонилмочевины (ПСМ)
В) метформин + препарат из группы ингибиторов ДПП-4
Г) ПСМ + базальный инсулин

9. ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ - ЭТО

- А) гипергликемия, впервые выявленная во время беременности, но не соответствующая критериям «манифестного» сахарного диабета
Б) любое значение гликемии, превышающие нормальный уровень глюкозы во время беременности
В) гипергликемия, впервые выявленная во время беременности или в течение года после родов
Г) гипергликемия, обусловленная сниженной продукцией кортизола у беременной женщины

10. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

- А) иммобилизации пораженной конечности
Б) вазоактивных препаратов
В) препаратов альфа-липоевой кислоты
Г) нестероидных противовоспалительных препаратов

11. ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 4) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ _____ МЛ/МИН/1,73М2

- А) 15-29
Б) 45-59
В) 30-44
Г) 60-89

12. К ГИПОГЛИКЕМИИ НЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- А) незапланированный дополнительный прием пищи
Б) передозировка инсулина
В) неожиданная чрезмерная физическая нагрузка
Г) прием алкоголя

13. ДИАГНОЗ «СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ» СТАВЯТ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- А) язвенного дефекта подошвы стопы и сенсорно-моторной нейропатии
Б) сухости кожных покровов стоп
В) выраженной деформации пальцев
Г) снижения чувствительности в области стоп

14. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И СНИЖЕНИЯ ПРОДУКЦИИ ГЛЮКОЗЫ ПЕЧЕНЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) метформин
- Б) натеглинид
- В) глибенкламид
- Г) акарбозу

15. ТРЕТЬЕЙ А СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 3А) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ _____ МЛ/МИН/1,73М²

- А) 45-59
- Б) 30-44
- В) 15-29
- Г) <15

16. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С ПРОТЕИНУРИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ

- А) комбинированная терапия, включающая ингибитор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ингибитор АПФ или сартан)
- Б) диуретики
- В) бета-адреноблокаторы
- Г) блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда

17. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ПРОТЕКАЮЩИЙ С АБСОЛЮТНОЙ ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСИТСЯ К

- А) 1 типу
- Б) 2 типу
- В) гестационному
- Г) стероидному

18. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО ДЛЯ _____ САХАРНОГО ДИАБЕТА

- А) оценки качества лечения
- Б) диагностики
- В) оценки степени тяжести
- Г) диагностики осложнений

19. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРИРОДА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- А) антигенов HLA DR-3, DR-4
- Б) антител к инсулину
- В) инсулинорезистентности
- Г) С-пептида

20. ГЕМОСТАЗ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) высокой адгезивностью и агрегацией тромбоцитов
- Б) активацией факторов фибринолиза
- В) склонностью к спонтанным кровотечениям
- Г) активацией факторов гипокоагуляции

21. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) лазерная фотокоагуляция
- Б) применение децинона
- В) применение трентала
- Г) применение диабетона

22. К ИНСУЛИНАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ

- А) лантус
- Б) хумалог
- В) актрапид
- Г) протофан

23. К ГРУППЕ ТИАЗОЛИДИНДИОНОВ ОТНОСИТСЯ

- А) пиоглитазон
- Б) новонорм
- В) старликс
- Г) амарил

24. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ САХАРОСНИЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) стимуляция секреции инсулина
- Б) подавление продукции глюкозы печенью
- В) снижение инсулинорезистентности
- Г) торможение всасывания глюкозы в кишечнике

25. ДЛЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДОВ В СЕТЧАТКЕ

- А) новообразование
- Б) извитость
- В) сужение
- Г) расширение

26. КЛАССИФИКАЦИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ

- А) стадию альбуминурии
- Б) отёчную стадию
- В) нефротическую стадию
- Г) гематурическую стадию

27. К ТАБЛЕТИРОВАННЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

- А) метформин
- Б) эксенатид
- В) лираглюд
- Г) гларгин

28. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ

- А) инсулином
- Б) препаратами сульфонилмочевины
- В) агонистами глюкагон-подобного пептида¹
- Г) бигуанидами

29. ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ

- А) гипогликемических состояниях
- Б) вторичной резистентности к пероральным препаратам
- В) гестационном диабете
- Г) сахарном диабете 1 типа

30. ПОРОГОВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ БИКАРБОНАТА НАТРИЯ БОЛЬНЫМ, НАХОДЯЩИМСЯ В СОСТОЯНИИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ pH КРОВИ НИЖЕ

- А) 7,0
- Б) 6,96
- В) 7,16
- Г) 7,06

31. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКАЯ КОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ДЫХАНИЕМ

- А) Куссмауля
- Б) Чейн-Стокса
- В) Биота
- Г) Грокка

32. ДЛЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО

- А) снижение распада жиров
- Б) повышение pH крови
- В) появление ацетона в моче
- Г) гипергликемия

33. ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК В ПЛАЗМЕ КРОВИ, ОПРЕДЕЛЯЕМОГО НЕ МЕНЕЕ ДВУХ РАЗ $\geq$ _____ ММОЛЬ/Л

- А) 7,0
- Б) 6,1
- В) 6,7
- Г) 5,6

34. ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ ЖАЛОБ И УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ В ЛЮБОЕ ПРОИЗВОЛЬНОЕ ВРЕМЯ $\geq$ _____ ММОЛЬ/Л

- А) 11,1
- Б) 6,1
- В) 7,8
- Г) 7,0

**35. ДЛЯ НАЧИНАЮЩЕЙСЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ
ХАРАКТЕРНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ**

- А) микроальбуминурии
- Б) массивной протеинурии
- В) лейкоцитурии
- Г) гематурии

**36. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ
ПРОВОДИТСЯ**

- А) анализ мочи на микроальбуминурию
- Б) бактериальный посев мочи
- В) анализ мочи по Нечипоренко
- Г) проба по Зимницкому

**37. УРОВНИ ГЛИКЕМИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ТРИ МЕСЯЦА
ХАРАКТЕРИЗУЮТ**

- А) гликированный гемоглобин
- Б) оральный тест глюкозотолерантности
- В) гликемию натощак
- Г) постпрандиальную гликемию

38. В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- А) препараты инсулина
- Б) бигуаниды
- В) инкретины
- Г) препараты сульфонилмочевины

39. К ПРЕПАРАТАМ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ОТНОСИТСЯ

- А) гликлазид
- Б) акарбоза
- В) метформин
- Г) вилдаглиптин

**40. ПРИ ПОДСЧЕТЕ ХЛЕБНЫХ ЕДИНИЦ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ УЧИТЫВАЕТСЯ**

- А) кефир
- Б) сливочное масло
- В) творог
- Г) капуста

**41. К ИНГИБИТОРАМ НАТРИЙ-ЗАВИСИМОГО ПЕРЕНОСЧИКА 2 ТИПА
ОТНОСИТСЯ**

- А) канаглифлозин
- Б) метформин
- В) глибенкламид
- Г) вилдаглиптин

**42. В ЛЕЧЕНИИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ
ПРИМЕНЯТЬ**

- А) глюкозу, преднизолон, глюкагон
- Б) преднизолон, глюкозу, альбумин
- В) глюкагон, глюкозу, гепарин
- Г) адреналин, глюкозу, дексаметазон

43. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- А) ингибиторы ангиотензинпревращающего фактора
- Б) диуретики
- В) препараты калия и магния
- Г) препараты витамина D

44. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 ЯВЛЯЮТСЯ

- А) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- Б) блокаторы бета-адренорецепторов
- В) блокаторы ренина
- Г) диуретики

45. ЧАСТОТА ОСМОТРОВ В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 ЛЕГКОЙ ФОРМЫ СОСТАВЛЯЕТ _____ В ГОД

- А) 4 раза
- Б) 2 раза
- В) 6 раз
- Г) 12 раз

46. В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ РЕТРОСПЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОПРЕДЕЛЯЮТ УРОВЕНЬ

- А) гликированного гемоглобина
- Б) постпрандиальной гликемии
- В) гликемии натощак
- Г) глюкозурии

47. В НОРМЕ КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЛЮКОЗЫ В ЦЕЛЬНОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА 75 Г ГЛЮКОЗЫ СОСТАВЛЯЕТ ____ ММОЛЬ/Л

- А) меньше 7,8
- Б) больше 11,1
- В) больше 12,2
- Г) больше 8,9

48. НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) образование аневризм сосудов сетчатки
- Б) пролиферативные изменения сетчатки
- В) новообразование сосудов сетчатки
- Г) наличие кровоизлияний

49. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) дегидратация
- Б) судорожный синдром
- В) быстрое развитие комы
- Г) нормальный или повышенный тонус глазных яблок

50. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) ингибиторы АПФ
- Б) β-адреноблокаторы
- В) диуретики
- Г) сердечные гликозиды

51. ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ СОСТОИТ В

- А) усилении высвобождения инсулина из поджелудочной железы
- Б) восстановлении физиологической чувствительности бета-клеток к гликемии
- В) снижении количества неэстерифицированных жирных кислот и глицерина
- Г) усилении утилизации глюкозы в печени и мышцах

52. ЖИРОВАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) сахарного диабета
- Б) хронической сердечной недостаточности
- В) системной красной волчанки
- Г) саркоидоза с поражением печени

53. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО В КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ В 1-Й ЧАС ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВВОДИТЬ ИНСУЛИН НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА

_____ ЕД

- А) 0,15
- Б) 0,20
- В) 0,10
- Г) 0,30

54. ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ВНУТРИВЕННО ВВОДЯТ

- А) 40 % раствор глюкозы
- Б) 5 % раствор глюкозы
- В) 0,9 % раствор натрия хлорида
- Г) 40 мг фуросемида

55. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ИССЛЕДУЕТСЯ

- А) плазма венозной крови
- Б) капиллярная кровь
- В) суточная моча
- Г) миелограмма

56. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

- А) глюкозы крови
- Б) глюкозы мочи
- В) инсулина крови
- Г) кетоновых тел крови

57. ВЕС БЕЗВОДНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАММОВ

- А) 75
- Б) 100
- В) 50
- Г) 125

58. УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИАГНОСТИРОВАТЬ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, СОСТАВЛЯЕТ

- _____ %
- А) 6,5
 - Б) 5,5
 - В) 5,0
 - Г) 6,0

59. ПАЦИЕНТУ 50 ЛЕТ С ОЖИРЕНИЕМ И ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ УРОВНЕМ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ НАТОЩАК 8,0ММОЛЬ/Л НЕОБХОДИМО В БЛИЖАЙШИЕ ДНИ ПРОВЕСТИ

- А) повторное определение глюкозы плазмы натощак
- Б) глюкозо-толерантный тест
- В) определение глюкозы в моче
- Г) определение инсулина в крови

60. ПОЯВЛЕНИЕ У ЮНОШИ 18 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЖАЖДЫ, ПОЛИУРИИ, ОБЩЕЙ СЛАБОСТИ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ 16 ММОЛЬ/Л, НАЛИЧИЯ АЦЕТОНА В МОЧЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ДИАГНОЗЕ

- А) сахарного диабета 1 типа
- Б) сахарного диабета 2 типа
- В) сахарного диабета вследствие болезни экзокринной части поджелудочной железы
- Г) MODY-диабета

61. УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ НАТОЩАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИАГНОСТИРОВАТЬ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, СОСТАВЛЯЕТ

_____ ММОЛЬ/Л

- А) 7,0
- Б) 6,0
- В) 6,5
- Г) 6,1

62. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ У ЖЕНЩИНЫ 55 ЛЕТ С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА 38,0 ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК 11,5 ММОЛЬ/Л НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ БУДЕТ

- А) сахарный диабет 2 типа
- Б) сахарный диабет 1 типа
- В) сахарный диабет вследствие болезни экзокринной части поджелудочной железы
- Г) латентный аутоиммунный диабет взрослых (LADA)

63. ПАЦИЕНТУ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ОТСУТСТВИИ БЕЛКА В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИКРОАЛЬБУМИУРИИ ПОКАЗАНО

- А) сразу при постановке диагноза
- Б) через 1 год от момента постановки диагноза
- В) через 3 года от момента постановки диагноза
- Г) через 5 лет от момента постановки диагноза

64. ДЛЯ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО

- А) наличие микроаневризм
- Б) снижение остроты зрения
- В) наличие неоваскуляризации
- Г) наличие сосудистых аномалий (извитость, четкообразность сосудов)

65. УРОВНЕМ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИАГНОСТИРОВАТЬ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ _____ ММОЛЬ/Л

- А) 11,1
- Б) 11,0
- В) 10,0
- Г) 9,0

66. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ПЕРВОГО ТИПА СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ

- А) инсулином
- Б) сахароснижающими препаратами группы сульфаниламидов
- В) сахароснижающими препаратами группы бигуанидов
- Г) голоданием

67. ЛЕЧЕНИЕ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ НАЧИНАЮТ С ВВЕДЕНИЯ

- А) изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
- Б) больших доз бикарбоната натрия
- В) преднизолона
- Г) норадреналина

68. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ПОДЪЕМОМ ТЕМПЕРАТУРЫ, СЛЕДУЕТ

- А) увеличить получаемую суточную дозу инсулина
- Б) применить пероральные сахароснижающие средства
- В) уменьшить суточную дозу инсулина
- Г) отменить инсулин

69. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ МЕТФОРМИНА ПАЦИЕНТУ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ВЫРАЖЕННОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВОЗРАСТАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ

- А) лактоацидоза
- Б) кетоацидоза
- В) гипогликемии
- Г) агранулоцитоза

70. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ БИКАРБОНАТА НАТРИЯ ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение pH крови ниже 7,0
- Б) кетонемия
- В) отек мозга
- Г) гипокалиемия

71. В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЦИОНАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ, УГЛЕВОДОВ И ЖИРОВ СОСТАВЛЯЕТ _____ %

- А) 16, 60, 24
- Б) 45, 20, 35
- В) 5, 85, 10
- Г) 65, 30, 5

72. В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В НЕОГРАНИЧЕННОМ КОЛИЧЕСТВЕ МОГУТ ПРИСУТСТВОВАТЬ

- А) помидоры, огурцы, листья салата
- Б) картофель, хлеб
- В) любые фрукты
- Г) молоко и молочные продукты

73. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ЧАСА ЛЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ _____ ЕД/ЧАС НА КГ МАССЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТА

- А) 0,15
- Б) 2
- В) 25
- Г) 0,05

74. ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ТЕРАПИЮ НАЧИНАЮТ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

- А) 40% раствора глюкозы
- Б) 5% раствора глюкозы
- В) 0,9% раствора натрия хлорида
- Г) препаратов калия

75. ПРИ ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ ПРИМЕНЯЮТ

- А) метформин
- Б) инсулин
- В) производные сульфонилмочевины
- Г) ингибиторы дипептидилпептидазы 4 типа

76. ПОКАЗАТЕЛЕМ, НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНО ОТРАЖАЮЩИМ СТЕПЕНЬ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гликозилированный гемоглобин
- Б) гликемия натощак
- В) постпрандиальная гликемия
- Г) глюкозурия

77. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ВЫБОРА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) возраст и наличие макрососудистых осложнений сахарного диабета
- Б) гликемия натощак
- В) постпрандиальная гликемия
- Г) масса тела пациента

78. ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- А) рациональное питание и достаточную физическую активность у детей, подростков и взрослого населения
- Б) гиперкалорийное питание у детей, подростков и взрослого населения
- В) снижение физической активности у детей, подростков и взрослого населения
- Г) назначение бигуанидов взрослым с индексом массы тела $>25,0 \text{ кг/м}^2$

79. ИНСУЛИН УСИЛИВАЕТ

- А) синтез белка в мышцах и печени
- Б) катаболизм белка в мышцах и печени
- В) липолиз в адипоцитах
- Г) глюконеогенез

80. К ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ ТКАНЯМ В ОРГАНИЗМЕ ОТНОСЯТ

- А) мышечную, жировую
- Б) хрусталик глаза
- В) соединительную ткань
- Г) клетки крови

81. ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ИНСУЛИНА НАРАСТАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- А) гликогенолиза
- Б) липогенеза
- В) кетогенеза
- Г) экзогенной глюкозы

82. РАЗВИТИЕ АБСОЛЮТНОЙ ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА 1 СВЯЗАНО С

- А) аутоиммунной деструкцией В-клеток
- Б) резистентностью инсулинозависимых тканей
- В) снижением массы тела
- Г) панкреатэктомией

83. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ БОЛЕЗНИ ИНЦЕНКО-КУШИГИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) усиление глюконеогенеза
- Б) деструкция В-клеток
- В) резистентность тканей к инсулину
- Г) ожирение

84. К ОСНОВНОМУ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ МЕХАНИЗМУ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ОТНОСИТСЯ

- А) инсулинорезистентность и гиперинсулинемия
- Б) деструкция В-клеток
- В) ожирение
- Г) инсулинопения

85. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- А) хронической гипергликемии
- Б) повышения вязкости крови
- В) нарушения деформируемости эритроцитов
- Г) гликозилирования белков

86. КЕТОАЦИДОЗ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- А) липолиза
- Б) катаболизма белков
- В) гликогенолиза
- Г) глюконеогенеза

87. К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ОТНОСЯТ

- А) неадекватную инсулинотерапию
- Б) оперативное вмешательство
- В) сопутствующие заболевания (пневмонию, инфаркт миокарда, пиелонефрит)
- Г) беременность

88. ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- А) дегидратации организма
- Б) дефицита инсулина
- В) низкого уровня глюкозы крови
- Г) инфекционного заболевания

89. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОБУСЛОВЛЕНО

- А) повышенным уровнем инсулина в крови
- Б) пониженным уровнем инсулина в крови
- В) гиперлипидемией
- Г) сопутствующим инфекционным заболеванием

90. В ОСНОВЕ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЛЕЖИТ

- А) инсулинотерапия
- Б) прием пероральных сахароснижающих препаратов
- В) диетотерапия
- Г) лечебная физкультура

91. ИНСУЛИН УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ОКАЗЫВАЕТ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ В ТЕЧЕНИЕ _____ ЧАСОВ

- А) 2
- Б) 6
- В) 8 –12
- Г) 24

92. ПОНЯТИЕ «ХЛЕБНАЯ ЕДИНИЦА» ВКЛЮЧАЕТ

- А) 10 - 12 г. углеводов
- Б) 23 г. углеводов
- В) 100 г. белков
- Г) 100 г. жиров

93. ДОЗУ ИНСУЛИНА ПО КОЛИЧЕСТВУ ХЛЕБНЫХ ЕДИНИЦ В РАЦИОНЕ РАСЧИТЫВАЮТ ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

- А) тип 1
- Б) тип 2
- В) тип MODY
- Г) любого типа

94. ПРЕПАРАТЫ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ВЛИЯЮТ НА

- А) бета-клетки
- Б) инсулинорезистентность
- В) гормоны желудочно-кишечного тракта
- Г) аппетит

95. САХАРОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ МЕТФОРМИНА ОБУСЛОВЛЕНО ВЛИЯНИЕМ НА

- А) чувствительность тканей к инсулину
- Б) функцию бета-клеток
- В) аппетит
- Г) массу тела

96. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ В РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) окислительный стресс
- Б) первичное поражение нервных волокон
- В) нарушение кровотока

Г) образование тромбов

97. К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- А) гипергликемию
- Б) атеросклероз
- В) наследственность
- Г) метаболические нарушения

98. К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ ОТНОСЯТ

- А) нарушение кровотока
- Б) микротравмы
- В) отморожение
- Г) гипогликемию

99. К ФАКТОРАМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ

- А) инсулинорезистентность
- Б) нарушения липидного обмена
- В) гипергликемию
- Г) неправильный образ жизни

100. К ПРОЯВЛЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ОТНОСЯТ

- А) слабость, жажду, полиурию
- Б) прибавку массы тела
- В) боли в мышцах
- Г) зуд кожи

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

по эндокринологии «Лечебное дело»

Раздел «Другие эндокринные заболевания»

1. ДЛЯ МАНИФЕСТНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ТТГ

- А) Т3 – повышен; Т4 – повышен; ТТГ – снижен
- Б) Т3 – в норме; Т4 – в норме; ТТГ – снижен
- В) Т3 – повышен; Т4 – в норме; ТТГ – в норме
- Г) Т3 – в норме; Т4 – снижен; ТТГ – повышен

2. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ТТГ

- А) Т4 – снижен; ТТГ – повышен
- Б) Т4 – снижен; ТТГ – в норме
- В) Т4 – снижен; ТТГ – снижен
- Г) Т4 – в норме; ТТГ – повышен

3. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) L-тироксин
- Б) йодомарин
- В) мерказолил

Г) дексаметазон

4. ТЕСТОМ ПЕРВОГО УРОВНЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

- А) ТТГ
- Б) общего тироксина
- В) свободного тироксина
- Г) трийодтиронина

5. ЗАБОЛЕВАНИЕМ НАДПОЧЕЧНИКОВ, РАЗВИВАЮЩИМСЯ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) кортикостерома
- Б) феохромоцитомы
- В) вторичный гиперальдостеронизм
- Г) соматотропинома

6. ИССЛЕДОВАНИЕ СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ ФРАКЦИОНИРОВАННЫХ МЕТАНЕФРИНОВ (МЕТЕНЕФРИНА И НОРМЕТАНЕФРИНА) В МОЧЕ ПОЗВОЛЯЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ИЛИ ОПОВЕРГНУТЬ ДИАГНОЗ

- А) феохромоцитомы
- Б) болезнь Кушинга
- В) первичный гиперальдостеронизм
- Г) первичный гипокортицизм

7. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬ

- А) передней доли гипофиза
- Б) клубочковой зоны коры надпочечников
- В) пучковой зоны коры надпочечников
- Г) сетчатой зоны коры надпочечников

8. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ

- А) синтеза антидиуретического гормона в ядрах гипоталамуса
- Б) синтеза антидиуретического гормона в задней доле гипофиза
- В) секреции инсулина
- Г) секреции глюкагона

9. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМА КУШИНГА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) ночной подавляющий тест с 8 мг дексаметазона
- Б) определение кортизола крови
- В) ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона
- Г) определение суточной экскреции кортизола с мочой

10. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМА КУШИНГА ПРОВОДЯТ ПРОБУ С

- А) дексаметазоном
- Б) преднизолоном
- В) кортизолом
- Г) АКТГ

**11. ДЛЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКОГО ГИПОГОНАДИЗМА
ХАРАКТЕРНА**

- А) галакторея
- Б) полиурия
- В) полидипсия
- Г) потеря веса

**12. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ГОРМОНАЛЬНОАКТИВНОЙ
АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пролактинома
- Б) тиреотропинома
- В) соматотропинома
- Г) кортикотропинома

**13. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКОГО
ГИПОГОНАДИЗМА ОТНОСЯТСЯ**

- А) агонисты дофаминовых рецепторов
- Б) аналоги глюкагоноподобного пептида -1
- В) аналоги соматостатина
- Г) антагонисты дофаминовых рецепторов

14. К ГОРМОНАМ ПЕРЕДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА ОТНОСИТСЯ

- А) пролактин
- Б) окситоцин
- В) кортиколиберин
- Г) соматостатин

**15. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭНДОГЕННЫЙ ГИПЕРКОРТИЦИЗМ
МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) проведение ночного подавляющего теста с 1 мг дексаметазона
- Б) исследование кортизола сыворотки
- В) определение альдостерона сыворотки
- Г) определение АКТГ

**16. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ТИРЕОТОКСИКОЗА НЕ
ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) запоры
- Б) возбудимость, раздражительность
- В) потеря веса
- Г) повышение аппетита

**17. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПОТИРЕОЗА НЕ
ХАРАКТЕРНЫ**

- А) сердцебиения
- Б) сонливость
- В) запоры
- Г) сухость кожных покровов

**18. В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ И
ДОСТУПНЫМ СКРИНИНГОВЫМ ТЕСТОМ НА ВЫЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИ**

**ЗНАЧИМЫХ И СУБКЛИНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) определение уровня тиреотропного гормона
- Б) УЗИ щитовидной железы
- В) определение антител к щитовидной железе
- Г) пальпация щитовидной железы

**19. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА НАЛИЧИЕ
СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПЕРТИРЕОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение тиреотропного гормона
- Б) повышение тиреотропного гормона
- В) повышение тироксина
- Г) снижение тироксина

**20. ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ
ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) определение гормонов ТТГ, Т3, Т4
- Б) УЗИ щитовидной железы
- В) определение антител к тиреоидной пероксидазе, тиреоглобулину
- Г) пункционная биопсия

21. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО

- А) повышение ТТГ и снижение Т4
- Б) снижение ТТГ и повышение Т4
- В) нормальный ТТГ и снижение Т4
- Г) снижение ТТГ и Т4

**22. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГИПОТИРЕОЗА
ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) отеки, зябкость, заторможенность, сухость кожи
- Б) ожирение, гипертония, одышка
- В) потливость, сонливость, нарушение координации
- Г) снижение памяти, головная боль, анорексия

**23. ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК
АДДИСОНОВОЙ БОЛЕЗНИ**

- А) гиперпигментация кожи
- Б) похудание
- В) диспептический синдром
- Г) артралгии

24. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А) аутоиммунного тиреоидита
- Б) поражения гипофиза
- В) разрушения гипоталамуса
- Г) нарушения чувствительности тканей к тиреоидным гормонам

25. ВТОРИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А) поражения гипофиза
- Б) разрушения гипоталамуса
- В) нарушения чувствительности тканей к тиреоидным гормонам
- Г) аутоиммунного тиреоидита

26. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИПОКОРТИЦИЗМА ОТНОСЯТ

- А) аутоиммунную атрофию коры надпочечников
- Б) туберкулез надпочечников
- В) двустороннюю адреналэктомию
- Г) метастазы опухолей

27. ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) тирозол
- Б) эутирокс
- В) левотироксин
- Г) преднизолон

28. ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ДОЗА МЕРКАЗОЛИЛА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/СУТ

- А) 30
- Б) 10
- В) 20
- Г) 40

29. КРИТЕРИЕМ АДЕКВАТНОСТИ ДОЗЫ L-ТИРОКСИНА ПРИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ

- А) ТТГ
- Б) тиреоглобулина в крови
- В) антител к ТПО
- Г) Т3 и Т4

30. К ПРЕПАРАТАМ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ

- А) кортинефф
- Б) дексаметазон
- В) триамсинолон
- Г) преднизолон

31. ПРИ ПЕРВИЧНОМ АЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ (СИНДРОМЕ КОННА) ОТМЕЧАЕТСЯ

- А) гипокалиемия, полидипсия, полиурия, судороги
- Б) гиперкалиемия, гипергликемия, полиурия
- В) повышение относительной плотности мочи
- Г) резкое снижение относительной плотности мочи

32. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ С ВЫРАЖЕННОЙ ПОТЛИВОСТЬЮ, ТАХИКАРДИЕЙ И ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- А) феохромоцитомой
- Б) синдромом Конна
- В) гипертонической болезнью
- Г) острым гломерулонефритом

33. ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ПОВЫШАЕТСЯ ВЫРАБОТКА

- А) адреналина
- Б) пролактина
- В) тестостерона
- Г) альдостерона

34. ПРИ СИНДРОМЕ КОННА ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) спиронолактон
- Б) индапамид
- В) метопролол
- Г) лизиноприл

35. ОСМОЛЯРНСТЬ КРОВИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЗАВИСИТ ОТ КОНЦЕНТРАЦИИ В ПЛАЗМЕ

- А) глюкозы
- Б) калия
- В) мочевины
- Г) альбуминов

36. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО

- А) снижение уровня тироксина, повышение уровня тиреотропного гормона
- Б) повышение уровня тироксина, повышение уровня тиреотропного гормона
- В) снижение уровня тироксина, снижение уровня тиреотропного гормона
- Г) повышение уровня тироксина, снижение уровня тиреотропного гормона

37. ПРИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ ФОРМАХ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ НАЗНАЧАЮТ

- А) мочегонные препараты
- Б) анаболические стероидные гормоны
- В) заместительную терапию глюкокортикоидами и минералокортикоидами
- Г) диету с дополнительным приёмом поваренной соли

38. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) мерказолил
- Б) гидрокортизон
- В) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- Г) адреномиметики

39. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А) употреблять йодированную поваренную соль
- Б) диета с ограничением легкоусвояемых углеводов
- В) употребление импортных продуктов
- Г) всегда применять спиртовую настойку йода

40. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ПРЕПАРАТОВ ИМИДАЗОЛА (МЕРКАЗОЛИЛ) ОТНОСЯТ

- А) лейкопению, агранулоцитоз
- Б) сонливость, апатию
- В) уменьшение размеров щитовидной железы
- Г) нарушения сердечного ритма

41. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- А) введение препаратов калия

Б) инфузию 5% раствора глюкозы

В) инфузию физиологического раствора хлорида натрия
Г) введение гидрокортизо

42. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ КОНЦЕНТРАЦИИ

А) тиреоидных гормонов и тиреотропного гормона
Б) антител к тканевой пероксидазе и тиреоглобулину
В) холестерина
Г) глюкозы

43. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МАЛИГНИЗАЦИЮ УЗЛА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

А) пункционную биопсию
Б) радиоизотопное сканирование
В) ультразвуковое исследование
Г) компьютерную томографию

44. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) снижение эхогенности и неоднородная эхоструктура
Б) наличие единичного узлового образования
В) наличие множественных узловых образований
Г) увеличение объёма

45. ДЛЯ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ ГОРМОНОВ В КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) снижение тиреотропного гормона и снижение тироксина
Б) повышение тиреотропного гормона и повышение тироксина
В) повышение тиреотропного гормона и снижение тироксина
Г) снижение тиреотропного гормона и повышение тироксина

46. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ ГОРМОНОВ В КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) повышение тиреотропного гормона и снижение тироксина
Б) повышение тиреотропного гормона и повышение тироксина
В) снижение тиреотропного гормона и снижение тироксина
Г) снижение тиреотропного гормона и повышение тироксина

47. ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ ИМЕЕТ

А) выполнение УЗИ, КТ и МРТ орбит
Б) определение остроты зрения
В) определение содержания гликозаминогликанов в моче
Г) исследование полей зрения

48. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

А) вес, деленный на рост в метрах в квадрате
Б) вес, деленный на рост в метрах
В) рост, деленный на вес в килограммах в квадрате

Г) рост, деленный на вес в килограммах

49. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОЖИРЕНИЯ I СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М²

- А) 30-34,9
- Б) 35-40
- В) 20-24,9
- Г) 25-29,9

50. В ДИАГНОСТИКЕ АКРОМЕГАЛИИ ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ УРОВЕНЬ В КРОВИ

- А) инсулиноподобного фактора роста-1
- Б) тиреотропного гормона
- В) лютеинизирующего гормона
- Г) фолликулостимулирующего гормона

51. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ПРОВОДИТСЯ

- А) анализ мочи по Зимницкому
- Б) анализ мочи по Нечипоренко
- В) двухстаканная проба
- Г) тест с нагрузкой глюкозой

52. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ИНФОРМАТИВНО ИССЛЕДОВАНИЕ В СУТОЧНОЙ МОЧЕ

- А) свободных метанефрина и норметанефрина
- Б) альдостерона
- В) кортизола
- Г) калия и натрия

53. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) остеоденситометрия
- Б) рентгенография крупных суставов
- В) рентгенография трубчатых костей
- Г) определение уровней кальциемии и кальциурии

54. АНТИТИРЕОДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ

- А) диффузного токсического зоба
- Б) острого тиреоидита
- В) подострого тиреоидита
- Г) гипотиреоза

55. ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ТИРЕОСТАТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) лейкопения
- Б) тромбоцитоз
- В) миокардиодистрофия
- Г) надпочечниковая недостаточность

56. К ТИРЕОСТАТИКАМ ОТНОСИТСЯ

- А) пропилтиоурацил
- Б) левотироксин
- В) пропранолол
- Г) бисопролол

57. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) сибутрамин
- Б) активированный уголь
- В) гипотиазид
- Г) препараты сенны

58. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) орлистат
- Б) спиронолактон
- В) левотироксин
- Г) калия йодид

59. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ АКРОМЕГАЛИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- А) аналоги соматостатина
- Б) препараты гормона роста
- В) диуретики
- Г) глюкокортикоиды

60. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИМЕНЯЮТСЯ

- А) препараты десмопрессина
- Б) препараты инсулина продлённого действия
- В) глюкокортикоиды
- Г) аналоги соматостатина

61. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- А) преднизолон, флудрокортизон, гидрокортизон
- Б) преднизолон, флудрокортизон, левотироксин
- В) преднизолон, калия хлорид, адреналин
- Г) преднизолон, дексаметазон, кордиамин

62. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) 10% раствор хлорида кальция
- Б) 40% раствор глюкозы
- В) 10% раствор хлористого натрия
- Г) 10% раствор хлористого калия

63. В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТА ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ

- А) бисфосфонатов
- Б) кальция
- В) витамина D
- Г) кальцитонина

64. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- А) гидрокортизон
- Б) адреналин
- В) препараты калия и магния
- Г) препараты витамина D

65. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЙОДИРОВАННОЙ СОЛИ ОТНОСИТСЯ К _____ ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

- А)
массовой
- Б)
групповой
- В)
индивидуальной
- Г) частной

66. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЙОДИДЕ КАЛИЯ У БЕРЕМЕННОЙ, ПРОЖИВАЮЩЕЙ В ЙОДОДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ, СОСТАВЛЯЕТ

- А) 250-300 мкг
- Б) 250-300 мг
- В) 100-150 мкг
- Г) 100-150 мг

67. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАЛИЯ ЙОДИДА В ОРГАНИЗОВАННОМ ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ ОТНОСИТСЯ К _____ ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

- А)
групповой
- Б)
массовой
- В)
индивидуальной
- Г) частной

68. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТА 35 ЛЕТ, НЕСПОРТИВНОГО ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ, РАВНЫЙ 34,0 КГ/М², СООТВЕТСТВУЕТ ОЖИРЕНИЮ СТЕПЕНИ

- А) I
- Б) II
- В) III
- Г) IV

69. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УРОВЕНЬ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ

- А) повышается
- Б) снижается на 50%
- В) снижается на 70%
- Г) находится в пределах референсных значений

70. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА ХАРАКТЕРИЗУЮТ БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА?

- А) гиперкалиемия
- Б) гипернатриемия
- В) гипокалиемия
- Г) гиперхлоремия

71. В АКТИВНОЙ ФАЗЕ АКРОМЕГАЛИИ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

- А) инсулиноподобного фактора роста-1
- Б) аденокортикотропного гормона

- В) тиреотропного гормона
- Г) вазопрессина

72. В ДИАГНОСТИКЕ АКРОМЕГАЛИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА

- А) оральный глюкозотолерантный тест
- Б) ортостатическая
- В) с водной нагрузкой
- Г) с сухоедением

73. ПРИ НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

- А) 1001-1005 (при количестве мочи 5-20-40 литров)
- Б) 1003-1009 (при количестве мочи 5-20 литров)
- В) 1022-1043 (при количестве мочи 2-3 литра)
- Г) 1013-1028 (при количестве мочи 5-20 литров)

74. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ВАЖНО ОПРЕДЕЛЯТЬ

- А) метанефрины в крови или в моче
- Б) содержание кортизола в плазме
- В) активность ренина плазмы
- Г) суточную экскрецию альдостерона с мочой

75. ПРИ ДИФFUЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ УРОВЕНЬ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА

- А) понижен
- Б) повышен
- В) не изменяется
- Г) зависит от возраста пациента

76. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

- А) трийодтиронина и тироксина крови
- Б) холестерина крови
- В) антител к тиреоидной пероксидазе
- Г) пролактина

77. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ДИФFUЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ХАРАКТЕРНО

- А) развитие фибрилляции предсердий
- Б) снижение периферического сопротивления сосудов
- В) наличие стойкой брадикардии
- Г) наличие стойкой гипотензии

78. АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ, БАГРОВЫЕ ПОЛОСЫ РАСТЯЖЕНИЯ (СТРИИ) НА КОЖЕ ЖИВОТА У БОЛЬНОГО 40 ЛЕТ СО ЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА ПЛАЗМЫ МОГУТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ

- А) болезни Иценко-Кушинга
- Б) хронической надпочечниковой недостаточности
- В) алиментарного ожирения
- Г) сахарного диабета

79. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ «СТЕРОИДНОГО ДИАБЕТА» У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) активация глюконеогенеза в печени
- Б) стимуляция липолиза
- В) катаболизм белка в скелетной мускулатуре
- Г) аутоиммунное разрушение в-клеток

80. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) брадикардия
- Б) кахексия
- В) тахикардия
- Г) тремор

81. ДЛЯ II СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА _____ КГ/М2

- А) 35,0-39,9
- Б) 30,0-34,9
- В) 25,0-29,9
- Г) <18,0

82. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- А) уровня ТТГ
- Б) уровня антител к тиреоидной пероксидазе
- В) экскреции йода с мочой
- Г) уровня пролактина

83. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гипотензия
- Б) гипергликемия
- В) ожирение
- Г) гипертензия

84. ПРИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ

- А) коллапс
- Б) артериальная гипертензия
- В) гипергликемия
- Г) отеки

85. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА

- А) аденома гипофиза, секретирующая адренокортикотропный гормон
- Б) опухоль надпочечников, секретирующая кортизол
- В) недостаточная секреция адренокортикотропного гормона гипофизом
- Г) аденома гипофиза, секретирующая соматотропный гормон

86. ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛУЖИТ

- А) снижение секреции адренокортикотропного гормона гипофизом
- Б) аутоиммунное поражение надпочечников
- В) избыточная секреция кортизола надпочечниками
- Г) недостаточная секреция альдостерона надпочечниками

87. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) низкий уровень натрия

- Б) низкий уровень калия
- В) высокий уровень натрия
- Г) высокий уровень глюкозы

88. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ПРОВОДЯТ

- А) малую дексаметазоновую пробу
- Б) большую дексаметазоновую пробу
- В) оральный глюкозо-толерантный тест
- Г) тест с аналогом аденокортикотропного гормона

89. ДЛЯ АКРОМЕГАЛИИ ХАРАКТЕРНО

- А) увеличение размеров кистей и стоп
- Б) значительное снижение массы тела
- В) увеличение линейного роста
- Г) сухость кожных покровов

90. ПРИ АКТИВНОЙ АКРОМЕГАЛИИ В ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ _____ В ПЛАЗМЕ КРОВИ

- А) соматотропного гормона и инсулиноподобного фактора роста-1
- Б) кортизола
- В) аденокортикотропного гормона
- Г) тиреотропного гормона

91. В ДИАГНОСТИКЕ АКРОМЕГАЛИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) пероральный глюкозо-толерантный тест с определением соматотропного гормона
- Б) малую дексаметазоновую пробу
- В) большую дексаметазоновую пробу
- Г) тест с аналогом аденокортикотропного гормона

92. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ТИАМАЗОЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) агранулоцитоз
- Б) беременность
- В) старческий возраст
- Г) гиповолемия

93. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ У БОЛЬНОГО С ДИФFUЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ТИРОЗОЛОМ И БИСОПРОЛОЛОМ ВЫРАЖЕННОЙ ЛЕЙКОПЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) применение тирозола
- Б) недостаточная дозировка тирозола
- В) прием бисопролола
- Г) дальнейшее прогрессирование заболевания

94. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

- А) гидрокортизон
- и Б) инсулин
- В) 0,9% раствор натрия хлорида
- Г) мезатон

95. ПАЦИЕНТУ С ТЯЖЕЛЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ L-ТИРОКСИНОМ

НАЧИНАЮТ С

- А) малых доз Б) больших доз
- В) больших доз в сочетании с преднизолоном Г) больших доз в сочетании с препаратами йода

96. МАССОВАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ПОПУЛЯЦИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- А) йодированной соли
- Б) левотироксина натрия
- В) минимальных доз тиамазола
- Г) препаратов йодида калия

97. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЙОДЕ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ _____МКТ

- А) 150
- Б) 50
- В) 400
- Г) 500

98. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЙОДЕ ДЛЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ СОСТАВЛЯЕТ _____МКТ

- А) 250
- Б) 100
- В) 150
- Г) 600

99. ЙОД ЯВЛЯЕТСЯ СОСТАВНОЙ ЧАСТЬЮ ГОРМОНОВ

- А) щитовидной железы
- Б) гипофиза
- В) надпочечников
- Г) половых органов

100. ТРАНСПОРТ ЙОДА В ЩИТОВИДНУЮ ЖЕЛЕЗУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А) активно при участии фермента
- Б) путем диффузии
- В) пассивным транспортом
- Г) с приемом пищи

СТРУКТУРА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ будет следующей:

Паспортная часть

Фамилия, имя, отчество больного _____

Возраст__ лет

Семейное положение _____

Профессия, характер трудовой деятельности в настоящее время

Постоянное место жительства_____

Дата поступления в стационар _____

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Данный раздел истории болезни является важным звеном I этапа диагностического поиска. В ряде случаев он может быть таким, что сразу может сложиться предварительная диагностическая концепция имеющегося у больного заболевания; при наличии патогномоничных жалоб это вполне возможно. С другой стороны, при выяснении жалоб больного может возникнуть мысль о наличии целого ряда сходных болезней, либо о поражении определенного органа или системы организма. На момент поступления в стационар необходимо дать детальную характеристику жалоб больного. При этом следует помнить, что расспрос больного следует вести направленно: куратор не должен идти "на поводу у больного", необходимо задавать конкретные вопросы (без ненужных подсказок). Каждая жалоба должна выясняться полностью (например, если больной жалуется на боли в эпигастрии, то следует выяснить их длительность, связь с приемом пищи и ее характером, чем боли купируются, их периодичность в течение суток, связь с другими симптомами). Жалобы следует детализировать до их логического "конца", не ограничиваясь краткой информацией больного о его ощущениях. Ряд жалоб может свидетельствовать об осложнениях основного заболевания, о тяжести течения и фазе заболевания (обострение, ремиссия). Не следует перегружать историю заболевания перечислением отсутствующих жалоб (например, аппетит нормальный, кашля нет и проч.).

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

Благодаря этому разделу может возникнуть предположение, что данное заболевание является наследственным (или врожденным). Последовательно излагаются состояние здоровья и возраст родственников больного, в случае смерти - возраст и причина смерти. Не всегда известно, от какого заболевания умерли родственники, в этих

ситуациях можно ограничиться записью "от заболевания сердца" и т.п. Особо отмечается наличие в семье ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, нарушения мозгового кровообращения, онкологических, психических, венерических заболеваний; заболеваний крови, обмена веществ, болезни суставов, эндокринных заболеваний, туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Отмечают состояние здоровья (и случаи смерти) всех близких родственников: деда и бабушки со стороны отца; деда и бабушки со стороны матери. Отца, матери, братьев и сестер. Отмечают также состояние здоровья мужа (жены), детей.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Этот раздел позволяет определить влияние социальных факторов на развитие и течение болезни. Данному разделу истории болезни придается большое значение еще со времен великого клинициста Г.А.Захарьина и его учеников и последователей - М.П.Кончаловского и В.Н.Виноградова, по мнению которых опрос больных следует начинать с выяснения жалоб, а затем переходить к семейному анамнезу и истории жизни, анамнез заболевания излагать в конце расспроса. Сторонники второй точки зрения (В.Х.Василенко, А.Л.Мясников, Б.С.Шкляр) предлагали излагать анамнез заболевания сразу же после жалоб, так как практикующий врач, по мнению сторонников данной точки зрения, собрав жалобы тут же переходит и к сбору анамнеза болезни.

Нам представляется оптимальным «захарьинский» методический подход с расположением в финале беседы с пациентом анамнеза болезни, как логического итога влияния конституции и наследственности, факторов внешней среды, условий и образа жизни на дебют, развитие и течение болезни, появление осложнений.

При выяснении анамнеза жизни

Уточняется родился ли пациент в срок, каким по счету ребенком, возраст родителей при рождении, характер вскармливания, когда начал ходить и говорить. Условия жизни в детстве (климат, жилищные условия, питание). Как развивался и учился. Время наступления полового созревания, влияние полового созревания на состояние здоровья. Начало и характер трудовой деятельности, условий труда. Служба в армии. При смене работы - профессиональный анамнез (условия труда, профессиональные вредности). Отдельно указать условия труда и жизни в последние годы, семейное положение, число членов семьи, бюджет семьи. Жилищно-коммунальные условия (отопление, величина квартиры, освещенность, на каком этаже живет пациент, наличие лифта). Характер питания, соблюдение диеты, указать, в чем состоит диета, отметить специально

ограничение соли, жиров, белка, жидкости и др. Прием горячей пищи, напитки (кофе, чай), употребление овощей и фруктов. Соблюдение режима труда и отдыха. личная гигиена тела (соблюдает, нет). Инвалидность (группа, причина, с какого года).

Вредные привычки

Указать пристрастие к алкогольным напиткам (длительность злоупотребления, количество принимаемого алкоголя). Курение (сигареты, папиросы, длительность курения, сколько выкуривает в день). Злоупотребление крепким кофе, чаем.

Гинекологический анамнез

Указать время начала менструаций, их регулярность, продолжительность менструального цикла, длительность менструации, характер менструального кровотечения, болезненность. Указать дату последней менструации. Количество беременностей, их течение и исход (роды, аборты, выкидыши). Климактерический период (особенности течения, когда наступил). Постменопауза (с какого времени). Гинекологические заболевания. Гинекологические операции (какие, в каком году). Последний осмотр гинекологом (дата), его результаты.

Перенесенные заболевания

Необходимо в хронологической последовательности изложить все перенесенные заболевания (с детства по настоящее время), при ряде заболеваний (желтуха, пневмония, туберкулез, ревматизм, инфаркт миокарда и др.) указать длительность и тяжесть заболеваний, сроки пребывания в стационаре, характер лечения, наличие осложнений, но не следует просто ограничиться формальной фразой типа - "в ...году перенес пневмонию".

Хирургические операции, травмы. Особо следует указать, проводились ли больному переливания крови, кровезаменителей, проводилось ли парентеральное введение лекарств в последние 6 месяцев.

Нозологии, имеющие причинно-следственную связь с основным заболеванием, необходимо указать в разделе анамнез настоящего заболевания (ангины и гломерулонефрит, ревматическая лихорадка и митральный порок и т.д.).

Аллергологический анамнез

Указать наличие (отсутствие) непереносимости лекарственных препаратов, вакцин, сывороток, пищевых продуктов. При наличии реакций описать их характер (дерматит, вазомоторный ринит, бронхоспазм, отек Квинке и т.п.).

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Данный раздел можно считать самым существенным в истории болезни, так как квалифицированно проведенный расспрос, глубокий анализ полученной информации, группировка фактов, а затем логичное изложение материала, свободное от ненужной детализации или краткости - есть залог грамотной и точной диагностики. История настоящего заболевания описывается с момента появления первых симптомов ("дебют" болезни). Следует особо подчеркнуть, что анамнез болезни - отнюдь не хронологическое перечисление посещений врача поликлиники, либо стационарного лечения. Главное в данном разделе - отразить динамику развития болезни от ее начальных проявлений до появления типичных клинических синдромов и симптомов, наличия осложнений, частоты и длительности периодов обострения и ремиссий, ослабления или усиления симптоматики в процессе лекарственной или немедикаментозной терапии (физиопроцедуры, санаторное лечение, массаж, ЛФК), влияние на развитие и течение болезни условий труда и быта, характера питания, вредных привычек.

В процессе работы куратор должен тщательно изучить имеющуюся у больного медицинскую документацию из других учреждений (выписки, справки, эпикризы), позволяющую конкретизировать полученную информацию (наличие шумов в сердце, гепатомегалия, асцит и т.д.), выявление изменений при лабораторно-инструментальном исследовании (анемия, увеличение СОЭ), эффект терапии (положительную динамику или ее отсутствие), дозы и комбинации ряда фармакологических препаратов (глюкокортикостероиды, антигипертензивные средства и т.д.).

При заболеваниях, обострения которых протекают по единой схеме ("стереотипно"), можно не перечислять аналогичную симптоматику по несколько раз, а описать типичную картину, затем отметить, что подобные обострения отмечались в таком-то году (в весенне-осенний период, ежегодно и т.п.).

В ряде случаев в анамнезе настоящего заболевания имеются результаты, которые могут уточнить или отвергнуть предыдущую диагностическую концепцию (велоэргометрия, коронароангиография, эхокардиография и т.п.), данные факты куратор должен выделить особо. Следует также отразить влияние заболевания на трудоспособность больного (временная или стойкая утрата, группа инвалидности).

Завершается данный раздел подробным описанием последнего обострения (причины, симптоматика, данные обследования, лечебные мероприятия и их результат).

После анамнеза настоящего заболевания куратор при наличии больничного листа отмечает его номер, кем и когда выдан бюллетень.

Комментарий

Таким образом, из беседы с пациентом выясняют не только жалобы, но и этапы развития болезни, изменение ее течения с годами и под влиянием проводившегося лечения. Часть сведений можно получить от родственников больного. Естественно, что сам больной не все может сообщить врачу о своем заболевании. Часто одни симптомы кажутся больному наиболее важными, тогда как для постановки диагноза важны совсем иные. В связи с этим необходимо выявлять диагностически значимую информацию, полученные сведения врач должен творчески осмыслить и сделать выводы следующего порядка:

а) выявленные жалобы и течение болезни типичны и полностью соответствует таковым при какой-то определенной нозологической форме; иначе говоря, после I этапа диагностического поиска диагностическая концепция является вполне определенной и на II и III этапах ее надо лишь подтвердить, а также детализировать отдельные проявления болезни;

б) описанные больным симптомы встречаются при ряде болезней, в связи с чем после I этапа диагностического поиска можно лишь наметить круг болезней, в который входит заболевание данного пациента (речь идет о так называемом методе "дифференциальной диагностики", о чем более подробно с приведением конкретных ситуаций будет сказано позже). Диагноз в данном случае может быть поставлен лишь после получения информации на последующих этапах диагностического поиска;

в) жалобы больного и данные анамнеза не характерны ни для какого определенного заболевания. Это, так называемые, общие симптомы (слабость, утомляемость, потеря массы тела, субфебрилитет и проч.). При такой ситуации сделать какие-либо заключения после I этапа не представляется возможным и необходимо продолжить диагностический поиск.

СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО (STATUS PRAESENS) в момент наблюдения за ним (II этап диагностического поиска).

Оценка состояния больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Положение: активное, вынужденное, пассивное. Сознание: ясное, ступор, сопор, кома, галлюцинации, бред. Телосложение: нормостеник, гиперстеник, астеник.

Выражение лица: не представляет болезненных проявлений, возбужденное, страдальческое, маскообразное, тоскливое, утомленное, "лицо Гиппократово" и т.д.

Рост – в см

Вес – в кг

Температура тела – в градусах Цельсия.

Кожа и слизистые оболочки.

Цвет кожи: нормальный, бледный, цианоз, желтушность, землистый, багровый. Окраска слизистых оболочек. Эластичность (тургор) кожи: нормальная, пониженная, повышенная. Сыпи, пигментация. Кровоподтеки и подкожные кровоизлияния, рубцы. Расчесы. Язвы, пролежни. "Сосудистые звездочки". Влажность кожи: нормальная, потливость (общая и местная), указать степень. Зависимость от времени суток (ночные поты). Волосы: тип оволосения (мужской, женский), выпадение, поседение, ломкость, гнездная плешивость.

Ногти: форма, ломкость, исчерченность, в форме "часовых стекол", "ложкообразные", "ногти-наперстки". Цвет (нормальный, бледные, синюшный).

Подкожная клетчатка

Степень развития: нормальная, чрезмерная, слабая, толщина жировой складки под лопаткой. Места минимального отложения жира. Отеки: местные, общие, условия и время появления и исчезновения. Пастозность, выраженные отеки, консистенция отеков. Болезненность при пальпации подкожной клетчатки.

Лимфатическая система

Описать прощупываемые лимфатические узлы: локализация, величина, форма, консистенция, болезненность, сращения между собой, окружающими тканями, подвижность. Состояние кожи над лимфоузлами.

Мышечная система

Развитие мышечной системы: хорошее, умеренное, слабое, тонус мышц: нормальный, гипотония, гипертонус (ригидность). Мышечная сила. Болезненность мышц при движении, пальпации.

Костная система

. Конфигурация суставов: нормальная, деформация, дефигурация. окружность пораженных суставов в сантиметрах, болезненность при пальпации. Локальная гиперемия и гипертермия. Движения в пораженных суставах: активная подвижность, нормальная, ограниченная. Объем пассивных движений. Хруст. Флюктуация.

Органы дыхания

Нос: дыхание свободное затруднено. Наружный осмотр, пальпация, отделяемое (характер, объем). Кровотечения из носа.

Гортань: боли, голос (громкий, чистый, осиплость, афония).осмотр. Пальпация гортани.

Грудная клетка: форма грудной клетки - характеристика надчревного угла, грудная клетка - астеническая, нормостеническая, гиперстеническая.

Изменения формы грудной клетки - эмфизематозная, паралитическая, ладьевидная, рахитическая, воронкообразная.

Наличие асимметрии грудной клетки и искривления позвоночника. Ширина межреберных промежутков. Положение ключиц и лопаток. Симметричность движения обеих половин грудной клетки при дыхании, возможное отставание одной стороны. Окружность грудной клетки в покое, на вдохе, на выдохе (в см.). Тип дыхания - грудной, брюшной, смешанный. Число дыханий в 1 мин. Одышка, ее характер (экспираторная, инспираторная, смешанная). Пальпация грудной клетки. Голосовое дрожание (нормальное, ослабленное, усиленное). Перкуссия сравнительная (ясный легочный звук, укорочение, тупость, коробочный, тимпанический, притупленно - тимпанический) и топографическая: высота стояния верхушек над ключицами, ширина полей Кренига.

Нижняя граница легких:

справа слева

по

окологрудинной

линии

—

по

среднеключичной

линии

—

по

передней

подмышечной

линии

—

по	средней	подмышечной
линии		
по	задней	подмышечной
		линии
—		
по		лопаточной
линии		
по	околопозвоночной	линии
Подвижность нижнего легочного края (в см)		
по	среднеключичной	линии
по	средней	подмышечной
		линии
по		лопаточной
линии		

Аускультация легких: характер дыхания (везикулярное, ослабленное, усиленное, жесткое, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхания). Хрипы сухие, влажные (их более детальная характеристика). Крепитация. Наличие шума трения плевры. Бронхофония.

Органы кровообращения

Далее осмотр проводится в определенной последовательности: область сердца, шея, надключичные ямки, подложечная область: наличие или отсутствие видимых пульсаций. Выпячивание области сердца ("сердечный горб").

Пальпация: наличие верхушечного толчка, локализация, сила, площадь; пульсация в подложечной области и III-IV межреберье слева от грудины. Сердечный толчок (сотрясение всей области сердца) - наличие его, выраженность.

Наличие (отсутствие) диастолического дрожания в области верхушки сердца ("кошачье мурлыканье") и систолического дрожания в области 2 межреберья справа.

Границы относительной и абсолютной сердечной тупости. Относительная тупость:

правая граница - линия, межреберье _____

верхняя граница - линия, межреберье _____

—

левая граница - линия, межреберье _____

поперечник относительной тупости (в см), ширина сосудистого пучка (в см)

Конфигурация сердца (нормальная, митральная, аортальная).

Абсолютная сердечная тупость:

правая граница - линия, межреберье _____

верхняя граница - линия, межреберье _____

левая граница - линия, межреберье _____

Ширина абсолютной тупости (в см) _____

Аускультация сердца: первый и второй тоны сердца, их громкость, расщепление, раздвоение. Дополнительные тоны.

Ритм галопа. Ритм перепела. Маятникообразный ритм (эмбриокардия). Шумы сердца: систолический, диастолический (протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический). Характер шума, его тембр, сила, продолжительность. Изменение интенсивности и тембра шума в зависимости от фазы дыхания, физической нагрузки, положения больного (вертикальное, горизонтальное).

Ритм сердца. Число сердечных сокращений в 1 мин. Наличие (отсутствие) шума трения перикарда.

Пульс: частота, одинаковый (или нет) на правой и левой руках, напряжение, наполнение, скорость. Дефицит пульса. Артериальное давление на правой и левой руках. Осмотр и пальпация периферических артерий и вен.

Система органов пищеварения

Осмотр. Полость рта: язык (окраска, влажность, налет, сосочки). Десны, небо, зев, миндалины. Зубы. Глотка. Глотание пищи (свободное, болезненность). Живот: форма, вздутие, втяжение.

Подкожно-жировой слой. Прямые мышцы живота. Пупок. Перистальтика. Венозные коллатерали. окружность живота на уровне пупка в см. Перкуссия живота (характер перкуторного звука, метеоризм, асцит). Пальпация.

Поверхностная ориентировочная пальпация (болезненность, мышечная защита). Симптом Блюмберга-Щеткина. Глубокая методическая пальпация по Образцову-Стражеско: эпигастрий, тонкая кишка, отделы толстой кишки. определение нижней границы желудка.

Аускультация живота: перистальтика кишечника. Шум трения брюшины.
Гепатобилиарная система. Жалобы.

Осмотр области правого подреберья. Перкуссия печени:

верхняя граница – (соответствие нижней границе правого легкого), нижняя граница:

по передней подмышечной линии _____

по среднеключичной линии _____

по срединной передней линии _____

по левой реберной линии _____

Размеры печени (в см)

по передней подмышечной линии _____

по среднеключичной линии _____

по окологрудной линии _____

Пальпация печени: характеристика нижнего края печени (мягкий, закругленный, острый, плотный, болезненный). Поверхность печени: гладкая, неровная, бугристая, плотная.

Желчный пузырь, болезненность при пальпации зоны желчного пузыря. Симптомы раздражения желчных путей (Мерфи, Мюсси-Георгиевского, Кера, Ортнера-Грекова).

Селезенка. Осмотр области левого подреберья. Перкуссия селезенки: определение длинника и поперечника (в см), пальпация селезенки. При прощупывании характеристика нижнего полюса селезенки определить его консистенцию (мягкая, плотная, болезненность, бугристость, подвижность, вырезки), на сколько сантиметров край выступает из подреберья. Аускультация области селезенки - шум трения брюшины (при перисплените).

Поджелудочная железа. Выявление при пальпации болезненности в области головки, тела, хвоста поджелудочной железы. Мышечная защита. Наличие увеличения, бугристости, опухолей.

Мочеполовая система. Осмотр поясничной области.

Симптом Пастернацкого справа, слева. При пальпируемой почке: величина, форма, поверхность, консистенция, болезненность, подвижность. Блуждающая почка. Пальпация мочеточников, болезненность по ходу одного или обоих мочеточников, перкуссия мочевого пузыря (высота стояния над лобком в см). Андрологическое исследование. Первичные и вторичные половые признаки. Осмотр и пальпация наружных половых органов.

Эндокринная система. Рост, телосложение, избыток массы тела (андроидное, гиноидное ожирение), локализация жира, степень ожирения. Потеря массы тела,

исхудание, кахексия. Цвет кожных покровов, гиперпигментация кожи, стрии, .нарушение оволосения. Лунообразное лицо. Увеличение языка, кистей, стоп.

Пальпация щитовидной железы - величина, правая и левая доля, перешеек. Окружность шеи на уровне щитовидной железы (в см). Глазные симптомы (Грефе, Кохера, Мари, Мебиуса и др.).

Нервная система. Сон. Головные боли, локализация, характер, длительность. Тошнота, рвота. Обмороки. Головокружение. Патология черепно-мозговых нервов. Нарушения двигательной сферы. Патология чувствительной сферы. Состояние вегетативной нервной системы: глазные симптомы, дермографизм, потоотделение. Гиперсаливация. Тахикардия. Брадикардия. Ортостатические реакции.

Комментарий

Таким образом, после непосредственного исследования больного (II этап диагностического поиска) могут быть выявлены симптомы, которые обусловлены либо самим заболеванием, либо - реакцией органов и систем на имеющееся заболевание, и/или осложнениями.

Объем информации, получаемой при непосредственном исследовании больного, колеблется в очень широких пределах: от патогномоничных (например, аускультативная симптоматика при пороках сердца) до отсутствия каких-либо проявлений. Так у больного язвенной болезнью желудка или 12-ти перстной кишки в период ремиссии могут отсутствовать изменения в органах или системах при физическом исследовании. Это не означает, что пациент здоров или его жалобы имеют "неврогенное" происхождение. Отсутствие патологических находок может свидетельствовать о ремиссии заболевания в данный момент.

Выводы после II этапа диагностического поиска (с учетом данных анамнеза и жалоб) могут быть следующими:

- а) диагноз уже может быть вполне определенным;
- б) "круг" заболеваний, очерченный после первого этапа, существенно сужается;
- в) по-прежнему, нет четкого впечатления о болезни, в связи с чем диагностическое заключение должно быть отложено до III этапа диагностического поиска. При получении сведений от больного (I и II этапы диагностического поиска) имеет

значение не только роль личного контакта врача с пациентом, но и врачебный опыт и владение практическими навыками.

По завершении второго этапа диагностического поиска Вам необходимо спланировать проведение лабораторно-инструментальных исследований (являющихся собственно III этапом диагностического поиска). Конечной целью завершающего этапа диагностического поиска является верификация диагноза путем исключения синдромно сходно заболеваний и подтверждения (компьютерная томография, МР-томография, эндоскопические исследования т.д.) приоритетной диагностической концепции.

При ряде заболеваний необходимо проведение прижизненных морфологических исследований (биопсия почки, печени, стеральная пункция) для формулировки клинικο-морфологического диагноза.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ больного состоит из нескольких разделов:

1. Обязательные исследования, проводимые всем без исключения больным.
2. Исследования, необходимые для дифференциальной диагностики и уточнения диагноза (дополнительные исследования).
3. Консультации специалистов (окулист, уролог и др.)

К **обязательным исследованиям** относятся следующие:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Общий анализ кала.
- Биохимический анализ крови - общий белок, сахар, холестерин, билирубин, креатинин.
- Реакция Вассермана.
- ЭКГ.
- Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Объем **дополнительных исследований** определяется в каждой конкретной диагностической ситуации. Так, у легочного больного к обязательным клиническим анализам добавляется общий анализ мокроты, при необходимости микробиологический анализ(посев) мокроты, исследование чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Определяется перечень необходимых биохимических, ферментных, иммунологических и др. исследований, инструментальные исследования (бронхоскопия, функция внешнего дыхания, компьютерная томография, бронхоальвеолярный лаваж).

Больным, у которых возможны кровотечения, либо предстоит перевод в хирургический стационар для операции, проводится определение группы крови и резус-фактора, анализ на ВИЧ, коагулограмма.

Консультации специалистов проводятся для исключения, либо подтверждения тех или иных диагностических предположений; всем женщинам, находящимся на обследовании в стационаре необходима консультация гинеколога.

В трудных диагностических ситуациях приходится проводить повторные исследования в динамике, а также выполнять сложные исследования (МР-томография, сцинтиграфия, коронароангиография).

План обследования является своеобразным "стержнем", на котором базируется этапность исследований, в ряде ситуаций составляется календарный план обследования. План обследования необходимо соотносить с медико-экономическими стандартами (МЭС).

Итак, Вами написана история болезни и далее Вы приступаете к диагностическому поиску, иначе говоря "мысленно" обрабатываете полученную информацию о больном. Как же это делается?

Весь процесс обработки информации начинается с первого Вашего контакта с больным и продолжается по мере получения Вами информации из различных источников. Начиная с уже самого первого момента встречи с больным и при дальнейшем его исследовании Вы анализируете получаемую информацию по следующим направлениям:

1. Выясняете, сколь получаемые сведения, сообщаемые больным, являются свидетельством существования патологического процесса, то есть отличаются от нормы.
2. Выясняете, что означают полученные физикальные данные (например, что означает смещение левой границы относительной тупости кнаружи от левой грудинно-ключичной линии; сухие свистящие хрипы; приступы сжимающих болей за грудиной локализации, возникающие при физической нагрузке и проч.).
2. Выясняете, свидетельствуют ли полученные вами лабораторно-инструментальные данные о наличии какого-либо патологического процесса или же не выходят за границы нормы.

В процессе получения и анализа информации происходит **САМОЕ ВАЖНОЕ** в диагностическом процессе: *полученная информация сравнивается с так называемыми "эталоном" болезней, их "образами", которые хранятся в Вашей памяти, учебнике и медицинской литературе.* Этот процесс происходит у Вас в голове автоматически (вначале более медленно, а затем по мере приобретения опыта – значительно быстрее).

Следовательно, процесс диагностики складывается из ЗРИМЫХ ДЕЙСТВИЙ врача (опрос и обследование больного) и последовательного ряда ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ (мыслительных) ДЕЙСТВИЙ. Эти операции (зримо и мыслительные) Вы будете проводить по мере получения информации:

- на I этапе - получение информации от больного в процессе беседы с ним;
- на II этапе - непосредственном исследовании больного (физическими методами);
- на III этапе - проведении лабораторно-инструментального исследования.

Сразу же заметим, что "удельный вес" информации для постановки диагноза на том или ином этапе диагностического поиска неодинаков при различных заболеваниях; он также меняется и на разных стадиях течения болезни (об этом подробнее будет сказано позже).

Прежде чем по мере появления полученной информации Вы будете сравнивать Вашу диагностическую гипотезу с "эталоном (образцами) болезней", ее (информацию) следует соответствующим образом "препарировать", т.е. обработать. Каков же ход Ваших действий ?

Вначале выявляются ведущие (доминирующие) СИМПТОМЫ, то есть любые признаки болезни, доступные определению. При этом не имеет значения, какой источник информации используется.

Далее осуществляется "сложение" выявленных СИМПТОМОВ в СИНДРОМЫ. Напомним, что синдром - это совокупность симптомов, имеющих единый патогенез. Синдром следует отличать от СИМПТОМОКОМПЛЕКСА, то есть простой суммы симптомов, их неспецифической комбинации.

3. После того, как выявлены симптомы и произошло объединение их в синдромы, оказывается возможным ЛОКАЛИЗОВАТЬ патологический процесс в какой-либо системе организма или отдельно взятом органе (например, в печени, сердце, почке, легких, костном мозге и проч.). при этом симптом лишь "указывает", где локализован патологический процесс и крайне редко говорит о существовании патологического процесса; синдром позволяет определить (выяснить) патологоанатомическую и патофизиологическую сущность патологического процесса (например, воспаление на иммунной или бактериальной основе, расстройства кровообращения в той или иной сосудистой области, бронхиальную обструкцию и проч.). Нередко у одного больного имеется несколько синдромов (например, синдром дыхательной недостаточности, бронхиальной обструкции, легочной гипертензии). Выделение ведущего (ведущих) синдромов уже существенно приближает нас к НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ диагностике, так как

тот или иной синдром (или группа синдромов) свойственны весьма ограниченному ряду болезней и позволяет Вам сузить круг заболеваний при дифференциальной диагностике.

Таким образом, выделяя симптомы и синдромы вы постоянно (по мере получения информации) сравниваете их с "эталоном" болезней и решаете, какому же заболеванию соответствует полученный Вами при исследовании пациента "образ" болезни пациента.

Все сказанное схематично можно представить следующим образом, когда в результате проведенного диагностического поиска могут возникнуть две ситуации:

1. "Образ" болезни, выявленный у исследуемого Вами пациента, ПОЛНОСТЬЮ тождественен ОПРЕДЕЛЕННОМУ (ОДНОМУ) ЗАБОЛЕВАНИЮ. Это, так называемый, ПРЯМОЙ диагноз, что в клинической практике бывает не слишком часто. Более характерна иная ситуация:

"Образ" болезни "похож" на два, три и более заболеваний. Тогда очерчивается "круг" заболеваний, которые надо ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ, и в данной ситуации мы пользуемся методом ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ. Проводя анализ полученной информации смотрим, какому из дифференцируемых заболеваний наша информация соответствует в наибольшей степени.

Для постановки диагноза часто нужна дополнительная информация (получаемая с помощью использованных ранее методов исследования) или же нужно ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ за больным, во время которого симптоматика становится более отчетливой. Длительность такого наблюдения различна - от нескольких дней, до нескольких месяцев (реже - нескольких лет). Так бывает обычно в начальном периоде (дебюте) болезни.

Далее мы приведем три примера клинических ситуаций, при которых ценность информации для постановки диагноза, получаемая на каждом этапе диагностического поиска имеет различный "удельный вес".

Первый пример.

Больной К., 35 лет, водитель по профессии, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающими через 2-3 часа после еды и натощак, ночные боли, которые быстро проходят после приема пищи, а также изжогу, отрыжку кислым, снижение веса тела. Из анамнеза жизни известно, что наш пациент курит по 20 сигарет в день, питается крайне нерегулярно (иногда перерывы в приеме пищи бывают до 9-10 часов). Работа связана с нервным напряжением, достаточно часто работает в ночную смену. Болен в течение 5 лет, когда весной впервые появились указанные симптомы, прием соды несколько облегчил боли, однако, существенного улучшения не было. Был

госпитализирован, получал диету с исключением острого, жаренного, пища была вареной. Названия получаемых лекарств не помнит. После месячного лечения был выписан со значительным улучшением. В последующем обострения возникали в осенне-весенний период, облегчались приемом щелочей (соды, альмагеля). Последнее обострение началось три недели назад.

Анализ жалоб больного и анамнеза болезни позволяет выделить в качестве ведущего болевого синдром в эпигастральной области, имеющий весьма характерные свойства: это поздние, ночные, голодные боли, обострения имеют сезонность - ухудшение состояния наступает в осенне-весенний период. Боли в эпигастрии бывают при достаточно большом количестве заболеваний: хроническом гастрите, язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, хроническом холецистите, хроническом панкреатите, заболеваниях печени. Однако боли у нашего больного весьма характерны - это ночные, поздние и голодные боли, уменьшающиеся после приема пищи и антацидов. Учитывая сезонный характер обострений, а также изжогу, отрыжку кислым содержимым, мы с большой долей вероятности делаем вывод о том, что указанный болевой синдром характерен для язвенной болезни 12-ти перстной кишки, а также для хронического гастрита с повышенной секреторной функцией. Кроме того, мы должны помнить, что язвенная болезнь 12-ти перстной кишки наиболее часто бывает у мужчин (причем заболевают они чаще в молодом возрасте); имеются также и способствующие факторы в виде нерегулярного питания, курения, работы, связанной с нервным напряжением. Подобная клиническая картина не свойственна другим перечисленным заболеваниям, хотя и они сопровождаются болевым синдромом в эпигастрии (однако боли при перечисленных заболеваниях носят совершенно иной характер: например, при хроническом гастрите с повышенной секреторной функцией нет ночных болей, после еды боли появляются в эпигастрии достаточно быстро, преобладают не столько боли, а изжога, отрыжка кислым содержимым, тяжесть в эпигастрии после еды). Следовательно, информация, полученная на I этапе диагностического поиска, в данном случае оказалась весьма ценной.

Данные физического исследования больного очевидно не должны противоречить нашему диагностическому предположению. Что же мы получаем при непосредственном исследовании больного?

Объективно: общее состояние удовлетворительное, вес 63 кг при росте 172 см. подкожно-жировой слой развит незначительно. Грудная клетка коническая, обе ее половины участвуют в дыхании одновременно, перкуторно над легкими звук ясный, легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена, границы

относительной тупости сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, шумов и акцентов нет. АД-105/65 мм рт.ст. Пульс - 60 в мин, ритмичный, удовлетворительно наполнения.. Живот правильной формы, в акте дыхания участвует всеми отделами. При поверхностной пальпации отмечается нерезкое мышечное напряжение в эпигастральной области, симптом поколачивания в пилорoduоденальной зоне положителен. При глубокой пальпации отмечается резкая болезненность в пилорoduоденальной зоне. Пальпируются спазмированные отделы толстого кишечника. Печень пальпируется у края реберной дуги, край ее гладкий, мягкий, закругленный, безболезненный. Область желчного пузыря при пальпации безболезненна. Селезенка не пальпируется, область ее пальпации безболезненна. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен. Область мочеточников при пальпации безболезненна. Со стороны 12-пар черепномозговых нервов - без патологии.;

Спектр данных, полученных на II этапе сбора информации (диагностического поиска) скуден, но не противоречит нашему диагностическому предположению и в известной мере подтверждает его (болезненность в пилорoduоденальной зоне, положительный симптом поколачивания, напряжение передней брюшной стенки). В то же время не обнаруживается никаких физических симптомов, которые говорили бы о заболевании желчного пузыря, печени, поджелудочной железы.

На III этапе сбора информации (диагностического поиска) мы получаем данные, окончательно подтверждающие наш диагноз. Эти данные следующие: при исследовании желудочной секреции с помощью тонкого зонда выявляется гиперсекреция натошак и повышение кислотности (свободная соляная кислота - 45 ед., общая кислотность - 76 ед.), после стимуляции секреции (инъекции 0,5 мл 0,1% раствора гистамина) свободная соляная кислота - 120 ед., общая кислотность - 160 ед. При рентгенологическом исследовании желудка: выявлены утолщенные складки желудка, деформация луковицы 12-ти перстной кишки, на передней стенке определяется "бариевое пятно" - язвенная ниша. При гастродуоденоскопии в луковице 12-ти перстной кишки выявляется язвенный дефект. В биоптате слизистой оболочки, взятом непосредственно возле язвенного дефекта при бактериологическом исследовании выявляется *Helicobacter pylori*, что является характерным для данного заболевания. В общем и биохимическом анализе крови патологии не выявлено. При серии анализов кала на скрытую кровь (проба с гваяковой настойкой) получены отрицательные результаты, что говорит об отсутствии скрытого кровотечения из язвы.

Таким образом, клинический (развернутый) диагноз будет сформулирован так . "Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения". В данном случае язвенная болезнь не осложненная: нет кровотечения, перфорации, пенетрации.

Возвращаясь вновь к диагностическому процессу, отметим, что основная информация была получена нами на I этапе диагностического поиска (при "интервьюировании" больного). Данные II и III этапов диагностического поиска лишь подтвердили наше диагностическое заключение (эндоскопически и рентгенологически верифицировав наличие и локализацию язвенного дефекта) и уточнили некоторые моменты, влияющие на процесс лечения больного (в частности, наличие *Helicobacter pylori*, что требует проведения эрадикационной терапии).

Следующая история болезни демонстрирует большую значимость данных, полученных на II этапе диагностического поиска (данные, получаемые при непосредственном исследовании больного).

Второй пример.

Больная Н., 46 лет, предъявляет жалобы на одышку и сердцебиение при физической нагрузке, повышенную утомляемость. Больная работает бухгалтером, работа сидячая, однако, живет на 4 этаже в доме без лифта и в последние месяцы при подъеме по лестнице она вынуждена несколько раз останавливаться из-за появления одышки, ускоренного сердцебиения и усталости. Диету не соблюдает, однако, отмечает, что при употреблении в пищу соленой пищи одышка усиливается. Считает себя больной в течение последних двух месяцев, когда после перенесенной острой респираторной инфекции появились вышеуказанные ощущения. В анамнезе болезни более никаких указаний на перенесенные заболевания нет.

Анализ жалоб и анамнеза болезни позволяет выделить ведущий синдром -одышку и сердцебиения при физической нагрузке. Эти симптомы могут быть при самой различной патологии - заболеваниях органов дыхания, при заболеваниях сердца, сопровождающихся нарушением кровообращения в малом круге (клапанные пороки сердца, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца), других, более редких заболеваниях органов кровообращения и дыхания. Следовательно, для формирования диагностической концепции после I этапа диагностического поиска у нас еще недостаточно информации. Необходимо продолжить диагностический поиск для получения необходимого объема информации, чтобы поставить диагноз.

На II этапе диагностического поиска выявляется следующее:

Общее состояние удовлетворительное, отеков нет, отмечается нерезкий цианоз губ, кончика носа, ушных раковин. Грудная клетка конической формы , при перкуссии звук

ясный, легочный. При аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий в I мин - 20 (в покое). При осмотре область сердца умеренно выбухает (нерезко выраженный "сердечный горб"), отмечается пульсация в III-IV межреберьях слева от грудины, пульсация в эпигастральной области, усиливающаяся на высоте вдоха. При пальпации области верхушки сердца при положении больной на левом боку на фазе выдоха определяется дрожание в фазу диастолы. Правая и левая границы - относительной тупости сердца не изменены, верхняя граница - на верхнем крае III ребра. При аускультации - на верхушке усиление I тона, после II тона следует добавочный тон, после которого выслушивается шум низкого, "рокочущего" тембра. Во II межреберье слева от грудины выслушивается акцент и раздвоение II тона. АД - 115/70 мм рт.ст., пульс - 80 в I мин, ритмичный полный. Живот обычной формы, в акте дыхания участвует. При поверхностной пальпации мягкий, болезненности нет. При глубокой пальпации определяется нижняя граница желудка, толстый кишечник нормального тонуса, печень пальпируется у края реберной дуги, мягкая, безболезненная, край ее закруглен. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненна. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен. Со стороны 12-ти пар черепно-мозговых нервов - без патологии.

Таким образом, на II этапе диагностического поиска мы получили достаточно много информации и ее необходимо проанализировать. У нашей пациентки определяется акроцианоз - признак, обусловленный замедлением кровотока в периферическом сосудистом русле и усилением захвата кислорода тканями. Это явление свойственно сердечной, но не легочной недостаточности, при которой отмечается диффузный цианоз (вследствие нарушения оксигенации крови в легких). Далее, определяется усиленная пульсация в III-IV межреберьях слева от грудины (обусловленная пульсацией выходных трактов правого желудочка) и пульсация в эпигастрии, усиливающаяся на высоте вдоха (что также обусловлено усиленной пульсацией правого желудочка). Все это в сочетании с акцентом II тона и его раздвоением говорит о наличии легочной гипертензии (то есть повышении давления в сосудах малого круга кровообращения). Наличие легочной гипертензии хорошо объясняет жалобы больной на одышку и сердцебиения при физической нагрузке. Чем же обусловлена легочная гипертензия? Вероятно, существует какое-то препятствие к оттоку крови из сосудов малого круга. Данные аускультации дают на это четкий ответ: имеющееся сочетание аускультативных симптомов - усиление I тона, добавочный тон после II тона (так называемый "тон открытия" митрального клапана), после добавочного тона - протодиастолический шум характерного тембра, что типично для митрального стеноза). Диа-столическое дрожание, определяемое на верхушке сердца

при пальпации, является эквивалентом протодиастолического шума. У больной имеется лишь одышка и тахикардия при физической нагрузке и отсутствует увеличение печени - все это позволяет утверждать о наличии сердечной недостаточности I стадии.

Какова этиология данного порока сердца? Известно, что у взрослого человека митральный стеноз может быть лишь ревматической этиологии.

Следовательно, на III этапе диагностического поиска мы должны решить вопрос об активности ревматического процесса, а также более детально охарактеризовать поражение митрального клапана и состояние легочного кровообращения. В анализе крови нормальное количество эритроцитов и лейкоцитов, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ-10 мм/ч. С-реактивный белок не определяется. Титры противострептококковых антител (антигиалуронидаза, анти-О-стрептолизин) не увеличены. Величина альфа₂-глобулинов также не изменена. Все эти данные (в сочетании с отсутствием субфебрильной температуры и артралгий) свидетельствуют об отсутствии активности ревматического процесса.

При рентгеновском исследовании выявлено увеличение левого предсердия (один из косвенных признаков митрального стеноза) и увеличение правого желудочка ("реакция" сердца на повышение давления в сосудах малого круга). Увеличена дуга легочной артерии, расширены крупные сосуды корней легких. На ЭКГ имеются признаки синдрома гипертрофии левого предсердия и правого желудочка, что также вполне соответствует нашему диагнозу. Ультразвуковое исследование сердца обнаруживает расширение левого предсердия, однонаправленное движение резко утолщенных створок митрального клапана, а также признаки нарушения кровотока через митральное отверстие. Таким образом, после всех этапов диагностического поиска диагноз будет звучать следующим образом: "Ревматическая лихорадка, неактивная стадия, митральный порок сердца: стеноз митрального отверстия, сердечная недостаточность I стадии".

Таким образом данный клинический пример показывает, что информация, полученная на II этапе диагностического поиска, оказалась наиболее значимой для диагноза. Данные, полученные на III этапе диагностического поиска также весомы, но они позволили лишь уточнить результаты II этапа диагностического поиска.

Третий пример.

Следующая история болезни демонстрирует наибольшую значимость для диагноза данных, полученных на III этапе диагностического поиска.

Больной Г., 48 л., инженер, пришел на прием к врачу на диспансеризацию. Всегда чувствовал себя здоровым человеком, за медицинской помощью не обращался. Таким образом, отсутствие жалоб и анамнеза (т.е. I этапа диагностического поиска) не позволяет

даже заподозрить какое-либо заболевание. При непосредственном исследовании больного (II этап диагностического поиска) отмечается удовлетворительное общее состояние больного. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка конической формы, при перкуссии - ясный легочный звук. При аускультации - везикулярное дыхание, хрипов нет. Область сердца и границы относительной тупости сердца в пределах нормы. АД-130/80 мм рт ст., пульс - 80 в мин, ритмичный, полный. При осмотре расширения вен передней брюшной стенки нет, при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, область их пальпации безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен. Со стороны 12-ти пар черепномозговых нервов без патологии. Таким образом, на II этапе диагностического поиска не выявлено каких-либо патологических изменений.

На III этапе диагностического поиска:

Общий анализ крови: Нв - 134 г/л, эритроцитов - 4,3 млн, лейкоц. - 870000 (миелоциты - 4, метамиелоциты - 6, юные - 15, палочкоядерные - 20, сегментоядерные - 25, эозинофилы - 4, базофилы - 5, моноциты, лимфоциты - 21), СОЭ - 28 мм/час. Тромбоциты - 300000 в I мкл.

В биохимическом анализе - без патологии, отмечается лишь подъем уровня мочевой кислоты до 9 мг%. При анализе пунктата костного мозга отмечается резкое увеличение соотношения лейко/эритро до 20/1 (при норме 4/1), миелоидная метаплазия костного мозга с резким увеличением количества дифференцированных гранулоцитов, количество бластов незначительно увеличено, имеется также увеличение количества эозинофилов и базофилов (так называемая, "эозинофильно-базофильная ассоциация").

Анализ ценности информации, получаемой на разных этапах диагностического поиска показывает, что в данной клинической ситуации решающее значение имеют результаты III этапа диагностического поиска.

Таким образом, картина периферической крови и костного мозга укладывается в диагностические критерии хронического миелолейкоза, начальной его стадии.

После проведения диагностического поиска необходимо сформулировать развернутый клинический диагноз.

Далее Вам следует обосновать лечение курируемого больного (режим, стол, медикаменты с указанием доз и кратности приема).

В истории болезни пишется дневник, в котором отмечается состояние больного, динамика его жалоб и данных физического исследования.

Дневник курации содержит следующие положения:

Дата_____	Назначения
Жалобы больного _____	Режим
_____ -	Стол
_____	Медикаменты
Данные физического обследования _____	

Необходимо отразить особенности статуса больного на момент наблюдения, наличие (отсутствие) динамики и в чем она выражается. Отмечается частота дыхания, пульса, величина артериального давления.

В дневнике курации обсуждаются результаты полученных данных, параклинических исследований, эффективность проводимой терапии.

Подпись куратора _____

После дневника в истории болезни помещается **эпикриз** – обобщение всех данных в период пребывания больного в стационаре. В эпикризе кратко отражаются жалобы, анамнез, физические и лабораторно-инструментальные данные и их динамика в процессе лечения, даются врачебные рекомендации. Схема написания эпикриза представлена ниже.

ЭПИКРИЗ

Больной (Ф.И.О.) _____ лет, находился
в _____

В клинике с _____ по _____ 200 г.

Клинический диагноз _____

Поступил с жалобами _____

Анамнестические данные _____

При физическом исследовании больного _____

Данные лабораторных и инструментальных исследований _____

____ В период пребывания больного в стационаре проведены консультации специалистов _____

Больному проводилось следующее лечение _____

_____ В результате проведенного лечения отмечалась следующая динамика _____

Больной выписывается со следующими рекомендациями (режим, диета) прием медикаментов (указывается точная доза и кратность приема) _____

_____ Рекомендовано наблюдение врача по месту жительства (повторная госпитализация) _____

_____ Подпись куратора _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

Курс 4, семестр 8, ЗЕ – 2, Отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Модуль 1					
Диабетология. Сахарный диабет у детей	Текущий	1. Фронтальный опрос 2. Курация больного, ситуационная задача. 3. Оценка самостоятельной работы	15	25	4 недели
	Рубежный	Тестовый контроль	5	10	
Модуль 2					
Основные эндокринные заболевания у детей	Текущий	1. Фронтальный опрос 2. Курация больного, ситуационная задача 3. Оценка самостоятельной работы	15	25	8 недели
	Рубежный	Тестовый контроль	5	10	
ВСЕГО за семестр			40	70	9 недели
Промежуточный контроль (Зачет)	1. Подведение итогов по истории болезни 2. Вопросы по билетам 3. Ситуационная задача		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

ОЦЕНИВАНИЯ ПОСЕЩАЕМОСТИ ЛЕКЦИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ (текущий контроль)

Все пропущенные лекции и практические занятия отрабатываются, однако баллы за каждое пропущенное занятие **(0,25 баллов)** и лекции снимаются **(0,5 баллов)** (кроме пропущенных по уважительным причинам), так как отработки не восполняют пропущенные аудиторные занятия совместно с преподавателем.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Знание заданной темы учебного материала	0-40

2	Ответы отличаются точностью использованных терминов (уместность и достоверность сведений)	0-30
3	Материал излагается последовательно и логично	0-20
4	Активность на практическом занятии, показывающая усвоение заданной темы программного материала	0-10
Всего в %		

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ
(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Провести расспрос больного с СД, собрать анамнез	0-10
2	Провести физикальное обследование больного	0-15
3	Провести оценку результатов лабораторного и инструментального обследования	0-15
4	Интерпретировать результаты, провести диф. диагноз и поставить клинический диагноз	0-40
5	Составить план обследования, лечения конкретного больного	0-20
Всего в %		

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
ФОРМА		0-10
1	Правильное оформление титульного листа, деление текста на введение, основную часть и заключение	
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		0-20
1	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов, логическая последовательность слайдов, текст легко читается, фон сочетается с текстом, просмотр презентации не утомителен	0-10
2	Краткость, точность, законченность информации, сформированные идеи ясно изложены хорошо и структурировано	0-10
СОДЕРЖАНИЕ		0-50
1	Соответствие теме	0-10
2	Сформулирована цель работы, понятны поставленные задачи	0-10

3	Содержание адекватно отражает решение поставленной задачи, основные положения раскрыты, подкреплены аргументами и фактами, есть выводы	0-30
ДОКЛАД		0-20
1	Правильность и точность речи во время презентации	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-10
3	Выполнение регламента	0-5
Всего %		

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ
(текущий контроль, рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
Всего %		

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА
(рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в %).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
(промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Общие сведения о больном	0-2
2	Жалобы (кратко и четко перечисляются все жалобы больного в настоящее время)	0-8
3	Анамнез болезни	0-8

4	Анамнез жизни	0-8
5	Объективное исследование	0-10
6	Лабораторные, дополнительные методы исследования	0-8
7	Клинический диагноз и обоснование клинического диагноза	0-11
8	Дифференциальный диагноз	0-9
9	Этиология и патогенез развития болезни данного больного	0-8
10	Лечение	0-10
11	Дневники наблюдения	0-8
12	Эпикриз и прогноз	0-10
Всего в %		
Сумма баллов		

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ВОПРОСОВ ПО БИЛЕТАМ (промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
Всего в %		Среднее арифметическое (сумма /4)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;

- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.
« менее 60%»
- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.