

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России

_____ М.В. Хорева

« 23 » июня 2022 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.53 Эндокринология

Направленность (профиль) программы

Эндокринология

Уровень высшего образования

подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2022 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.53 Эндокринология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 100, педагогическими работниками межкафедрального объединения кафедр эндокринологии лечебного факультета и эндокринологии и диабетологии ФДПО

| № | Фамилия, имя, отчество | Ученая степень, звание | Занимаемая должность в Университете, кафедра |
|---|-------------------------------|------------------------|--|
| 1 | Демидова Татьяна Юльевна | д.м.н., профессор | Заведующий кафедрой эндокринологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова |
| 2 | Демидова Ирина Юрьевна | д.м.н., профессор | Заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии ФДПО |
| 3 | Скуридина Дарья Викторовна | - | ассистент кафедры эндокринологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова |
| 4 | Титова Виктория Викторовна | - | ассистент кафедры эндокринологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова |
| 5 | Лобанова Кристина Геннадьевна | - | ассистент кафедры эндокринологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова |
| 6 | Ушанова Фатима Омариевна | - | ассистент кафедры эндокринологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова |
| 7 | Измайлова Марьям Ярагиевна | - | ассистент кафедры эндокринологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова |

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании межкафедрального объединения кафедр эндокринологии лечебного факультета и эндокринологии и диабетологии ФДПО по специальности 31.08.53 Эндокринология.

протокол № 12 от «05» апреля 2022 г.

Руководитель межкафедрального объединения _____/Демидова Т.Ю./

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| 1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации | 4 |
| 2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание | 8 |
| 3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций..... | 52 |
| 4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации | 52 |

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.53 Эндокринология.

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Университетом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Врач-эндокринолог и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-эндокринолог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

| Наименование категории (группы) универсальных компетенций | Код и наименование универсальной компетенции выпускника | Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции |
|---|---|---|
| Системное и критическое мышление | УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте | УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте |
| | | УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте |

| | | |
|---|--|--|
| Разработка и реализация проектов | УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им | УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом |
| | | УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач |
| Командная работа и лидерство | УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению | УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации |
| | | УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели |
| | | УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей |
| Коммуникация | УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности | УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками |
| | | УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции |
| | | УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях |
| Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение) | УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории | УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста |
| | | УК-5.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития |
| | | УК-5.3 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории |

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

| Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций | Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника | Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции |
|--|--|---|
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| Деятельность в сфере информационных технологий | ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности | ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности |
| Организационно-управленческая деятельность | ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей | ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей |
| Педагогическая деятельность | ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность | ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся |
| Медицинская деятельность | ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов | ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ОПК-4.2 Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования |
| | ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность | ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения |
| | ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов | ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов |
| | ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу | ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит |

| | | |
|--|---|---|
| | | медицинскую экспертизу |
| | ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения | ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением |
| | ОПК-9. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала | ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию ОПК-9.2 Организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала |
| | ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства |

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

| Наименование категории (группы) профессиональных компетенций | Код и наименование профессиональной компетенции | Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции | Основание |
|--|--|---|---|
| Медицинская деятельность | ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология" | ПК-1.1 Проводит обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контролирует его эффективность и безопасность ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ПК-1.4 Проводит медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы, медицинские осмотры в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы ПК-1.5 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому | 02.028 Профессиональный стандарт - Врач-эндокринолог |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | просвещению населения ПК-1.6 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме | |
| Организационно-управленческая деятельность | ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала | ПК-2.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала | 02.028 Профессиональный стандарт - Врач-эндокринолог |
| Педагогическая и научно-исследовательская деятельность | ПК-3. Способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний | ПК-3.1 Планирует научно-исследовательскую деятельность ПК-3.2 Осуществляет научно-исследовательскую деятельность ПК-3.3 Осуществляет педагогическую деятельность на основе полученных научных знаний | Анализ отечественного и зарубежного опыта |

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

| | |
|------------------------------|---|
| 1 этап - тестирование | |
| Предмет проверки | Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры |
| Особенности проведения | Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием. |
| Рекомендации по подготовке | Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен.</p> <p>Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.</p> |
| 2 этап - практический | |
| Предмет проверки | Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры |
| Особенности проведения | <p>Обучающему предлагается дать ответ (продемонстрировать навык) на два практических вопроса.</p> <p>Первый навык может быть продемонстрирован на манекене манипуляции. В процессе демонстрации обучающийся должен дать объяснения (показания, противопоказания, техника, возможные осложнения, профилактика осложнений).</p> <p>Второй навык может заключаться в лабораторном или инструментальном исследовании. В процессе ответа обучающийся должен интерпретировать исследование.</p> <p>На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут.</p> <p>Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.</p> |
| Рекомендации по подготовке | Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач) |
| 3 этап - собеседование | |
| Предмет проверки | Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения |
| Особенности проведения | <p>Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера.</p> <p>В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена.</p> <p>На собеседование отводится 45 минут.</p> <p>Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.</p> |
| Рекомендации по подготовке | Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики) |

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 1 | Сахарный диабет |
| 1 | | Каким пациентам в возрасте 45 лет и старше следует проводить скрининг для выявления нарушений углеводного обмена? |
| | | Абсолютно всем пациентам |
| | | Пациентам с ожирением |
| | | Пациентам с артериальной гипертонией |
| | | Пациентам, вес которых при рождении превышал 4 кг |
| 2 | | Какой из перечисленных сахароснижающих препаратов является препаратом первой линии для лечения сахарного диабета 2 типа? |
| | | Метформин |
| | | Лираглутид |
| | | Глибенкламид |
| | | Дапаглифлозин |
| 3 | | Дапаглифлозин относится к следующему классу сахароснижающих препаратов |
| | | Бигуаниды |
| | | Ингибиторы дипептидилпептидазы-4 |
| | | Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа |
| | | Аналоги глюкагоноподобного пептида-1 |
| 4 | | Сахароснижающий препарат, способствующий снижению массы тела, но не предназначенный для лечения ожирения |
| | | Натеглинид |
| | | Дапаглифлозин |
| | | Лираглутид |
| | | Росиглитазон |
| 5 | | Сахароснижающий препарат, наиболее предпочтительный для применения у больных сахарным диабетом 2 типа с застойной сердечной недостаточностью |
| | | Инсулин |
| | | Метформин |
| | | Репаглинид |
| | | Эмпаглифлозин |
| | | Ситаглиптин |
| 6 | | При использовании помповой инсулинотерапии может применяться инсулин |
| | | Аспарт |
| | | Гларгин |
| | | Детемир |
| | | Аспарт двухфазный |
| 7 | | Сахароснижающие препараты, используемые для вторичной профилактики атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сахарным диабетом 2 типа |
| | | дулаглутид |

| | | |
|----|---|--|
| | | лираглутид |
| | | семаглутид |
| | | дапаглифлозин |
| | | глибенкламид |
| | | аспарт |
| | | |
| 8 | | Профилактика диабетической ретинопатии включает |
| | | поддержание индивидуальных целевых уровней гликемического контроля |
| | | достижение целевого АД |
| | | коррекцию дислипидемии |
| | | лазерную коагуляцию сетчатки |
| | | применение ангиопротекторов, антиоксидантов, ферментов и витаминов |
| | | |
| 9 | | Профилактика диабетической нейроостеоартропатии включает |
| | | Достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей гликемического контроля |
| | | Своевременное выявление и динамическое наблюдение за пациентами группы риска диабетической нейроостеоартропатии |
| | | Ношение специализированной ортопедической обуви и стелек |
| | | Назначение тиоктовой кислоты |
| | | Назначение курсов витаминов группы В |
| | | |
| 10 | | Профилактика синдрома диабетической стопы включает |
| | | Достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей гликемического контроля |
| | | Обучение больных и их родственников правилам ухода за ногами и выбора обуви |
| | | Назначение тиоктовой кислоты |
| | | Назначение курсов витаминов группы В |
| | | |
| 1 | 2 | Нейроэндокринные заболевания |
| 11 | | Пациентам с акромегалией и поражением суставов в качестве реабилитации рекомендованы |
| | | регулярные физические упражнения не менее 3-х раз в неделю |
| | | ортопедические стельки и ортопедическая обувь |
| | | ортезы, ортопедические корсеты |
| | | заместительная терапия соматотропным гормоном после оперативного лечения |
| | | уход за стопами, смазывание кремом, содержащим мочевины |
| | | |
| 12 | | Пациентам с акромегалией и поражением височно-нижнечелюстного сустава, а также имеющим прогнатизм, диастему и ограничение открывания рта в качестве реабилитации рекомендованы |
| | | физиотерапия |
| | | ортодонтическая помощь с установкой сложных ортодонтических несъемных |

| | | |
|----|---|---|
| | | конструкций |
| | | хирургическая коррекцию размеров и положения нижней челюсти |
| | | протезирование зубов |
| 13 | | Для подтверждения активной стадии акромегалии проводят |
| | | Исследование базального уровня СТГ |
| | | Исследование СТГ в ходе орального глюкозотолерантного теста |
| | | Пробу с сухоедением |
| | | Пробу с тиролиберином |
| 14 | | Секрецию пролактина подавляет |
| | | Стресс |
| | | Тиролиберин |
| | | Дофамин |
| | | Длительное голодание |
| 15 | | Адренкортикотропный гормон (АКТГ) вызывает |
| | | Усиление синтеза кортизола в надпочечниках |
| | | Усиление синтеза тестостерона в гонадах |
| | | Усиление синтеза эстрогенов в гонадах |
| | | Снижение синтеза альдостерона |
| | | Усиление синтеза адреналина |
| 16 | | Окситоцин синтезируется |
| | | В передней доле гипофиза |
| | | В задней доле гипофиза |
| | | В коре головного мозга |
| | | В гипоталамусе |
| | | В мозжечке |
| 1 | 3 | Заболевания щитовидной железы |
| 17 | | Проявлением диффузного токсического зоба являются |
| | | Набор массы тела |
| | | Мышечная гипертрофия |
| | | Брадикардия |
| | | Нарушения ритма сердца |
| 18 | | Показаниями к хирургическому лечению диффузного токсического зоба являются |
| | | Отсутствие стойкого эутиреоидного состояния после проведенного медикаментозного лечения |
| | | Наличие компрессионного синдрома |
| | | Определение антител к рецептору ТТГ |
| | | Наличие беременности |

| | | |
|----|---|---|
| 19 | | К проявлениям тиреотоксического криза относятся |
| | | Тошнота, рвота, профузный понос |
| | | Сухость кожи и слизистых |
| | | Повышение температуры тела |
| | | Брадикардия |
| | | Тахикардия и нарушение сердечного ритма |
| | | |
| 20 | | Основным препаратом заместительной терапии гипотиреоза является |
| | | Тиреоидин |
| | | Тиреотом |
| | | Тиреокомб |
| | | Левотироксин |
| | | Трийодтиронин |
| | | |
| 21 | | Для профилактики эндемического зоба используется |
| | | Препараты йода |
| | | Глюкокортикоиды |
| | | В-блокаторы |
| | | Поливитаминны |
| | | Анаболики |
| | | |
| 22 | | Какой уровень ТТГ характерен для эндемического зоба? |
| | | Нормальный уровень ТТГ |
| | | Нормальный или сниженный уровень ТТГ |
| | | Сниженный уровень ТТГ |
| | | Нормальный или повышенный уровень ТТГ |
| | | |
| 1 | 4 | Патология надпочечников |
| 23 | | Клинические признаки Аддисонического криза включают |
| | | Выраженную гипотензию |
| | | Болезненную пальпацию живота/напряженность мышц передней брюшной стенки |
| | | Лихорадку |
| | | Спутанность сознания, делирий |
| | | Олигурию |
| | | Дыхание Куссмауля |
| | | Выраженную гипертензию |
| | | |
| 24 | | Препарат выбора для лечения артериальной гипертензии при феохромоцитоме |
| | | Альфа-блокаторы |
| | | Бета-блокаторы |
| | | Антагонисты кальция |
| | | Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента |

| | | |
|----|---|--|
| | | Антагонисты рецепторов ангиотензина II |
| 25 | | Феохромоцитома - гормонально-активная опухоль, продуцирующая следующие гормоны |
| | | Адреналин и норадреналин |
| | | Эстрогены и андрогены |
| | | Глюкокортикоиды и альдостерон |
| | | Альдостерон и андрогены |
| 1 | 6 | Патология репродуктивной системы |
| 26 | | Основная функция репродуктивной системы |
| | | Саморегуляция |
| | | Поддержание гомеостаза |
| | | Продолжение биологического вида |
| | | Участие в энергетических процессах |
| | | Гормональная регуляция |
| 27 | | Гормоны, синтезируемые гипофизом |
| | | Пролактин |
| | | Гонадотропин-рилизинг гормон |
| | | Эстрадиол |
| | | Прогестерон |
| | | Ингибин |
| 28 | | Принцип отрицательной обратной связи в регуляции репродуктивной системы характеризуется тем, что |
| | | При снижении концентрации периферических гормонов усиливаются синтез и выделение рилизинговых и гонадотропных гормонов |
| | | В ответ на значительное повышение эстрадиола в преовуляторном фолликуле увеличивается продукция гонадотропинов |
| | | В ответ на снижение концентрации периферических гормонов увеличивается чувствительность рецепторов к ним |
| 29 | | Принцип положительной обратной связи в регуляции репродуктивной системы характеризуется тем, что |
| | | При снижении концентрации периферических гормонов снижается продукция ЛГРГ |
| | | При снижении концентрации периферических гормонов усиливаются синтез и выделение рилизинговых и гонадотропных гормонов |
| | | В ответ на значительное повышение эстрадиола в преовуляторном фолликуле увеличивается продукция ГНРГ и гонадотропинов |
| 30 | | Профилактика задержки полового созревания при сахарном диабете 1 типа |
| | | Компенсация сахарного диабета |
| | | Уменьшение доз инсулина |
| | | Применение бигуанидов |
| | | Применение препаратов сульфонилмочевины |

| | | |
|----|---|---|
| | | |
| 1 | 7 | Нарушение метаболизма |
| 31 | | Лекарственные препараты для лечения ожирения назначают при |
| | | Индексе массы тела менее 19 кг/м ² |
| | | Индексе массы тела более 19 кг/м ² |
| | | Индексе массы тела менее 27 кг/м ² |
| | | Ожирении, осложненном депрессией |
| | | |
| 32 | | Расстройство приёма пищи, характеризующееся значительно сниженным весом тела, преднамеренно вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом, в целях похудения или для профилактики набора лишнего веса |
| | | Ожирение |
| | | Булимия |
| | | Нервная анорексия |
| | | Гипотрофия |
| | | |
| 33 | | Распространенность ожирения в России составляет |
| | | 20%-30% людей трудоспособного возраста |
| | | 40% людей трудоспособного возраста |
| | | 5% людей трудоспособного возраста |
| | | 70% людей трудоспособного возраста |
| | | 60% людей трудоспособного возраста |
| | | |
| 34 | | Фармакодинамические эффекты, характерные для сибутрамина |
| | | Возбуждение центров насыщения в гипоталамусе |
| | | Стимуляция термогенеза |
| | | Повышение основного обмена |
| | | Замедление эвакуации желудочного содержимого |
| | | Подавление всасывания жиров в кишечнике |
| | | |
| 35 | | Обследование пациента с ожирением включает |
| | | Исследование липидного спектра крови |
| | | Оральный глюкозотолератный тест |
| | | Измерение АД, при необходимости суточное мониторирование АД |
| | | Исследование суточной экскреции метилированных катехоламинов |
| | | Исследование уровня антител к рецепторам ТТГ |
| | | |
| 36 | | Для лечения ожирения применяются |
| | | Препараты гормонов щитовидной железы |
| | | Стимуляторы центров насыщения в гипоталамусе (анорексигенные препараты) |
| | | Бигуаниды |
| | | Препараты, нарушающие всасывание жиров в кишечнике |
| | | |
| 1 | 8 | Эндокринопатии во время и после гестации |

| | | |
|----|---|---|
| 37 | | Гестационный сахарный диабет характеризуется гипергликемией, выявленной |
| | | При планировании беременности |
| | | Впервые при беременности |
| | | До настоящей беременности |
| | | После родоразрешения |
| | | |
| 38 | | Пероральный глюкозотолерантный тест для скрининга гестационного сахарного диабета проводится на сроке |
| | | 20-24 недели беременности |
| | | 22-24 недели беременности |
| | | 24-28 недель беременности |
| | | 30-32 недели беременности |
| | | |
| 39 | | С увеличением срока беременности потребность в инсулине |
| | | Повышается |
| | | Не меняется |
| | | Снижается |
| | | Снижается во 2м триместре и повышается в 3м триместре |
| | | |
| 40 | | К факторам риска развития гестационного сахарного диабета относятся |
| | | Гестационный сахарный диабет в анамнезе |
| | | Наличие дислипидемии |
| | | Артериальная гипертензия в анамнезе |
| | | Глюкозурия во время предшествующей или данной беременности |
| | | |
| 41 | | Какой уровень гликемии в венозной плазме натощак свидетельствует в пользу гестационного сахарного диабета? |
| | | Любой уровень, превышающий 5,1 ммоль/л |
| | | 5,1-6,9 ммоль/л |
| | | 6,1-6,9 ммоль/л |
| | | 7,0 ммоль/л и больше |
| | | |
| 1 | 9 | Аутоиммунные полигланулярные синдромы |
| 42 | | При аутоиммунном полигланулярном синдроме при повышении уровня антител к 21-гидроксилазе проводятся исследования |
| | | Уровня базального кортизола |
| | | Уровня АКТГ |
| | | Активности ренина плазмы |
| | | Проведение теста с синактеном |
| | | Суточной экскреции метанефрина, норметанефрина |
| | | |
| 43 | | Начало терапии препаратами левотироксина у пациентов с аутоиммунным гипотиреозом и недиагностированной болезнью Аддисона может спровоцировать |
| | | Развитие ятрогенного тиреотоксикоза |
| | | Манифестацию надпочечниковой недостаточности и развитие Адреналового криза |

| | | |
|----|----|--|
| | | Нормализацию функции коры надпочечников |
| | | Развитие эндокринной офтальмопатии |
| | | |
| 44 | | Принципы терапии при одновременном выявлении надпочечниковой недостаточности и первичного гипотиреоза |
| | | В первую очередь назначается терапия минерало- и глюкокортикоидами |
| | | В первую очередь назначаются препараты левотироксина |
| | | Препараты левотироксина присоединяются после полной компенсации ХНН |
| | | Препараты минерало- и глюкокортикоидов назначаются после компенсации гипотиреоза |
| | | |
| 45 | | У пациентов с СД1 тенденция к учащению гипогликемических состояний, требующая уменьшения дозы инсулина, может быть первым признаком |
| | | Излечения от СД1 |
| | | Манифестации болезни Аддисона |
| | | Гипогонадизма |
| | | Целиакии |
| | | |
| 46 | | Критерии постановки диагноза аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа |
| | | Достаточно одного классического симптома (кандидоз, гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность) |
| | | Необходимо наличие минимум двух характерных симптомов (кандидоз, гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность) |
| | | Необходимо наличие всех трех характерных симптомов (кандидоз, гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность) |
| | | Необходимо наличие трех характерных симптомов (кандидоз, гипопаратиреоз, первичная надпочечниковая недостаточность) и одного дополнительного |
| | | |
| 1 | 10 | Множественные эндокринные неоплазии |
| 47 | | Маркером медулярного рака щитовидной железы является |
| | | Альфа-фетопротеин |
| | | Кальцитонин |
| | | Са 19-9 |
| | | Паратгормон |
| | | Тиреоглобулин |
| | | |
| 48 | | Повышенный уровень кальцитонина в крови является маркером |
| | | Токсической аденомы щитовидной железы |
| | | Папиллярного рака щитовидной железы |
| | | Фолликулярного рака щитовидной железы |
| | | Медулярного рака щитовидной железы |
| | | Лимфомы |
| | | |
| 49 | | Медулярный рак щитовидной железы |
| | | Проявляется повышенной продукцией тиреоидных гормонов |
| | | Развивается из фолликулярного эпителия щитовидной железы |

| | | |
|----|--|--|
| | | Отличается редким метастазированием в лимфатические узлы |
| | | Является частью синдрома множественной эндокринной неоплазии 2 типа |
| 50 | | Какой локализацией надпочечников характеризуется феохромоцитома при МЭН-2? |
| | | Двусторонней надпочечниковой |
| | | Правосторонней надпочечниковой |
| | | Левосторонней надпочечниковой |
| | | Вненадпочечниковой |

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Сбор анамнеза, внешний осмотр больного, составление программы клинического обследования;
2. пальпация щитовидной железы;
3. аускультация легких;
4. аускультация сердца;
5. аускультация сосудов;
6. перкуссия и пальпация внутренних органов;
7. измерение артериального давления;
8. обследование периферических сосудов;
9. обследование центральной нервной системы (умение оценить степень расстройства сознания, нарушение речи, памяти);
10. обследование периферической нервной системы (автономные органы нарушения);
11. вегетативной нервной системы (двигательные и чувствительные нарушения);
12. оценка показателей периферической крови, биохимического исследования (общий белок и его фракции, ферменты, мочевины и креатинина, электролиты, липидный спектр, активность воспалительного процесса);
13. оценка кислотно-основного баланса крови;
14. оценка иммунохимического исследования крови;
15. оценка показателей общего анализа мочи;
16. оценка пробы по Нечипоренко;
17. оценка пробы по Зимницкому;
18. оценка пробы Реберга;
19. оценка состояния углеводного обмена: уровень гликемии и глюкозурии, кетоза и кетоацидоза, гликированного гемоглобина, иммуно-реактивного инсулина, С-пептида, степени инсулинорезистентности;
20. проведение и интерпретация глюкозо-толерантного теста;
21. интерпретация данных гормональных исследований;
22. расшифровка и оценка ЭКГ;
23. анализ рентгенограммы органов грудной клетки, краниографии, спондилографии, костей, суставов;
24. анализ данных УЗИ внутренних органов, щитовидной железы, надпочечников, компьютерной томографии эндокринных желез;

25. оценка уровня антител к щитовидной железе, инсулину, надпочечникам;
26. анализ данных цитологического исследования ткани щитовидной железы (по данным ТАБ);
27. пальпация щитовидной железы;
28. расчет объема щитовидной железы по общепринятой формуле;
29. составление плана эпидемиологических исследований для выявления йоддефицитных заболеваний с использованием стандартных показателей (медиана йодурии, частота зоба);
30. расчет индивидуальной диеты для больных сахарным диабетом;
31. подбор инсулинотерапии для пациента с сахарным диабетом 1 или 2 типа;
32. определение уровня гликемии, сахара и ацетона в моче экспресс-методом;
33. определение микроальбуминурии с помощью тест-полосок;
34. расчет степени инсулинорезистентности по стандартной формуле;
35. определение индекса массы тела;
36. определение плече-лодыжечного индекса;
37. проведение исследования нарушения чувствительности с помощью градуированного камертона, микрофеломентов;
38. определение группы крови.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Общие принципы синтеза, секреции и регуляции секреции, транспорта, гормонов. Механизмы действия гормонов.
2. Регуляция гомеостаза глюкозы. Метаболические эффекты инсулина.
3. Сахарный диабет. Определение. Классификация сахарного диабета и других типов нарушения углеводного обмена. Эпидемиология сахарного диабета.
4. Сахарный диабет 1 типа. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
5. Лечение сахарного диабета 1 типа. Заместительная инсулинотерапия при сахарном диабете 1 типа. Рекомендации по питанию при сахарном диабете 1 типа. Принципы регулярного гликемического контроля и самоконтроля.
6. Сахарный диабет 2 типа. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
7. Профилактика сахарного диабета 2 типа. Группы риска развития сахарного диабета 2 типа. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска развития сахарного диабета. Ранняя диагностика сахарного диабета 2 типа.
8. Немедикаментозное лечение сахарного диабета 2 типа. Диетотерапия при сахарном диабете 2 типа. Физические упражнения при сахарном диабете 2 типа.
9. Медикаментозное лечение сахарного диабета 2 типа. Неинсулиновые препараты в лечении сахарного диабета 2 типа.
10. Принципы инициации и интенсификации сахароснижающей терапии при сахарном диабете 2 типа. Цели лечения сахарного диабета 2 типа.
11. Инсулинотерапия при сахарном диабете 2 типа. Комбинированная терапия инсулином в сочетании с пероральными сахароснижающими препаратами.
12. Артериальная гипертензия при сахарном диабете: целевое значение АД, особенности гипотензивной терапии. Контроль эффективности лечения.
13. Диабетическая ретинопатия. Факторы риска развития и прогрессирования диабетической ретинопатии. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.

Лазерная коагуляция сетчатки: показания, осложнения. Медикаментозное лечение. Хирургическое лечение (витрэктомия): показания, осложнения. Профилактика.

14. Диабетическая периферическая нейропатия. Эпидемиология и факторы риска развития. Классификация. Патогенез. Диагностика. Лечение, профилактика.

15. Диабетическая автономная нейропатия. Эпидемиология и факторы риска развития. Классификация. Патогенез. Диагностика. Лечение, профилактика.

16. Диабетическая нефропатия, определение. Эпидемиология, этиология и патогенез. Классификация. Факторы риска развития и прогрессирования. Диагностика. Лечение диабетической нефропатии и ее осложнений. Коррекция сахароснижающей терапии при ХБП.

17. Ишемическая болезнь сердца при сахарном диабете. Эпидемиология, особенности патогенеза. Определение сердечно-сосудистого риска у пациентов с сахарным диабетом. Факторы риска. Клинические особенности ИБС у больных сахарным диабетом. Диагностика. Лечение. Сахароснижающая терапия при ИБС.

18. Синдром диабетической стопы. Классификация. Патогенез и клиническая картина нейропатической, ишемической и нейро-ишемической формы синдрома диабетической стопы. Факторы риска развития синдрома диабетической стопы. Диагностика и лечение синдрома диабетической стопы. Профилактика и диспансеризация. Медико-социальная экспертиза и реабилитация.

19. Диабетическая нейроостеоартропатия. Патогенез и клиническая картина. Диагностика и лечение. Профилактика и диспансеризация. Медико-социальная экспертиза и реабилитация.

20. Хирургические вмешательства при сахарном диабете. Подготовка и периоперационное ведение при плановом хирургическом вмешательстве. Периоперационное ведение при хирургическом вмешательстве по срочным показаниям.

21. Гипергликемическая кетоацидотическая (диабетическая) кома. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.

22. Гиперлактацидемическая кома. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.

23. Гиперосмолярная кома (гиперосмолярное гипергликемическое состояние). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.

24. Гипогликемия и гипогликемическая кома. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика. Лечение. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.

25. Особенности клинического течения и лечения диабета во время беременности. Критерии компенсации сахарного диабета у беременной.

26. Гестационный сахарный диабет. Этиология, патогенез. Диагностика, лечение, профилактика осложнений (для матери и плода). Критерии компенсации гестационного сахарного диабета. Послеродовое наблюдение и ведение женщин с гестационным сахарным диабетом в анамнезе. Прогноз.

27. Ожирение. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Осложнения ожирения. Диагностика. Лечение. Немедикаментозные, медикаментозные, хирургические методы лечения. Показания, противопоказания. Профилактика. Лечение метаболического синдрома. Скрининг на выявление сахарного диабета 2 типа. Определение сердечно-сосудистого риска.

28. Акромегалия и гигантизм. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз, амбулаторное наблюдение.

29. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность (гипопитуитаризм). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз и диспансеризация.

30. Дефицит соматотропного гормона. Клиническая картина, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

31. Синдром гиперпролактинемии. Причины физиологической и патологической гиперпролактинемии. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз и диспансеризация.

32. Несахарный диабет. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.

33. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса) Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение, показания и противопоказания к различным методам лечения. Побочные эффекты терапии. Факторы риска развития рецидивов. Прогноз и диспансеризация пациентов.

34. Тиреотоксический криз. Причины развития. Клиническая картина. Диагностика. Неотложная помощь. Прогноз.

35. Функциональная автономия щитовидной железы. Основные формы функциональной автономии щитовидной железы. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика. Прогноз и диспансеризация.

36. Синдром гипотиреоза. Классификация. Патогенез первичного, вторичного, третичного и периферического гипотиреоза. Клиническая картина гипотиреоза. Клинические маски гипотиреоза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.

37. Гипотиреоидная кома. Причины развития. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.

38. Эпидемиология и этиология йоддефицитных заболеваний. Патогенез. Классификация йоддефицитных заболеваний. Патоморфология эндемического зоба. Эпидемиологические критерии оценки степени тяжести йодного дефицита. Диагностика и дифференциальная диагностика йоддефицитных заболеваний с другими заболеваниями щитовидной железы. Лечение. Профилактика. Прогноз и диспансеризация пациентов с йоддефицитными заболеваниями.

39. Подострый тиреоидит (тиреоидит де Кервена, гранулематозный). Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз и диспансеризация пациентов с подострым тиреоидитом.

40. Хронический аутоиммунный тиреоидит (тиреоидит Хашимото). Этиология. Патогенез. Клиническая картина хронического аутоиммунного тиреоидита: классификация в зависимости от варианта течения, стадии болезни и функционального состояния щитовидной железы. Диагностика. Лечение, амбулаторное наблюдение.

41. Злокачественные новообразования щитовидной железы. Эпидемиология, этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Клинические симптомы, функциональное состояние щитовидной железы. Особенности метастазирования опухолей щитовидной железы. Диагностика. Лечение.

42. Физиологические изменения функционирования системы гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа во время беременности. Особенности течения заболеваний щитовидной железы при беременности, после беременности. Влияние гипотиреоза, тиреотоксикоза, йодного дефицита, аутоиммунных заболеваний щитовидной железы на течение беременности и родов. Лечение гипотиреоза, диффузного токсического зоба при беременности. Профилактика дефицита йода при беременности.

43. Безболевого и послеродового тиреоидиты. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.

44. Амиодарон-индуцированные тиреопатии. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
45. Эндокринная офтальмопатия. Определение. Эпидемиология, этиопатогенез. Клиническая картина. Критерии активности течения эндокринной офтальмопатии. Критерии тяжести. Классификация. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз и особенности диспансеризации пациентов.
46. Эндогенный гиперкортицизм. Этиология. Патогенез. Основные клинические симптомы эндогенного гиперкортицизма. Осложнения. Диагностика. Лечение. Прогноз и диспансеризация.
47. Первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз и диспансеризация.
48. Гормонально неактивные опухоли надпочечников (инциденталомы надпочечников). Классификация. Принципы диагностики. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
49. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Классификация. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
50. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз с заболеваниями, сопровождающимися болевым абдоминальным, диспептическим синдромами, с коллаптоидными состояниями. Лечение и профилактика аддисонического криза. Прогноз.
51. Аутоиммунные полигландулярные синдромы. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
52. Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром). Классификация. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
53. Феохромоцитома. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
54. Симпато-адреналовый криз (катехоламиновый шок). Причины развития. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.
55. Первичный гиперпаратиреоз. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Клинические формы первичного гиперпаратиреоза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
56. Вторичный и третичный гиперпаратиреоз. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.
57. Гиперкальциемический криз. Причины развития. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика.
58. Гипопаратиреоз. Классификация. Этиология. Патогенез. Механизм развития тетании. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
59. Гипокальциемический криз. Причины развития. Клиническая картина и диагностика. Неотложная терапия при гипокальциемическом кризе.
60. Остеопороз. Определение. Эпидемиология. Факторы риска. Этиологическая классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика остеопороза.
61. Синдром поликистозных яичников. Этиология и патогенез. Менструальная функция. Диагностика (критерии) и дифференциальная диагностика. Лечение.
62. Климактерический синдром. Определение понятий: пременопауза, перименопауза, постменопауза, климактерический синдром. Патогенез

климактерического синдрома. Клинические проявления климактерического синдрома. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.

63. Синдром аменореи. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.

64. Синдром гиперандрогении у женщин. Определение понятия гиперандрогении. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение. Прогноз.

65. Нарушения овуляторной функции яичников: этиопатогенез и клиническая картина различных форм, диагностика, дифференциальная диагностика, основные принципы лечения.

66. Синдром гипогонадизма у мужчин. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика первичного, вторичного гипогонадизма, гипогонадизма, обусловленного резистентностью органов мишеней.

67. Возрастной андрогенный дефицит: патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения, заместительная терапия андрогенами.

68. Преждевременное половое созревание. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

Больная Б, 48 лет, обратилась с жалобами на раздражительность, сердцебиение, перебои в работе сердца и сжимающие боли в области сердца, одышку, усиливающуюся при ходьбе, отеки на ногах, плохую переносимость жары, повышенную потливость, мышечную слабость, похудание, нарушение сна.

Перебои в области сердца стала отмечать в течение последних 2-х лет. В течение года появились отеки на ногах, к врачу не обращалась. Менопауза с 46 лет, с частыми приливами. За 2 года похудела на 7 кг при повышенном аппетите. Три недели назад была госпитализирована в кардиологическое отделение по поводу пароксизмальной мерцательной аритмии. Проводимое лечение в кардиологическом отделении не оказало эффекта.

При объективном осмотре: больная суевлива, многословна, склонна к плаксивости, пониженного питания. Отмечается умеренный 2-х сторонний экзофтальм. Кожные покровы бархатистые, теплые, с усиленной пигментацией в местах трения одеждой, на ногах массивные плотные отеки. Отмечается мелкий тремор вытянутых кистей рук.

Пульс – 100 уд. в 1 мин, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 115 в 1 мин., АД 140/70 мм.рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненная при пальпации.

Щитовидная железа не увеличена, средней плотности, безболезненна, подвижная при пальпации.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 119 г/л (120-140), эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $185 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 10 мм/час(2-15), MCV - 84,2 фл (80-100); MCH - 27,7 пг (27,0-34,0);

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,3 ммоль/л; общий белок - 68,0 г/л (65-85); АЛТ - 54,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 50,0 МЕ/л (0- 35), ТТГ- 0,01 мкМЕ/мл (0,4-4,0); Т4 свободный - 3 нг/мл (0.5 - 1.4); Т3 свободный- 4 нмоль/л (1,3-2,7); общий холестерин - 7,4 ммоль/л (3,6-7,8), калий - 4,7 ммоль/л (3,6-5,0); общий билирубин - 8,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 62 мкмоль/л (44-97);

Общий анализ мочи: цвет - бледно- желтый; удельный вес - 1,015; лейкоциты – 1-

2 в п/зр;

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 2

Больная Л, 29 лет, обратилась с жалобами на головную боль, преимущественно в теменной и затылочной областях, одышку при ходьбе, периодические боли в области сердца сжимающего характера, нарастание массы тела, выраженную слабость.

Считает себя больной 5 лет, когда возникли нарушения менструального цикла, появились головные боли, тогда же была выявлена артериальная гипертензия. В последующем возникли сухость во рту, жажда, учащенное мочеиспускание.

При объективном осмотре: Повышенного питания с преимущественным отложением жира в верхней половине грудной клетки, живота. Отеки голеней и стоп. Лицо багрового цвета. Усилен рост волос над верхней губой, в подбородочной области и на боковых поверхностях лица. Кожа сухая с мраморным оттенком. В подмышечных областях и на боковых поверхностях живота широкие полосы багрово-красного цвета (стрии).

Пульс 90 уд. в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 170 и 100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л (120-140), эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $200 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 5 мм/час(2-15).

Биохимический анализ крови: глюкоза - 12 ммоль/л общий белок - 68,0 г/л, АЛТ - 54,3 МЕ/л, АСТ - 50,0 МЕ/л, общий холестерин - 7,4 ммоль/л, общий билирубин - 8,3 мкмоль/л, креатинин - 62 мкмоль/л

Общий анализ мочи: цвет - бледно- желтый; удельный вес - 1,015; глюкоза количественно – 30 ммоль/л; лейкоциты – 1-2 в п/зр;

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 3

Больная К, 50 лет, обратилась с жалобами на потемнение кожных покровов, выраженную слабость, раздражительность, тошноту, рвоту, поносы, чувство тяжести в эпигастральной области, усиливающиеся после еды, снижение аппетита, похудание за последний месяц на 10 кг.

В течение последних дней на фоне стресса состояние ухудшилось: усилились пигментация, слабость, исчез аппетит, появился понос.

При объективном осмотре: рост 163 см, масса тела 46 кг. ИМТ 17,31 кг/м². Кожные покровы сухие, бронзового цвета, выраженная пигментация в местах трения одеждой, в области ладонных складок кистей рук. Пониженного питания.

Пульс 90 уд. в мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Границы

сердца несколько уменьшены в размерах, тоны сердца приглушены, АД 80/50 мм.рт.ст. Щитовидная железа не увеличена, эластичной консистенции. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Стул не регулярный, со склонностью к поносам. Мочеиспускание в норме.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л (120-140), эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $183 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 8 мм/час(2-15).

Биохимический анализ крови:

калий – 5,8 ммоль/л (3,6-5), натрий – 115 нмоль/л (136-145), кальций – 2,27 ммоль/л (2,25-2,75); общий белок - 68,0 г/л (65-85); АЛТ - 25,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 30,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 4,4 ммоль/л (3,6-7,8), общий билирубин - 9,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 70 мкмоль/л (44-97);

Общий анализ мочи: цвет- бледно-желтый; удельный вес - 1,010; лейкоциты – 1-2 в п/зр; белок количественно-0 г/л; эпителий плоский- немного в п/зр; бактерии- отриц. в п/зр; эритроциты- отриц. в п/зр.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 4

Больной Р. 34 лет. Жалобы на сонливость, зябкость, снижение памяти, прибавку массы тела, периодически давящие боли за грудиной, отеки на лице и ногах, запоры, снижение слуха и половой функции.

Обследовался у уролога, который диагностировал хронический простатит.

При объективном осмотре: рост 182 см., масса тела 94 кг. ИМТ 28,38 кг/м². Больной выглядит значительно старше своих лет. Лицо амимично, одутловато, выраженная отечность верхних и нижних век. Кожа сухая. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Периферических отеков нет. ЧДД-17 в минуту.

Щитовидная железа не увеличена. Пульс 52 уд. в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца несколько расширены. Тоны сердца приглушены. АД 120/90 мм.рт.ст. Язык увеличен в размерах.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 124 г/л (135-160), эритроциты – $4,35 \times 10^{12}/л$ (4,0-5,0); тромбоциты – $285 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $4,5 \times 10^9/л$ (4-9).

Биохимический анализ крови: общий белок – 64 г/л (64-83), мочевины – 6,1 ммоль/л (2,8-8,3), креатинин – 55 мкмоль/л (45-97)

ТТГ-15 мкМЕ/мл (0,4-4,0); Т3 свободный- 0,5 нмоль/л (1,3-2,7); холестерин общий – 5,9 ммоль/л (2,9-5,2), глюкоза - 4,6 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет- бледно-желтый; удельный вес - 1,014; лейкоциты – 1-2 в п/зр; белок количественно-0 г/л; эпителий плоский- 0 в п/зр; бактерии- отриц. в п/зр; эритроциты- отриц. в п/зр.

При эхокардиографии – в полости перикарда 100 мл жидкости.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования

3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 5

Больной М, 15 лет. Жалобы на избыточную массу тела, частые головные боли в теменной и затылочной областях, одышку при физической нагрузке, повышенную утомляемость.

Избыточная масса тела отмечена с 3 –х летнего возраста. Appetit всегда был повышен. Из продуктов питания предпочитает хлебобулочные изделия, мясо, колбасы. У матери и брата - ожирение.

При объективном осмотре: Рост – 182 см, масса тела - 115 кг (ИМТ – 35 кг/м²). Отложение жира равномерное – с преимущественным распределением в области живота и бедер. На коже грудных желез, боковых поверхностей живота, внутренних поверхностей бедер, множественные узкие розовые стрии. Двусторонняя гинекомастия.

Пульс 82 уд. в 1 мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 150 и 90 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. При пальпации мягкий, безболезненный.

Щитовидная железа не увеличена, эластичная, безболезненная, подвижная при пальпации.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: - 125 г/л (120-140), эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $183 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $7.2 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 5 мм/час(2-15), MCV - 80,2 фл (80-100); MCH - 28,7 пг (27,0-34,0);

Биохимический анализ крови: общий белок - 70,0 г/л (65-85); АЛТ - 23,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 15,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 8,2 ммоль/л (3,6-7,8), калий - 4,7 ммоль/л (3,6-5,0); общий билирубин - 5,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 80 мкмоль/л (44-97);

Общий анализ мочи: цвет- бледно-желтый; удельный вес - 1,015; лейкоциты – 1-0 в п/зр; белок количественно- 0 г/л; эпителий плоский- 0 в п/зр; бактерии- отриц. в п/зр; эритроциты- отриц. в п/зр;

Пероральный тест толерантности к глюкозе: уровень глюкозы в крови натощак 5,5 ммоль/л; через 2 часа после перорального приема 75 г глюкозы –8,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 6

Больной Р., 56 лет. Жалобы на сухость во рту, жажду, обильное, учащенное мочеиспускание, боль сжимающего характера за грудиной, усиливающуюся при ходьбе, одышку, боль и судороги в икроножных мышцах.

Сахарным диабетом страдает в течение 16 лет, получает базис-болюсную инсулинотерапию в суммарной суточной дозе 32 ед. (20 ед. инсулина человеческого растворимого генно-инженерного и 12 ед. инсулина изофана). Режим питания грубо нарушает, курит, в часто злоупотреблял алкоголем. В анамнезе ОИМ 3 года назад.

При объективном осмотре: Рост – 176 см, масса тела – 96 кг (ИМТ-31 кг/м²).

На коже подошвенной поверхности левой стопы в области предплюсны трофическая язва 2х2 см с умеренным серозным отделяемым. При пальпации пульс на артериях стоп ослаблен.

Пульс 80 уд. в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и

напряжения. Левая граница относительной тупости сердца смещена на 1 см кнаружи от левой среднечлвчичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой. АД 160 и 90 мм.рт.ст. Число дыханий 18 в 1 мин. Границы легких не изменены. При аускультации – небольшое количество влажных незвучных мелкопузырчатых хрипов, преимущественно в нижних отделах легких.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин- 130 г/л (120-140), эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $200 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $6.2 \times 10^9/л$ (4-9); MCV - 90,2 фл (80-100); MCH - 30,7 пг (27,0-34,0);

Биохимический анализ крови: ЛПНП - 3,8 ммоль/л, ТГ - 2,3 ммоль/л; общий белок - 60,0 г/л (65-85); АЛТ - 40,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 50,0 МЕ/л (0- 35), общий билирубин - 6,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 84 мкмоль/л (44-97); Уровень глюкозы в крови натощак – 12,6 ммоль/л;

HbA1c - 9.3%

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, плотность-1018 г/л, кетоновые тела- 5 ммоль/л, лейкоциты 0-1 в п/зр, белок 0.01 г/л

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 7

У больной М, 28 лет через 2 недели после перенесенной ОРВИ появилась выраженная слабость. Прогрессирование заболевания сопровождалось болью в области шеи, с иррадиацией в нижнюю челюсть и уши, усиливающейся при глотании; ознобом, головной болью. Отмечалось повышение температуры тела до $38^{\circ}C$, тахикардия, повышенная потливость.

При объективном осмотре: щитовидная железа увеличена II степени, при пальпации резко болезненна, в отдельных участках уплотнена. Кожа над железой не изменена. Флюктуация над щитовидной железой не определяется. Подчелюстные и шейные лимфатические узлы не увеличены.

Температура тела $37,6^{\circ}C$.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: Лимфоциты - 45.6×10^9 (19.0 - 37.0), СОЭ - 50 мм/час; эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $190 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $10 \times 10^9/л$ (4-9);

Биохимический анализ крови: общий белок - 70,0 г/л (65-85); АЛТ - 23,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 15,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 6,2 ммоль/л (3,6-7,8), креатинин - 50 мкмоль/л (44-97); Т3 св. - 54 пг/дл (2,4-4), Т4 св. - 13 нг/дл (0,8-2), ТТГ- 0,2 мМЕ/л (0,4-4), титры антител к рецептору ТТГ, к ТПО, к ТГ в пределах нормы.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, относительная плотность – 1019; белок – отриц., глюкоза отсутствует, лейкоциты – 1 – 2 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 8

Больной Н, 23 лет доставлен в больницу бригадой скорой помощи. Известно, что с 11-летнего возраста страдает сахарным диабетом 1 типа. В вагоне метро стал вести себя агрессивно. Окружающие отметили бледность его лица, потливость, дрожание рук. Через несколько минут у больного появились судороги верхних и нижних конечностей, затем он потерял сознание.

На момент прибытия бригады СМП при объективном осмотре: больной в коме, кожные покровы теплые, влажные, тонус глазных яблок сохранен, зрачки расширены, рефлексы сохранены, мышечный тонус высокий. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 100 ударов в минуту. АД 160/90 мм.рт.ст.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $180 \times 10^9/л$ (180-320); лейкоциты – $6 \times 10^9/л$ (4-9);

Биохимический анализ крови: глюкоза-2,8 ммоль/л, общий белок - 63,0 г/л (65-85); АЛТ - 14,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 15,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 4,2 ммоль/л (3,6-7,8), креатинин - 60 мкмоль/л (44-97); глюкоза- 2,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, относительная плотность – 1015; белок – отриц, лейкоциты – 1 – 2 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 9

Больная В., 67 лет экстренно госпитализирована без сознания. Из анамнеза известно, что в течение 5 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, препараты принимала нерегулярно. Со слов родственников 2 дня назад пациентка жаловалась на сухость во рту, жажду, отмечала обильное и учащенное мочеиспускание, тошноту, неоднократную рвоту и через несколько часов больная потеряла сознание. Вышеуказанные жалобы появились на фоне длительного лечения мочегонными препаратами по поводу гипертонической болезни. Бригадой СМП была госпитализирована в реанимационное отделение.

При объективном осмотре: больная в коме, выраженная сухость кожи, снижение ее тургора. Тонус глазных яблок снижен, зрачки узкие, слабо реагируют на свет. Сухожильные рефлексы снижены. Локальные и генерализованные судороги, ригидность затылочных мышц, положительный симптом Бабинского. Пульс 120 уд. в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Левая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. АД 90/60 мм.рт.ст. Температура тела 38,1°C. Язык сухой. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, эритроциты – $5,5 \times 10^{12}/л$; тромбоциты – $400 \times 10^9/л$; лейкоциты – $11,0 \times 10^9/л$; СОЭ 23 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза- 45 ммоль/л, общий белок - 68,0 г/л (65-85); АЛТ - 60,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 50,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 8,2 ммоль/л (3,6-7,8), креатинин - 85 мкмоль/л (44-97); лактат отрицательный. Электролиты: Na⁺ 155

мЭкв/л, К+ 3,5 мЭкв/л

КЩС: рН 7,3, рО₂ 80 мм рт.ст, рСО₂ 34 мм рт.ст., НСО₃- 15 ммоль/л, ВЕ 0,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: белок 0,3 г/л, кетоновые тела отр., лейкоциты – 2 – 3 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют, бактерии отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 10

Больная М, 16 лет, постоянная жительница горного Урала, обратилась к участковому терапевту по поводу зябкости, сонливости, склонности к запорам, нарушения менструального цикла. Родилась в срок от молодых родителей. Вскоре, после прекращения кормления грудью, стала отставать в физическом и психическом развитии. Ходить начала в 1,8 года, говорить в 4 года. В школе училась весьма посредственно.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 150 см., масса тела 58 кг. Кожа сухая, бледная, холодная. Лицо одутловатое, выраженная отечность в области верхних и нижних век, утолщение губ. Волосы редкие, ломкие. Молочные железы развиты слабо.

Пульс 56 уд. в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 100/80 мм.рт.ст. Со стороны органов дыхания без особенностей. Язык большой, с трудом помещается в полости рта. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Щитовидная железа увеличена II степени (классификация ВОЗ), плотно-эластичной консистенции, подвижная, безболезненная.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л(120-140), эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л (3,9-4,7), тромбоциты – 180×10^9 /л (180-320); лейкоциты – $6,2 \times 10^9$ /л (4-9); СОЭ – 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: Общий белок 70 г/л (65-85); билирубин-19 ммоль/л (0,5-20,5); холестерин – 7,5 ммоль/л ; АЛТ - 14,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 12,0 МЕ/л (0- 35), креатинин - 70 мкмоль/л (44-97); глюкоза- 5.2 ммоль/л; ТТГ-20 мкМЕ/мл;

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, общая плотность-1017 г/л, белок отр, лейкоциты 0-1 в п/з.

ЭКГ – ритм синусовый, 54 в 1 мин. Вольтаж основных зубцов снижен; диффузно дистрофические изменения миокарда.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 11

Больная Г, 19 лет, студентка ВУЗа доставлена в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. Заторможена, сонлива, на вопросы отвечает вяло, односложно.

Со слов матери, около 4-х недель назад девушка перенесла ОРВИ с температурой 38°C. Через 20 дней после перенесенного ОРВИ появились жалобы на общую слабость, сухость во рту, жажда, учащенное мочеиспускание в том числе и ночное время. За

неделю похудела на 7 кг при нормальном аппетите. За сутки до госпитализации появились головные боли, одышка, неоднократная рвота, боли в животе неопределенной локализации.

При объективном осмотре: Рост: 165 см, вес: 77 кг, ИМТ: 28.3 кг/м².

Кожные покровы сухие, тургор кожи снижен. Дыхание частое, поверхностное, 30 в 1 мин., запах ацетона в выдыхаемом воздухе. При аускультации – дыхание везикулярное, Пульс 108 уд. в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 100/70 мм.рт.ст. Язык сухой, малиновый. Живот напряжен. При пальпации преимущественная болезненность в эпигастрии и правой половине живота.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: Нb –150 г/л, (120-140); эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л (3,9-4,7), лейкоциты- $14,2 \times 10^9$ /л (4-9); тромбоциты – 190×10^9 /л (180-320); СОЭ – 20 мм/час. MCV - 90,2 фл (80-100); MCH - 30,7 пг (27,0-34,0);

Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, мочевины 10,2 ммоль/л, креатинин – 160 мкмоль/л, СКФ - 40 мл/мин/1,73м², холестерин – 8,0 ммоль/л, калий – 3,8 ммоль/л, уровень глюкозы в крови – 22 ммоль/л, АЛТ - 25,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 26,0 МЕ/л (0- 35), рН крови: 7.1, бикарбонаты: 18 ммоль/л.

Общий анализ мочи: глюкоза: 22 ммоль/л, кетоновые тела: ++++. белок 0,1 г/л, лейкоциты- 1- 2 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют, бактерии отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 12

Больная К. 35 лет предъявляет жалобы на частые головные боли, укрупнение черт лица, увеличение в размерах кистей, стоп, нарушение менструальной функции, повышенную потливость. Указанные симптомы появились 12 лет назад и продолжают нарастать до настоящего времени. Последние 4 года стали беспокоить сухость во рту и жажда.

При объективном осмотре: больная удовлетворительного питания. Обращает на себя внимание больших размеров нос, выступающие надбровные дуги, “сигарообразные” пальцы, “листообразные” кисти и стопы, бочкообразная грудная клетка. Межзубные промежутки расширены, выражен прогнатизм. Кожа влажная, жирная, отмечается *acanthosis nigricans*.

Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1 см кнаружи от левой средне – ключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой. АД 180 и 90 мм рт. ст. Язык увеличен в размере, живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 150 г/л (120-140), эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л (3,9-4,7), тромбоциты – 188×10^9 /л (180-320); лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л (4-9); СОЭ 5 мм/час(2-15), MCV - 84,2 фл (80-100); MCH - 27,7 пг (27,0-34,0);

Биохимический анализ крови: глюкоза – 9,3 ммоль/л; общий белок - 68,0 г/л (65-85); АЛТ - 17,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 16,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 8,4 ммоль/л (3,6-7,8), калий - 4,7 ммоль/л (3,6-5,0); общий билирубин - 8,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 62 мкмоль/л (44-97)

Общий анализ мочи: цвет - бледно- желтый; удельный вес - 1,015; лейкоциты – 1-2 в п/зр;

УЗИ ОБП: заключение – гепатоспленомегалия.

При осмотре офтальмологом выявлена битемпоральная гемианопсия.

На рентгенограмме костей черепа отмечается значительное утолщение костей свода черепа, повышенная пневматизация лобных пазух, признаки внутричерепной гипертензии в виде усиления сосудистого рисунка и пальцевидных вдавлений. Турецкое седло увеличено в размерах.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 13

Больной А., 37 лет обратился к эндокринологу с жалобами на общую слабость, головные боли, адинамию, жажду (выпивает 5-6 литров воды в день), частое и обильное мочеиспускание (до 6-7 литров в сутки), особенно в ночное время, снижение потоотделения и слюноотделения, снижение аппетита, похудание на 10 кг за месяц. Вышеуказанные симптомы появились месяц назад после черепно-мозговой травмы.

При осмотре пациент пониженного питания (рост 172 см, масса тела 56 кг, ИМТ: 18,9 кг/м²), эмоционально лабилен. Кожные покровы и слизистые сухие. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, 100 уд. в минуту, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, артериальное давление 90/60 мм рт. ст.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 115 г/л (120-140), эритроциты – 10^{12} /л (3,9-4,7), тромбоциты – 180×10^9 /л (180-320); лейкоциты – 8.2×10^9 /л (4-9); СОЭ 5 мм/час(2-15), MCV - 84,2 фл (80-100); MCH - 27,7 пг (27,0-34,0);

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,2 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, белок – 80 г/л, холестерин 4,8 ммоль/л, билирубин общий-12 мкмоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, мочевины 4,72 ммоль/л, АЛТ 22 МЕ/л, АСТ 18 МЕ/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1002, глюкоза и белок отсутствуют, осмолярность мочи 150 мосмоль/кг.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 14

Больная 58 лет жалуется на слабость, сонливость, ломкость ногтей, снижение памяти, озноб, одышку при умеренной физической нагрузке. Пациентка на контакт идет неохотно, разговаривает медленно, неразборчиво. Состоит на учете у гематолога с гипохромной анемией, плохо поддающейся лечению препаратами железа. Эпизодическое повышение АД отмечает в течение последних 5 лет. В тот же период времени пациентка стала отмечать приступы головокружения, в связи с чем неоднократно консультировалась у невролога и проходила дополнительное обследование.

В анамнезе 3 беременности, закончившиеся выкидышами. Страдает поливалентной аллергией.

При объективном осмотре: Рост – 165 см, масса тела – 88 кг, индекс массы тела – 32,4 кг/м². Кожные покровы сухие, шелушащиеся, бледные, прохладные на ощупь. Диффузная алопеция. Губы увеличены в объеме, отечны. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Отмечаются отеки лица, стоп, пастозность верхних конечностей. Походка шаркающая, равновесие удерживает с трудом. В позе Ромберга неустойчива. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Аускультативно: ослабленное везикулярное дыхание, сухие рассеянные хрипы над всей поверхностью легких. Одышка смешанного характера. Частота дыхательных движений – 25 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой, ритм правильный, частота сердечных сокращений (ЧСС) – 55 в минуту. АД на правой руке – 150/110 мм рт.ст., на левой – 140/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул – хронические запоры.

При пальпации щитовидной железы: пальпируются обе доли, размером больше дистальной фаланги, в правой доле определяется нечетко очерченное узловое образование 1,5х1,3 см. Остальная ткань железы плотная, объем железы 28 куб.см.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: эритроциты – $3,75 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 108 г/л, СОЭ - 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,0 ммоль/л, холестерин 7,07 ммоль/л, триглицериды 1,8 ммоль/л, ЛПНП 5,4 ммоль/л, ЛПВП 0,8 ммоль/л, мочевины 8,32 ммоль/л, креатинин 94,7 мкмоль/л, билирубин общий 18,8 ммоль/л, АЛТ 0,35 ммоль/л, АСТ 0,38 ммоль/л; железо – 5,5 мкмоль/л. сывороточное железо – 6,5 мкмоль/л (норма – 9,0–30,4), ферритин – 8,9 мкг/л (норма – 12–125).

Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, удельный вес - 1022, белок - отр., глюкоза – отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

ТТГ – 21,7 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 6,3 пкмоль/л; АТ к ТПО – 250 Ед/мл (0-30).

По данным электрокардиографии: ритм синусовый с ЧСС – 57 ударов в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Увеличение левого предсердия. Гипертрофия левого желудочка.

По данным ультразвукового исследования (УЗИ) ЩЖ: расположение ее типичное. Общий объем ЩЖ – 28 мл. Структура неоднородная, с множественными зонами пониженной эхогенности, без четких границ, с точечными гиперэхогенными включениями. Выявлено узловое образование в правой доле ЩЖ размером 15×13×6 мм с ровными четкими контурами, однородной структуры.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 15

Больная 16 лет обратилась к эндокринологу с жалобами на избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл (задержки до 1 – 2 месяцев), избыточный вес тела. В анамнезе перенесенная черепно-мозговая травма.

При осмотре – рост 168 см; вес – 80 кг; ИМТ=28; ОТ/ОБ=0,92; распределение подкожной жировой клетчатки по верхнему типу: в области живота, верхнего плечевого пояса, VII шейного позвонка. Отмечается избыточный рост волос на лице, теле. Гирсутное число – 16 баллов (по шкале Ферримана – Голлвея). Кожные покровы бледно-

розовые, отмечаются стрии на животе. АД - 135/90 мм рт. ст.

Лабораторные данные:

На 3 день цикла: Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) – 5,6 МЕ/мл (фолликулярная фаза – 2,8-11,2 мЕД/л; овуляторная – 5,7-21 мЕД/л; лютеиновая – 1,2-9 мЕД/л), лютеинизирующий гормон (ЛГ) – 8,7 МЕ/мл (фолликулярная фаза – от 2 до 14 мЕД/л; овуляционная фаза – 24-150 мЕД/л; лютеиновая – 2-17 мЕД/л), эстрадиол – 12 пмоль/мл (фолликулярная фаза – 57-226 пг/мл; за 24-36 часов до овуляции – 127-476 пг/мл; лютеинизирующая – 77-226 пг/мл).

Пролактин в норме, тиреотропный гормон (ТТГ) в норме, тестостерон, ДГЭА-сульфат, 17-ОН-прогестерон в норме.

Гликемия натощак 5,9 ммоль/л, после теста с 75 г глюкозы – 8,1 ммоль/л через 2 часа (в плазме венозной крови);

При проведении УЗИ органов малого таза (22 день м.ц.) – тело матки 44x26x36 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная. М-эхо – 4мм. Длина шейки матки 25 мм. Правый яичник 41x30x28 с фолликулами до 4-5 мм в диаметре, количеством 5-7 в поле зрения. Левый яичник – 34x20x22 мм с фолликулами до 9 мм в диаметре, преимущественная локализация в корковом слое. Капсула яичников гиперэхогенна.

Ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона: уровень кортизола 202 нмоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 16

Больная 40 лет поступила в клинику с жалобами на выраженную общую и мышечную слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, тошноту и потерю веса. Вышеуказанные симптомы беспокоят около года, причем симптоматика прогрессивно нарастает. Последние 3-4 месяца появилось пристрастие к соленой пище. В анамнезе хронический аутоиммунный тиреоидит.

При объективном осмотре: пациентка астенического телосложения, пониженного питания. Рост 170 см. Вес 53 кг (ИМТ: 18.3 кг/м²). Кожные покровы гиперпигментированы, особенно интенсивно в области ладонных складок, ареол молочных желез, зон локтей, колен, отмечается гипотрофия мышц конечностей. АД=90/50 мм рт. ст., ЧСС=87 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Стул нерегулярный, со склонностью к поносам. Мочеиспускание в норме.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 136 г/л (120-140), эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $195 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $6,2 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 11 мм/час(2-15), MCV - 88,2 фл (80-100); MCH - 34,0 пг (27,0-34,0);

Биохимический анализ крови: калий – 5,9 ммоль/л, натрий – 110 нмоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л. общий белок - 68,0 г/л, АЛТ - 32,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 28,0 МЕ/л (0- 35), ТТГ- 2,5 мкМЕ/л, общий холестерин - 6,4 ммоль/л, общий билирубин - 9,3 мкмоль/л; креатинин - 70 мкмоль/л (44-97);

Общий анализ мочи: цвет - бледно- желтый; удельный вес - 1,015, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-3 в п/зрения.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз

2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 17

Больная 38 лет, обратилась к терапевту с жалобами на периодические подъемы АД до 220/120 мм рт. ст., сопровождающиеся выраженным беспокойством, головной болью, потливостью, сердцебиением, чувством комка в горле, паникой. Приступы возникают внезапно, без каких-либо провоцирующих факторов, на протяжении последних 6 месяцев отмечались 4 раза. Семейный анамнез не отягощен. Менструации регулярные, последняя беременность и роды 6 лет назад. Пациентка связывает появление приступов с неустойчивой психологической ситуацией в семье и стрессами на работе.

В период между приступами никаких жалоб не предъявляет, АД 110/70 – 120/80 мм рт. ст.

При объективном осмотре: Вес - 80 кг, рост - 173 см, ИМТ- 26,8кг/м². АД - 115/70 мм рт. ст., пульс - 85 уд. в мин, тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Периферических отеков нет. ЧДД-18 в минуту.

Лабораторные данные:

В общем анализе крови: гемоглобин - 125 г/л, эритроциты – $4,35 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 285×10^9 /л; лейкоциты – $7,8 \times 10^9$ /л. СОЭ 4 мм/час(2-15), MCV - 80,2 фл (80-100); MCH - 27,7 пг (27,0-34,0).

В биохимическом анализе крови: общий белок – 64 г/л (64-83), мочевины – 7,1 ммоль/л (2,8-8,3), креатинин – 60,5 мкмоль/л (45-97), холестерин общий – 7,9 ммоль/л (2,9-5,2), ЛПВП-1,2 ммоль/л (1.03-1.55); ЛПНП- 3,8 ммоль/л (2.5-4.1) ТГ- 1,0 ммоль/л (0-1,71), АЛТ – 23 МЕ/л (0,0-35) АСТ- 21 МЕ/л (0,0-35), глюкоза - 4,6 ммоль/л рСКФ – 109,6 мл/мин/1,73м², калий- 3,3 ммоль/л (3,6-5,0).

В общем анализе мочи: относительная плотность – 1012, белок – отр., глюкоза - отр, лейкоциты – един. в поле зрения, эритроциты – отр., кетоны отр.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 18

Мужчина 39 лет обратился к кардиологу с жалобами на стойкое повышение артериального давления до 220/100 мм рт. ст. на протяжении последнего года. Ранее цифры АД находились в пределах 120-130/80 мм рт. ст., пациент считал себя практически здоровым. По рекомендациям участкового терапевта пациенту назначалась антигипертензивная терапия, однако стойкого эффекта не отмечалось. После приема мочегонных (гипотиазид – однократно), у пациента появилась резкая мышечная слабость, парестезии, судороги в мышцах конечностей, возникли ощущения перебоев в работе сердца.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Рост 177 см. Вес 92 кг. ИМТ 29,4 кг/м². Развитие подкожно-жирового слоя умеренно. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. ЧСС 80 в минуту. АД 170/90 мм.рт.ст. Ритм сердечных сокращений правильный. Живот при пальпации мягкий. Физиологические отправления без особенностей.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л (120-140), эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $250 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $5.2 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 4 мм/час(2-15), MCV - 84,2 фл (80-100); MCH - 27,7 пг (27,0-34,0);

Биохимический анализ крови: калий – 3,7; ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л. общий белок - 70,0 г/л (65-85); АЛТ - 30,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 35,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 7,4 ммоль/л (3,6-7,8), креатинин - 80 мкмоль/л (44-97);

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, относительная плотность – 1019, белок – отриц. глюкоза отсутствует, лейкоциты – 1 – 2 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют.

При гормональном исследовании кортизол 46,63 нмоль/л (малая дексаметазоновая проба), ТТГ-2,0 мкМЕ/мл.

По данным МСКТ органов брюшной полости выявлено наличие узловых образований правого надпочечника.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 19

Пациентка 35 лет направлена на консультацию к эндокринологу врачом женской консультации, где наблюдается с диагнозом: беременность 6-7 недель.

Из анамнеза известно: родилась с массой тела 4300 г, в питании преобладает высококалорийная пища, преобладают продукты с высоким содержанием животных жиров, быстроусваиваемые углеводы. У мамы – сахарный диабет 2 типа, на инсулине. Пациентка заинтересована в беременности.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Рост 170 см. Вес 110 кг. ИМТ 38,1 кг/м². Развитие подкожно-жирового слоя избыточно. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. ЧСС 80 в минуту. АД 170/90 мм.рт.ст. Ритм сердечных сокращений правильный. Живот при пальпации мягкий. Физиологические отправления без особенностей.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 135 г/л (120-140), эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $190 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $8.1 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 5 мм/час(2-15), MCV - 86,2 фл (80-100); MCH - 28,7 пг (27,0-34,0);

Биохимический анализ крови: глюкоза - 7,5 ммоль/л, общий белок - 80,0 г/л (65-85); АЛТ - 25,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 20,0 МЕ/л (0- 35), ТТГ- 0,9 мкМЕ/мл (0,4-4,0); общий холестерин - 8,4 ммоль/л (3,6-7,8), калий - 3,8 ммоль/л (3,6-5,0); общий билирубин - 8,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 72 мкмоль/л (44-97); HbA1c – 7,3%.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый относительная плотность – 1018, белок – отриц. глюкоза 15 ммоль/л, лейкоциты – 1 – 2 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют

Вопросы:

1. Классифицируйте нарушения углеводного обмена у пациентки
2. Определите тактику дальнейшего ведения.

Ситуационная задача 20

Пациент 36 лет поступил в клинику с жалобами на повышение цифр АД (макс. до 170/100 мм рт.ст.), на чувство сдавления за грудиной во время физических нагрузок. Пациент является курильщиком, в питании преобладает высококалорийная пища,

особенно много продуктов с высоким содержанием животных жиров, злоупотребляет алкоголем.

Наследственный анамнез отягощен по СД 2 типа.

При объективном осмотре: рост 173 см, вес 113 кг, ИМТ=38,0, ОТ/ОБ=1,23.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 72 удара в минуту. АД-140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Данные лабораторных анализов:

В общем анализе крови: гемоглобин - 130 г/л (120-140), эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $203 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $6,2 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 49 мм/час(2-15).

В биохимическом анализе крови: общий холестерин 6,38 ммоль/л, липопротеины низкой плотности (ЛПНП) 4,43 ммоль/л, липопротеины высокой плотности (ЛПВП) 0,9 ммоль/л, триглицериды 2,1 ммоль/л, АЛТ - 53,3 МЕ/л, АСТ - 52,0 МЕ/л, общий билирубин - 10,3 мкмоль/л; креатинин - 69 мкмоль/л.

В общем анализе мочи: цвет - светло-желтый относительная плотность – 1015, белок – отриц. глюкоза 0 ммоль/л, лейкоциты – 2 – 3 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют.

Гликемия натощак – 5,9 ммоль/л (венозная кровь). При проведении перорального глюкозотолерантного теста – натощак 5,7 ммоль/л, через 2 часа – 8,8 ммоль/л.

С-пептид натощак 8,5 нг/мл.

При обследовании (ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек) выявлена гипертрофия левого желудочка, нормальная сократительная функция сердца. Печень увеличена за счет обеих долей, портальная вена не увеличена.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 21

Пациент 60 лет, предъявляет жалобы на боли в ногах колюще-режущего характера, делающими невозможным нормальный ночной сон, судороги в мышцах голени, а также - ощущения покалывания и жжения в области стоп. В анамнезе СД 2 типа в течение 15 лет, получает сахароснижающую терапию: метформин 1000 мг 2 р/сут, гликлазид МВ 60 мг.

Указанные симптомы появились около 5 месяцев назад, особенно усилились в течение последнего месяца.

Сопутствующие заболевания: АГ (в течение 6 лет, контролируется ингибиторами АПФ), ИБС (принимает небилет, аспирин –кардио). По поводу дислипидемии получает статины.

При объективном осмотре:

Рост 175, масса тела 98, ИМТ – 32,0 кг/м², АД 130/85 мм рт.ст., ЧСС = 70 в мин. Живот безболезненный, печень не пальпируется.

Оценка периферической чувствительности, рефлексов, силы мышц: чувствительность болевая сохранена, тактильная снижена на подошвенной поверхности стоп, температурная снижена на подошвенной и тыльной поверхностях стоп, голених (до верхней трети), снижена вибрационная чувствительность на 1-м пальце стопы — 5 баллов. Гипотрофия мелких мышц стоп, гипотония, гипотрофия мышц бедер. Сухожильные рефлексы снижены. Тесты диагностики кардиальной формы автономной

нейропатии отрицательны.

Данные лабораторных анализов:

В общем анализе крови: гемоглобин - 123 г/л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $4,6 \times 10^9/л$; СОЭ 6 мм/час. тромбоциты – $190 \times 10^9/л$

В биохимическом анализе крови: общий белок – 64 г/л, креатинин – 115 мкмоль/л (45-97), холестерин общий – 4,1 ммоль/л (0-5,2), ЛПВП - 1,5 ммоль/л (1.03-1.55); ЛПНП - 2,5 ммоль/л (0-1,71), АЛТ – 21,6 Ед/л (менее 33) АСТ- 18,4 Ед/л; (менее 32); рСКФ - 59 мл/мин/1,73м².

В общем анализе мочи: относительная плотность – 1015, глюкоза отсутствует, лейкоциты – отсутствуют, эритроциты – отсутствуют, кетоны отсутствуют.

Анализ мочи на микроальбуминурию: 16,7 мг/л.

Определен уровень гликированного гемоглобина: HbA1c = 8,2%

Осмотр окулиста: Непролиферативная ретинопатия.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения. Укажите препараты для купирования болевой симптоматики.
4. Укажите план профилактических мер синдрома диабетической стопы

Ситуационная задача 22

Пациентка 43 лет, обратилась к эндокринологу с жалобами на общую слабость, сухость во рту, учащенное мочеиспускание. Указанные симптомы усилились за последний месяц. В анамнезе СД 1 типа в течении 15 лет, получает базис-болюсную инсулинотерапию. Сопутствующие заболевания: Хронический пиелонефрит на протяжении 20 лет.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 170 см, вес 61 кг. ИМТ 21.1 кг/м². Температура тела 36.7 С. Кожные покровы чистые, тёплые. Периферические отеки отсутствуют. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 15 в минуту. АД 120/70 мм рт.ст. ЧСС 85 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При пальпации щитовидная железа эластичная, не увеличена, подвижна.

Данные лабораторных анализов:

В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $13 \times 10^9/л$; СОЭ 37 мм/час, тромбоциты – $185 \times 10^9/л$

В биохимическом анализе крови: глюкоза- 8 ммоль/л, креатинин- 240 мкмоль/л рСКФ 21 мл/мин/1,73 м², СРБ- 15 г/л, общий белок - 70,0 г/л; АЛТ - 40,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 30,0 МЕ/л, общий холестерин - 7,4 ммоль/л, общий билирубин - 8,3 мкмоль/л.

В общем анализе мочи гипоизостенурия, лейкоцитурия 6-8 в п/зрения, белок в моче-0,05 г/л, альбумин в моче-230 мг/сут.

По данным УЗИ: почки нормальных размеров, с волнистыми контурами, имеется гидрокаликоз, в левой почке определяется одиночная киста размером 5 см, в чашечно лоханочной системе обеих почек есть признаки конкрементов

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 23

Пациент 53 лет страдает абдоминальным ожирением I ст алиментарно– конституциональной природы и гипертонической болезнью III ст, 2 ст. Перенес ишемический инсульт 2 года назад. АД на фоне комбинированной терапии 145 –150/80-90 мм рт. ст. Больной соблюдает низкокалорийную диету (ограничение калорий до 1500 ккал/сут), выполняет дозированные физические нагрузки, принимает фозиноприл 40 мг/сутки, бисопролол 10 мг/сутки, гидрохлоротиазид 25 мг/сутки. На фоне диетотерапии и физических нагрузок масса тела пациента за 1 год лечения снизилась на 2%, окружность талии уменьшилась на 1см.

При объективном осмотре:

Рост - 163 см; Масса тела: 90,5 кг; ИМТ: 34 кг/кв.м.

Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена по центральному типу. Периферические отеки отсутствуют.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД: 16 /мин.

АД 150/80 мм.рт.ст., пульс 76 уд. в мин, ритм сердца регулярный, тоны сердца приглушены.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул без патологических изменений. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Щитовидная железа не увеличена, эластичная, подвижная.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л (120-140), эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $320 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 10 мм/час(2-15), MCV - 90,2 фл (80-100); MCH - 33,7 пг (27,0-34,0);

Биохимический анализ крови: холестерин общий 6,7 ммоль/л, триглицериды 1,8 ммоль/л, ЛПНП 4,0 ммоль/л, ЛПВП 0,9 ммоль/л, общий белок - 84,0 г/л (65-85); АЛТ - 68,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 62,0 МЕ/л (0- 35), ТТГ- 1,3 мкМЕ/мл (0,4-4,0); калий - 4,2 ммоль/л (3,6-5,0); общий билирубин - 15,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 89 мкмоль/л (44-97), мочевины-2,7 (2,5-8,3);

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, относительная плотность – 1017, белок 0.01 г/л, лейкоциты – 2 – 3 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют.

Пероральный глюкозотолерантный тест – глюкоза венозной плазмы натощак 5,6 ммоль/л, через 2 часа 6,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 24

У пациента 34 лет, перенесшего грипп 5 недель назад, вновь резко повысилась температура тела до 39С, появилась боль пульсирующего характера в области шеи с иррадиацией в верхнюю и нижнюю челюсти, потливость, сердцебиение. Прогрессирование заболевания сопровождалось дальнейшим нарастанием температуры до 39,5 – 40,0С, прогрессированием слабости, учащением сердцебиения до 110 в минуту.

При объективном осмотре:

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 163см. Вес 90,5 кг. ИМТ 34 кг/м³. Температура тела 37.2°С. Кожные покровы чистые, тёплые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. АД 150/80 мм рт.ст. ЧСС 76 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул без

патологических изменений. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При пальпации области шеи отмечается резкая локальная болезненность в проекции щитовидной железы, также определяется участок флюктуации.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 123 г/л (120-140), эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $203 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $9.0 \times 10^9/л$ (4-9); лимфоциты – $6 \times 10^9/л$ (1.2-3), СОЭ 30 мм/час;

Биохимический анализ крови: холестерин общий 6,7 ммоль/л, триглицериды 1,8 ммоль/л, ЛПНП 4,0 ммоль/л, ЛПВП 0,9 ммоль/л. СРБ 27, общий белок - 74,0 г/л (65-85); АЛТ - 15,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 14,0 МЕ/л (0- 35); ТТГ 0,01 мМЕ/мл, Т4 2,33 нг/дл, креатинин - 76 мкмоль/л (44-97); мочевины-3,7 (2,5-8,3);

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, относительная плотность – 1015, белок 0.02 г/л, лейкоциты – 1 – 2 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 25

Пациентка 49 лет обратилась к эндокринологу с жалобами на постепенное развитие жажды и полиурии. Суточное количество потребляемой и выделяемой жидкости составляет 5-6 литров. Ночью мочится 1 раз. Ухудшение состояния в течение трех месяцев, когда стала отмечать появление вышеописанных жалоб.

При объективном осмотре:

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 168см. Вес 70кг. ИМТ 24.9 кг/м³. Температура тела 37.2 °С. Кожные покровы чистые, тёплые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 15 в минуту. Периферические отеки отсутствуют.

АД 120/80 мм.рт.ст., пульс 76 /мин, ритм сердца регулярный, тоны сердца ясные.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул без патологических изменений. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Щитовидная железа не увеличена, эластичная, подвижная.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 118 г/л (120-140), эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $250 \times 10^9/л$ (180-320); лейкоциты – $7.2 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 5 мм/час(2-15), MCV - 84,2 фл (80-100); MCH - 27,7 пг (27,0-34,0);

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,9 ммоль/л, холестерин – 5,0 ммоль/л, триглицериды – 1,3 ммоль/л, общий белок - 64 г/л, креатинин - 68 мкмоль/л. калий - 4,7 ммоль/л (3,6-5,0); натрий- 139 ммоль/л (136-145); осмолярность плазмы – 278 мосм/л (285 -310).

Общий анализ мочи: цвет бледно-желтый, относительная плотность – 1003, белок – отр., глюкоза - отр, лейкоциты – един. в поле зрения, эритроциты – отр., кетоны отр.

При осмотре офтальмолога поля зрения сохранены.

При осмотре невролога неврологических нарушений не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования

3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 26

Пациентка 27 лет со сроком беременности 21 неделя в анамнезе аутоиммунный тиреоидит. Со слов больной, функциональную активность щитовидной железы оценивала более 1 года назад, данную беременность не планировала. При осмотре жалоб не предъявляет.

При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное

Рост - 172 см; Масса тела: 64 кг; ИМТ: 21,6 кг/м²,

Кожные покровы обычной окраски, чистые, нормальной влажности. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Периферические отеки отсутствуют.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД: 17 /мин.

АД 100/60 мм.рт.ст., пульс 60 /мин, ритм сердца регулярный, тоны сердца ясные.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул без патологических изменений. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Щитовидная железа плотной эластичной консистенции, однородная, пальпируется перешеек, обе доли.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 101 г/л, эритроциты – $4,35 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 285×10^9 /л; лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л, СОЭ 5 мм/час;

Биохимический анализ крови: общий белок – 64 г/л (64-83), мочевины – 6,1 ммоль/л (2,8-8,3), креатинин – 55 мкмоль/л (45-97), холестерин общий – 5,2 ммоль/л(3,6-7,8), глюкоза - 4,6 ммоль/л(3,3-5,0); железо-5,6 нмоль/л (8,8-27,0); ТТГ- 6,0 мкМЕ/мл (0,4-4,0); Т4 свободный – 1,0 нг/мл (0,5 - 1,4); Т3 свободный- 1,4 нмоль/л (1,3-2,7);

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1012, белок – отр., глюкоза - отр, лейкоциты – един. в поле зрения, эритроциты – отр., кетоны отр.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 27

Пациентка А. 47 лет обратилась к врачу по месту жительства с жалобами на прибавку массы тела (5 кг), выраженную сонливость днем, общую и мышечную слабость, сухость кожных покровов.

Из анамнеза известно, что у родной сестры щитовидная железа удалена. Пальпаторно щитовидная железа не определяется, при проведении УЗИ щитовидной железы определяется неоднородная эхогенность структуры ЩЖ, объем каждой доли в пределах 2,0 мл.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. При осмотре обращает на себя внимание выраженная пастозность лица, голеней, стоп. Пациентка отмечает снижение тембра голоса и изменение температуры тела (температура тела последние 6 месяцев находится в пределах 36,2 – 36,4 гр.). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 72 удара в минуту. АД- 130/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Данные лабораторных анализов:

В общем анализе крови: гемоглобин- 115 г/л (120-140), эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л

(3,9-4,7), тромбоциты – $251 \times 10^9/\text{л}$ (180-320); лейкоциты – $6.1 \times 10^9/\text{л}$ (4-9), СОЭ 7 мм/час (2-15), MCV - 84,2 фл (80-100); MCH - 27,7 пг (27,0-34,0);

В биохимическом анализе крови: глюкоза – 5,2 ммоль/л; общий белок - 70,0 г/л (65-85); АЛТ - 15,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 14,0 МЕ/л (0-35), ТТГ- 50 мкМЕ/мл (0,4-4,0); Т4 свободный – 0,4 нг/мл (0.5 - 1.4); Т3 свободный- 1,0 нмоль/л (1,3-2,7); общий холестерин - 8,4 ммоль/л (3,6-7,8), калий - 4,7 ммоль/л (3,6-5,0); общий билирубин - 8,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 62 мкмоль/л (44-97); мочевины-2,7 (2,5-8,3);

Вопросы:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз
2. Предложите схему обследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 28

Больная 34 лет жалуется на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, одышку при физической нагрузке. Последние 3 месяца отмечает сухость во рту, жажду, обильное, учащенное мочеиспускание (до 7 раз днем, 4-5 раз ночью). Аппетит нормальный. Масса тела значительно увеличилась 5 лет назад, после родов. Из анамнеза: родилась с массой тела 3800 г, развивалась нормально. Менструации с 13 лет, регулярные (цикл 28-30 дней). Принципы рационального питания не соблюдает: любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают ожирением. У младшего брата также ожирение 1 ст.

6 месяцев назад при диспансерном обследовании был проведен глюкозо – толерантный тест:

Глюкоза плазмы венозной крови натощак 6,3 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой – 9.8 ммоль/л. При объективном осмотре: Рост 168 см, масса тела 96 кг. Отложение подкожной жировой клетчатки равномерное, окружность талии 95 см. Кожа обычной окраски и влажности. Пульс - 80 ударов в минуту, ритмичный, АД 145/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой. Дыхание везикулярное. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см, чувствительный при пальпации. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа не увеличена.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови – гемоглобин - 125 г/л (120-140), эритроциты – $4.2 \times 10^{12}/\text{л}$ (3,9-4,7), тромбоциты – $200 \times 10^9 /\text{л}$ (180-320); лейкоциты – $7.2 \times 10^9/\text{л}$ (4-9); СОЭ 5 мм/час(2-15), MCV - 84,2 фл (80-100); MCH - 27,7 пг (27,0-34,0);

В биохимическом анализе крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л, триглицериды 4.7 ммоль/л, общ. ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 4,92 ммоль/л, глюкоза венозной плазмы – 6,1 ммоль/л, АЛТ - 20,3 МЕ/л, АСТ - 21,0 МЕ/л, общий билирубин - 7,3 мкмоль/л; креатинин - 52 мкмоль/л; мочевины-2,7;

ОТТГ: глюкоза венозной плазмы натощак – 6,4 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой – 11, 4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1015, белок – отр., глюкоза - отр, лейкоциты – един. в поле зрения, эритроциты – отр., кетоны отр.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 29

Больной К., 62 года обратился к эндокринологу с жалобами на кризовое течение артериальной гипертензии, сопровождающееся выраженной слабостью, головной болью, головокружением, повышенной потливостью, колющей болью в левой половине грудной клетки во время приступа.

Из анамнеза известно, что артериальной гипертензией пациент страдает в течение последних 6 лет с максимальным подъемом цифр АД до 160/100 мм рт. ст., в связи с чем были назначены ингибиторы АПФ, В – блокаторы, с положительным эффектом. Однако, в течение последнего года, пациент стал отмечать указанные приступы подъема АД до цифр более 200/120 мм рт. ст., сопровождающиеся также паническим страхом, сухостью во рту, тремором рук без эффекта от привычной гипотензивной терапии. Развитие указанных приступов больной связывает с эмоциональным и физическим напряжением. Количество указанных приступов за год 16-18. Между приступами пациента беспокоят головокружения, усиливающиеся при ортостазе.

При объективном осмотре: пациент пониженного питания. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Отеков нет. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 2 см кнаружи от левой средне – ключичной линии. При аускультации определяется акцент 2-го тона над аортой. ЧСС – 90 в мин, АД – 150/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Рост 180 см, вес 78 кг. ИМТ 24,07 кг/м².

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови- гемоглобин - 118 г/л (120-140), эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $215 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 4 мм/час (2-15), MCV - 82,2 фл (80-100); MCH - 27,7 пг (27,0-34,0);

В биохимическом анализе крови- глюкоза – 7,0 ммоль/л; общий белок - 68,0 г/л (65-85); АЛТ - 40,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 41,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 7,6 ммоль/л (3,6-7,8), калий - 3,3 ммоль/л (3,6-5,0); общий билирубин - 15,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 82 мкмоль/л (44-97); мочевины-2,9 (2,5-8,3);

В общем анализе мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность – 1018, белок 0.01 г/л, лейкоциты- 1– 3 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют.

При осмотре глазного дна выявлена спастическая ангиопатия сетчатки; По результатам УЗИ – подозрение на узел (15x25 мм) в правом надпочечнике; При проведении МРТ забрюшинного пространства выявлены признаки объемного образования 18x15x20 мм правого надпочечника, нативной плотностью 40-45 НУ. Гормонального исследования крови и мочи не проводилось.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 30

Пациентка М., 23 года обратилась к эндокринологу для терапии избыточной массы тела (ИМТ=28,5). Пациентка отмечает склонность к фурункулезу кожи, плохое заживление ран и порезов, периодически возникающую сухость во рту, умеренную жажду (до 2-2,5 л жидкости в день), особенно, нарастающие на фоне физического и эмоционального напряжения.

Девушка ведет малоподвижный образ жизни, много работает за компьютером, за диетой не следит, в питании злоупотребляет продуктами, богатыми легкоусвояемыми углеводами и животными жирами.

Из анамнеза: родилась с массой тела 4200 г, в детстве и юности вес всегда был избыточным, особенно выраженная прибавка массы тела случилась в пубертатный период, тогда же на коже живота, бедер появились розовые стрии. Мать страдает сахарным диабетом 2 типа с 40 лет.

При объективном осмотре: Рост 170 см, масса тела 82 кг, (ИМТ- 28,2). Отложение жира равномерное – с преимущественным распределением на животе и бедрах. На коже спины видны следы расчесов. Отеков нет.

Щитовидная железа не увеличена. Пульс 72 удара в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин: 126 г/л (120-140), эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $190 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $7.2 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 7 мм/час(2-15);

Биохимический анализ крови: глюкоза натощак- 8,0 ммоль/л, холестерин – 6,5 ммоль/л, триглицериды – 2,2 ммоль/л, общий белок -70 г/л, креатинин - 70 мкмоль/л, общий билирубин - 8,3 мкмоль/л, мочевины-2,7, АЛТ - 30,3 МЕ/л, АСТ - 32,0 МЕ/л;

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность – 1019, белок – отр., глюкоза – 2,8 ммоль/л, лейкоциты – един. в поле зрения, эритроциты – отр., кетоны отр.

Консультация офтальмолога выявила на глазном дне единичные микроаневризмы, единичные точечные кровоизлияния.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 31

Пациентка 28 лет состоит на учете в женской консультации с диагнозом: беременность 23 недели.

Семейный анамнез по сахарному диабету не отягощен. До беременности у пациентки отмечалась избыточная масса тела (ИМТ = 26,0 кг/м²), показатели гликемии соответствовали норме.

При физикальном обследовании: общее состояние удовлетворительное, кожный покров физиологической окраски, пастозности и отеков нет. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Рост 160 см, вес 78 кг (ИМТ 30,5 кг/м²). АД 125/80 мм рт.ст. Пульс 77 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул, мочеиспускание в норме.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 115 г/л (120-140), эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $235 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $4.2 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 6 мм/час(2-15);

Биохимический анализ крови: общий белок - 72,0 г/л (65-85); АЛТ - 10,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 15,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 7,5 ммоль/л (3,6-7,8), калий - 3,9 ммоль/л (3,6-5,0); общий билирубин- 12,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 86 мкмоль/л (44-97); мочевины-6,9 (2,5-8,3);

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность – 1018, белок 0.01 г/л, лейкоциты- 1– 2 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют, кетоновые

тела отриц.

Проведен пероральный глюкозотолерантный тест: глюкоза натощак 5,0 ммоль/л; через 1 час – 10,8 ммоль/л; через 2 часа - 8,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 32

Пациентка Р. 26 лет наблюдается в женской консультации с диагнозом: Беременность 26 недель.

Из анамнеза известно, что мать пациентки страдает СД 2 типа, находится на терапии Метформин и Саксаглиптином.

До беременности у пациентки гликемические показатели всегда соответствовали норме, имелась избыточная масса тела (ИМТ = 27,0 кг/м²).

При физикальном обследовании: Рост 155 см, вес 67 кг (ИМТ-27,9 кг/м²). Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные, эластичны. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 71 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул, мочеиспускание в норме.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л (120-140), эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л (3,9-4,7), тромбоциты – 210×10^9 /л (180-320); лейкоциты – $5,7 \times 10^9$ /л (4-9); СОЭ 6 мм/час(2-15);

Биохимический анализ крови: общий белок - 80,0 г/л (65-85); АЛТ - 14,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 17,0 МЕ/л (0-35), общий холестерин - 6,5 ммоль/л (3,6-7,8); общий билирубин- 16,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 70 мкмоль/л (44-97); мочевины-3,9 (2,5-8,3);

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность – 1015, белок отриц., лейкоциты- 1– 2 в поле зрения, глюкоза <1,1 ммоль/л, эритроциты – отсутствуют, кетоновые тела отриц.

Проведен пероральный глюкозотолерантный тест: глюкоза венозной плазмы натощак – 4,8 ммоль/л, через 1 час после приема 75 г глюкозы – 9,5 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 9,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 33

У пациентки 23 лет, обратившейся к акушеру-гинекологу на 7-ой неделе беременности, при скрининге выявлен уровень глюкозы плазмы 13,8 ммоль/л. До беременности отмечалась избыточная масса тела (ИМТ= 26,5 кг/м²), показатели гликемии не контролировала. Из анамнеза известно, что родилась с массой тела 4300 г. У матери пациентки – СД тип 2, на инсулине. Пациентка злоупотребляет сладкими,

жирными продуктами, любит сладкие газированные воды. В беременности заинтересована.

При объективном осмотре: Рост 165 см, вес 68 кг (ИМТ-25,0 кг/м²). Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные, эластичны. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. АД 115/70 мм рт.ст. Пульс 74 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул, мочеиспускание в норме.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: эритроциты $4,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 135 г/л, лейкоциты $5,0 \times 10^9/л$, тромбоциты – $235 \times 10^9/л$, СОЭ 8 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза- 7,4 ммоль/л, холестерин 4,5 ммоль/л, билирубин общий 16 мкмоль/л, креатинин 76 мкмоль/л, мочевины 3,72 ммоль/л, АЛТ 14 МЕ/л, АСТ 12 МЕ/л. Уровень HbA1c -10,3%. Общий анализ мочи: прозр., цвет желтый, удельный вес 1016, белок отриц., лейкоциты - отриц.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 34

Пациентка 30 лет находится под наблюдением в женской консультации с диагнозом: Беременность 22 недели. В анамнезе у пациентки хронический аутоиммунный тиреоидит с гипопункцией, по поводу чего девушка получает 50 мкг Левотироксина. Жалоб и клинических проявлений нет. При пальпации хорошо пальпируется и перешеек, и обе доли. Железа плотно-эластичной консистенции, однородная, подвижная, безболезненная.

При физикальном обследовании:

Рост 160 см, вес 55 кг (ИМТ-21,5 кг/м²). Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные, эластичны. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. АД 120/70 мм рт.ст. Пульс 80 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул, мочеиспускание в норме.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 115 г/л (120-140), эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $210 \times 10^9/л$ (180-320); лейкоциты – $5,7 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 4 мм/час(2-15); Биохимический анализ крови: глюкоза- 5,0 ммоль/л, общий белок - 80,0 г/л (65-85); АЛТ - 18,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 17,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 4,5 ммоль/л (3,6-7,8); общий билирубин- 17,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 60 мкмоль/л (44-97); мочевины-2,9 (2,5-8,3);

При определении тиреоидного статуса: ТТГ - 6,0 мМЕ/ л (0,4-3,5), Т4 свободный – 0,7 нг/мл (0.5 - 1.4); Т3 свободный- 1,5 нмоль/л (1,3-2,7); АТ-ТПО-150 МЕ/мл.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность – 1016, белок отриц., лейкоциты 1– 2 в поле зрения, глюкоза отриц, эритроциты – отсутствуют, кетоновые тела отриц.

По результатам УЗИ: структура железы неоднородная, васкуляризация ткани

умеренная.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 35

Пациентке 65 лет с сахарным диабетом 2 типа, абдоминальным ожирением (ОТ – 88 см, ИМТ – 35.5 кг/м²) проводится терапия: метформин 1000 мг 2 р/д, гликлазид 120 мг 1 р/д. На фоне проводимой терапии и соблюдения принципов рационального питания, при оценке показателей гликемического профиля выявлено: показатели гликемии (венозная плазма) натощак составили 6,0 ммоль/л, после завтрака, обеда и ужина – 8,7 ммоль/л; 10,0 ммоль/л и 9,2 ммоль/л соответственно. HbA_{1c} – 7,9%. Данных за ИБС, нарушение функциональной активности печени, почек нет.

При физикальном обследовании: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные, эластичны. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. АД 117/70 мм рт.ст. Пульс 68 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул, мочеиспускание в норме.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 123 г/л (120-140), эритроциты – 4,3 x 10¹²/л (3,9-4,7), тромбоциты – 205 x10⁹ /л (180-320); лейкоциты – 6.7 x 10⁹/л (4-9); СОЭ 5 мм/час(2-15);

Биохимический анализ крови: общий белок - 70,0 г/л (65-85); АЛТ - 18,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 17,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 5,5 ммоль/л (3,6-7,8); общий билирубин- 17,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 80 мкмоль/л (44-97); мочевины-7,9 (2,5-8,3);

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность – 1015, белок отриц., лейкоциты- 1– 2 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют, кетоновые тела отриц.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 36

Пациент 63 лет с сахарным диабетом 2 типа проснулся ночью (около 3 часов) от кошмарных сновидений. Показатели гликемии при этом составили 3,3 ммоль/л, в 6 часов утра – 10,0 ммоль/л. Пациент находится на инсулинотерапии препаратами инсулина: инсулин Детемир (22 ЕД перед сном) и инсулин Глулизин по 8 ЕД перед завтраком и обедом и 6 ЕД перед ужином.

Контроль показателей гликемического профиля через 2 часа после завтрака, обеда, ужина и перед сном выявил следующие результаты: 7,8 ммоль/л, 6,4 ммоль/л, 6,6 ммоль/л и 6,2 ммоль/л соответственно.

При физикальном обследовании: Рост 170 см, вес 100 кг (ИМТ-34,6 кг/м²). Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические

лимфоузлы не увеличены, безболезненные, эластичны. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. АД 140/90 мм рт.ст. Пульс 82 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет подкожной жировой клетчатки. Печень по краю реберной дуги, безболезненная.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 135 г/л (120-140), эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $310 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $5,7 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 2 мм/час(2-15);

Биохимический анализ крови: глюкоза- общий белок - 80,0 г/л (65-85); АЛТ - 22,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 22,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 4,5 ммоль/л (3,6-7,8); общий билирубин- 17,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 80 мкмоль/л (44-97); мочевины-2,9 (2,5-8,3); ТТГ-3,0 мМЕ/л (0,4-3,5);

Показатель гликированного гемоглобина HbA1c 7,1%.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность – 1017, белок отриц., лейкоциты 1– 2 в поле зрения, глюкоза отриц, эритроциты – отсутствуют, кетоновые тела отриц. Содержание альбумина в суточной моче 20 мг.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 37

Пациентка 26 лет после проведенного УЗИ щитовидной железы направлена на консультацию к эндокринологу. Жалоб не предъявляет. Изменения веса не отмечает. По результатам УЗИ щитовидной железы: объем ЩЖ увеличен до 22 мл. Структура железы неоднородная, выявляются до 6 гипоехогенных образований с нечеткими контурами, размерами от 3 до 6 мм, представленные в заключении врача ультразвуковой диагностики как узловые гипоехогенные образования.

При объективном осмотре: Вес 65 кг, рост 172 см, ИМТ - 22/м². Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные, эластичны. Отеков нет. Щитовидная железа увеличена. АД 120/70 мм рт.ст. Пульс 80 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 124 г/л (120-140), эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $184 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $6,7 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 8 мм/час(2-15); Биохимический анализ крови: глюкоза- 5,7 ммоль/л, общий белок - 84,0 г/л (65-85); АЛТ - 21,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 23,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 3,5 ммоль/л (3,6-7,8); общий билирубин- 14,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 70 мкмоль/л (44-97); мочевины-5,9 (2,5-8,3); ТТГ 2,5 мМЕ/ л (0,4-3,5), Т4 свободный – 1,2 нг/мл (0.5 - 1.4);

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность – 1016, белок отриц., лейкоциты 1– 2 в поле зрения, глюкоза отриц, эритроциты – отсутствуют, кетоновые тела отриц.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования

3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 38

Пациент П. 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на наличие опухоли в области шеи, осиплость голоса, кашель, похудание на 7 кг за 5 месяцев, повышение цифр АД до 150 – 160/70 мм рт.ст.

Anamnesis morbi: в течение двух месяцев отмечает наличие опухоли и чувство сдавления шеи. Осиплость голоса появилась две недели назад.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 75 ударов в минуту. АД- 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Status localis: шея в нижней трети справа ассиметрична за счет опухолевидного образования. Пальпаторно: в проекции правой доли щитовидной железы плотная опухоль 4,0*6,0 см, малоподвижная, безболезненная, смещается при глотании. Левая доля щитовидной железы, а также регионарные лимфатические узлы по ходу сосудистого пучка и бокового треугольника шеи справа и слева не увеличены. При непрямой ларингоскопии выявлен парез правой голосовой связки.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л (120-140), эритроциты- $4,0 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $190 \times 10^9 /л$ (180-320); лейкоциты – $4.7 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 6 мм/час(2-15); Биохимический анализ крови: глюкоза- 5,8 ммоль/л, общий белок - 83,0 г/л (65-85); АЛТ - 33,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 34,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 3,5 ммоль/л (3,6-7,8); общий билирубин- 14,3 мкмоль/л (0,5-20,5); креатинин - 70 мкмоль/л (44-97); мочевины- 3,9 (2,5-8,3);

При определении тироидного статуса: ТТГ- 0,91 мМЕ/л (0,4-3,5), Т4 свободный – 14 пмоль/л (10,5-22), кальцитонин < 2,0 (<8,4 пг/мл), титры антител к рТТГ, ТПО, к ТГ в пределах нормы.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность – 1015, белок отриц., лейкоциты 2– 3 в поле зрения, глюкоза отриц, эритроциты – отсутствуют, кетоновые тела отриц.

Проведено УЗИ шеи: правая доля и перешеек щитовидной железы представлены опухолевой тканью, V=64 млЗ, в правой яремной вене не исключается тромб 3,9*1,5 см, лимфатические узлы не визуализируются.

Произведена аспирационная биопсия опухоли: в цитологических препаратах, окрашенных азур-эозином, материал представлен преимущественно разрозненно лежащими и в отдельных скоплениях опухолевыми клетками с выраженным клеточным и ядерным полиморфизмом. Клетки имели крупный, средний и мелкий размер, полигональную форму. В опухолевых клетках обнаруживались гиперхромные ядра округлой, овальной, вытянутой формы. В препаратах отмечались двоядерные опухолевые клетки. В опухолевых клетках ядра имели грубозернистый, тяжистый, распределенный неравномерно хроматин. Ядра опухолевых клеток содержали крупные полиморфные ядрышки, встречались клетки с митозами. Цитологически было сделано заключение: цитологическая картина злокачественной опухоли, вероятно анапластическая карцинома щитовидной железы, VI категория по системе Bethesda.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 39

Пациентка Т. 38 лет прооперирована 8 месяцев назад по поводу болезни Грейвса – Базедова.

Получает заместительную терапию левотироксином в суточной дозе 150 мкг, тиреоидный статус на этой дозе – эутиреоидный (уровень ТТГ – 1,6 мкЕД/мл). Однако, в течение последних 1,5 – 2 месяцев пациентка стала отмечать появление новой для себя клинической симптоматики: онемение пальцев рук, ног, вокруг рта, фибриллярные подергивания, судороги скелетных мышц, сопровождающиеся немотивированным чувством беспокойства, страха.

При осмотре: определяется симптом Хвостека II степени, симптом Вейса.

Вес - 64 кг, рост - 172 см, ИМТ- 21,6кг/м². АД - 100/60 мм рт. ст., пульс - 60 уд. в мин., тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Периферических отеков нет. ЧДД-17 в минуту.

Данные лабораторных анализов:

В общем анализе крови: гемоглобин - 101 г/л, эритроциты – $4,35 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 285×10^9 /л; лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л, СОЭ 6 мм/час. В биохимическом анализе крови: общий белок – 64 г/л (64-83), мочевины – 6,1 ммоль/л (2,8-8,3), креатинин – 55 мкмоль/л (45-97), холестерин общий – 5,2 ммоль/л (2,9-5,2, глюкоза - 4,6 ммоль/л , железа-5,6 нмоль/л. В общем анализе мочи: относительная плотность – 1012, белок – отр., глюкоза - отр, лейкоциты – един. в поле зрения, эритроциты – отр., кетоны отр.

Уровень скорректированного Са в плазме крови 1,8 ммоль/л (2,10-2,65 ммоль/л), содержание фосфора – 1,6 ммоль/л (0,81-1,55 ммоль/л).

На ЭКГ: удлинение интервала QT.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 40

Пациентка 43 лет направлена на консультацию к эндокринологу с жалобами на общую слабость, снижение концентрации внимания, плохой аппетит, тошноту, запор, боли в спине, усиливающиеся после физической нагрузки, при длительном пребывании в одном положении (сидя, стоя). Кроме этого, пациентка отмечает уменьшение на 2 см роста. В анамнезе низкотравматичный перелом правой лучевой кости.

При физикальном обследовании: Рост 167 см, вес 58 кг (ИМТ-20,8 кг/м²).

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные, эластичны. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. АД 120/70 мм рт.ст. Пульс 80 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул, мочеиспускание в норме.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 123 г/л (120-140), эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л (3,9-4,7), тромбоциты – 260×10^9 /л (180-320); лейкоциты – $5,6 \times 10^9$ /л (4-9); СОЭ 3 мм/час(2-15); Биохимический анализ крови: глюкоза- 5,6 ммоль/л, общий белок - 80,0 г/л (65-85); АЛТ - 18,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 17,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 4,5 ммоль/л (3,6-7,8); общий кальций - 1,9 ммоль/л (2,25-2,75); альбумин - 50 г/л; креатинин - 60 мкмоль/л (44-97); мочевины-2,9 (2,5-8,3);

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 41

Пациент К., 55 лет с первичной хронической надпочечниковой недостаточностью находится на заместительной терапии гидрокортизоном в суточной дозе 30 мг и флудрокортизоном в суточной дозе 0,1 мг. На фоне ОРВИ у пациента стала прогрессировать следующая симптоматика: выросла гиперпигментация кожных покровов и слизистых, резко снизился аппетит, появились тошнота, рвота, тахикардия, снижение АД.

На момент осмотра: адинамичен, в сознании, малоконтактен. Рост 177 см, вес 68 кг (ИМТ - 21,7 кг/м²). Кожные покровы гиперпигментированы, особенно в области кожных складок. ЧСС 110 в минуту, АД 80/50 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 уд/мин. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные, эластичны. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул, мочеиспускание в норме.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин - 114 г/л (120-140), эритроциты – 4,1 x 10¹²/л (3,9-4,7), тромбоциты – 198 x 10⁹ /л (180-320); лейкоциты – 5,6 x 10⁹/л (4-9); СОЭ 6 мм/час(2-15); Биохимический анализ крови: общий белок - 60,0 г/л (65-85); АЛТ - 18,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 17,0 МЕ/л (0- 35), общий холестерин - 3,8 ммоль/л (3,6-7,8); креатинин - 86 мкмоль/л (44-97); мочевины-2,6 (2,5-8,3); натрий 118 ммоль/л (135-146), калий 6,2 ммоль/л (3,5-5,3), рН 7,28 ЕД (7,35-7,45).

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность – 1015, белок отриц., лейкоциты 1– 2 в поле зрения, глюкоза отриц, эритроциты – отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 42

Пациент 25 лет обратился к врачу с жалобами на бесплодие и нарушение половой функции (снижение либидо и потенции).

При осмотре обращает на себя внимание сочетание высокого роста пациента (187 см) и непропорционального телосложения (длинные ноги и короткое туловище). ИМТ = 26,5 кг/м².

Физикальное обследование: ЧДД: 16 /мин; Регулярный ритм дыхания. Дыхание нормальное. Сатурация: SPO₂-98 %; Везикулярный характер дыхания. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Граница сердца в пределах нормы. Пульс 70 ударов в минуту. ЧСС: 70 /мин;

Ритм сердца не нарушен. Сердечный шум отсутствует. АД 120/80 мм.рт.ст. Недостаточный рост волос на лице, оволосение лобка по женскому типу. Половой член нормальных размеров, маленькие плотные яички.

Данные лабораторных анализов:

В общем анализе крови: гемоглобин - 143 г/л (120-140), эритроциты – $4,7 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $270 \times 10^9/л$ (180-320); лейкоциты – $5,3 \times 10^9/л$ (4-9);

В биохимическом анализе крови: тестостерон - 7моль/л, альбумин- 4.3 г/л. свободный тестостерон- 214 пмоль/л (2.68%) (> 243 пмоль/л), биоактивного тестостерон- 5.02 нмоль/л (62.7%). глюкоза- 5,8 ммоль/л, общий белок - 68,0 г/л; АЛТ - 23,3 МЕ/л, АСТ - 28,0 МЕ/л, общий холестерин - 5,5 ммоль/л;

При оценке спермограммы отмечается азооспермия.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Ситуационная задача 43

Пациентка М., 28 лет обратилась к эндокринологу с жалобами на олигоменорею, бесплодие, выделения из молочных желез, эмоциональную лабильность, перепады настроения, снижение внимания и памяти. Из анамнеза известно: менархе – в 14 лет, менструальный цикл нерегулярный. В последние 2 года отмечает задержки до 1-2 месяцев, менструации очень скудные, 2-3 дня, безболезненные. В браке состоит 5 лет, средства контрацепции не использует, половой акт 2-3 раза в неделю.

При осмотре: пациентка нормостенического телосложения. Рост 178 см, вес 90 кг, ИМТ= 28,41 кг/м². Отложение жира равномерное – с преимущественным распределением на животе и бедрах. Пульс 72 удара в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Щитовидная железа не увеличена, узловые образования не пальпируются. Выраженность галактореи: 2 степень (обильные капли при не сильном надавливании).

Данные лабораторных анализов:

При обследовании: Общий анализ крови: гемоглобин - 133 г/л (120-140), эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$ (3,9-4,7), тромбоциты – $199 \times 10^9/л$ (180-320); лейкоциты – $4,6 \times 10^9/л$ (4-9); СОЭ 2 мм/час(2-15);

Биохимический анализ крови: глюкоза- 5,8 ммоль/л, общий белок - 80,0 г/л (65-85); АЛТ - 13,3 МЕ/л (0-35), АСТ - 12,0 МЕ/л (0-35), общий холестерин - 4,8 ммоль/л (3,6-7,8); креатинин - 60 мкмоль/л (44-97); мочевины-2,9 (2,5-8,3);

Биологически активный пролактин - 1800 мкЕд/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Укажите план дообследования
3. Определите тактику лечения

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов по каждому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АСПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о

выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырехбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками

и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

| № п/п | Автор, наименование, место издания, издательство, год издания | Количество экземпляров |
|-------|--|------------------------|
| 1. | Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук. / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 752 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 2. | Эндокринология [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. | 7 |
| 3. | Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. Ф. Фадеев - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 432 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 4. | Эндокринология, 2007 [Текст] : клинич. рекомендации / Рос. ассоц. эндокринологов ; гл. ред. : И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. | 9 |
| 5. | Эндокринология [Текст] : учеб. для мед. вузов / Я. В. Благосклонная, Е. В. Шляхто, А. Ю. Бабенко. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб : СпецЛит, 2007. | 2 |
| 6. | Эндокринология [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов / Я. В. Благосклонная, Е. В. Шляхто, А. Ю. Бабенко. – 3-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2012. – 422 с. – Режим доступа: http://e.lanbook.com . | Удаленный доступ |
| 7. | Сахарный диабет в практике терапевта поликлиники [Текст] : учебно-методическое пособие для студентов, интернов, ординаторов, аспирантов / В. Н. Ларина, Е. В. Кудина. - Москва : Изд-во РАМН, 2016. - 38 с. | 6 |
| 8. | Сахарный диабет в практике терапевта поликлиники [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие для студентов, интернов, ординаторов, аспирантов / В. Н. Ларина, Е. В. Кудина. - Москва : Изд-во РАМН, 2016. - 38 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 9. | Клиническая эндокринология [Электронный ресурс] : крат. курс : учеб.- | Удаленный |

| | | |
|-----|---|------------------|
| | метод. пособие / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко. – Санкт-Петербург : Спец-Лит, 2015. – 186 с. – Режим доступа: http://e.lanbook.com . | доступ |
| 10. | Клиническая эндокринология [Текст] : [руководство] / С. Б. Шустов. - М. : МИА, 2012. | 2 |
| 11. | Доказательная эндокринология [Текст] : руководство для врачей : пер. с англ. / Х. С. Абу-Лебдех и др. ; под ред. Полайн М. Камачо. - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |
| 12. | Наглядная эндокринология [Текст] : пер. с англ. / под. ред. Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 7 |
| 13. | Полный справочник эндокринолога [Текст] / Г. И. Дядя и др. - М. : Эксмо, 2007. | 2 |
| 14. | Неотложная эндокринология [Текст] : рук. для врачей / В. В. Потемкин, Е. Г. Старостина. - М. : Мед. информ. агентство, 2008. | 20 |
| 15. | Диабетическая нейропатия [Текст] / С. В. Котов, А. П. Калинин, И. Г. Рудакова. - М. : МИА, 2011. - 439 с. | 1 |
| 16. | Сахарный диабет: острые и хронические осложнения [Текст] : [руководство] / [И. И. Дедов, М. В. Шестакова, А. А. Александров и др.] ; под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой. - М. : МИА, 2011. - 477 с. | 2 |
| 17. | Сахарный диабет типа 2 (инсулиннезависимый) [Текст] : Питание, правовые, организац. аспекты, лечение / А. Б. Андрусенко. - М. : Издат. дом "Русский врач", 2009. | 2 |
| 18. | Сахарный диабет [Текст] : диагностика и лечение : пер. с англ. / Э. Питерс-Хармел, Р. Матур. - Москва : Практика, 2008. - 496 с. - Загл. и авт. ориг.: Diabetes Mellitus / A. Peters Harmel, R. Mathur. | 5 |
| 19. | Фармакоэкономика сахарного диабета второго типа [Текст] / Р. И. Ягудина, А. Ю. Куликов, Е. Е. Аринина. - М. : МИА, 2011. - 350 с. | 1 |
| 20. | Нарушения углеводного обмена в практической деятельности участкового терапевта и семейного врача [Текст] : учебно-методическое пособие для участковых терапевтов и врачей общ. практики / Российский государственный медицинский университет ; сост. : Г. Е. Ройтберг и др. - Москва : РГМУ, 2008. | 5 |
| 21. | О чем говорят анализы? Клинико-лабораторная диагностика в эндокринологии [Текст] : параметры, нормы, расшифровка : [справочное пособие] / Л. М. Пустовалова. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2016. - 62 с. : табл. - (Медицина). - Библиогр. : С. 62. | 5 |
| 22. | Ожирение [Текст] : (клинические очерки) / А. Ю. Барановский и др. ; под ред. А. Ю. Барановского, Н. В. Ворохобиной. - Санкт-Петербург : Диалект, 2007. - 240 с. | 3 |
| 23. | Ожирение и коморбидные состояния. Современные принципы управления и ожидаемые перспективы [Текст] : учебное пособие / Т. Ю. Демидова, Е. Ю. Грицкевич ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. эндокринологии лечеб. фак. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2018. - 33 с. : ил. - Библиогр. : С. 30. | 10 |
| 24. | Метаболический синдром [Текст] / В. И. Маколкин. - М. : МИА, 2010. - 142 с. | 2 |
| 25. | Острые хирургические заболевания [Текст] : (метод. рек. для ординаторов, студентов 5 и 6 курсов) / РГМУ, каф. госпит. хирургии №1 лечеб. фак. ; [сост. : В. А. Ступин, А. Е. Богданов, В. В. Лаптев и др.] ; под ред. В. А. Ступина, В. В. Лаптева. - 5-е изд., испр. и доп. - Москва : Мед. кн., 2010. - 319 с. | 2 |
| 26. | Хирургические инфекции кожи и мягких тканей [Текст] : рос. нац. рекомендации / [С. Ф. Багненко, Э. А. Баткаев, В. Б. Белобородов и др.]. - Москва : БОРГЕС, 2009. | 1 |
| 27. | Лечение пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы [Текст] / Г. В. Родоман, И. П. Сумеди, Н. В. Свириденко и др. ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. - 95 с. | 10 |
| 28. | Лечение пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы [Электронный ресурс] / Г. В. Родоман, И. П. Сумеди, Н. В. Свириденко и др. ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. – 95 с.- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |

| | | |
|-----|---|------------------|
| 29. | Справочник детского эндокринолога [Текст] / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Литтерра, 2014. - 495 с. : ил. | 5 |
| 30. | Справочник детского эндокринолога [Текст] / И. И. Дедов. - Москва : Литтерра, 2011. | 1 |
| 31. | Руководство по детской эндокринологии [Текст] / под ред. Ч. Г. Д. Брука, Р. С. Браун ; пер. с англ. под ред. В. А. Петерковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 342 с. : ил. - Предм. указ.: с. 334-342. - Пер. изд. : Handbook of Clinical Pediatric Endocrinology / ed. by C. G. D. Brook, R. S. Brown (Blackwell). | 10 |
| 32. | Атлас детской эндокринологии и нарушений роста [Электронный ресурс] : пер. с англ. / Джереми К. Х. Уэльс, Йен-Маартен Вит, Алан Д. Рого. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 33. | Профилактические рекомендации по здоровому образу жизни на 2014 год [Текст] / В. С. Полунин ; Каф. обществ. здоровья, здравоохранения и экономики здравоохранения РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - [19-е изд.]. - Москва : РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2013. - 139 с. : ил., портр. - Изд. подгот. в связи с 90-летием кафедры. - На обл. и тит. л. : Здоровая Россия, 1924-2014. | 1 |
| 34. | Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] : [учебник] / под ред. А. В. Решетникова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 191 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 35. | Предиабет. Современные возможности диагностики и лечения [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Б. Демидова, Ф. О. Ушанова ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. эндокринологии лечеб. фак. - Москва, 2019. - На обл. авт. не указ. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 36. | Атлас эндокринной хирургии / С. Э. Карти, Д. Г. Бельцевич. – Москва : Логосфера, 2019. – [Электронный ресурс] Режим доступа: http://books-up.ru . | Удаленный доступ |
| 37. | Сборник клинических случаев в практике эндокринолога [Электронный ресурс] : учебное пособие / [Т. Ю. Демидова, Е. Ю. Грицкевич, Ф. О. Ушакова и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. эндокринологии лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 38. | Базисная и клиническая эндокринология [Текст] : пер. с англ. : [в 2 кн.]. Кн.1 / Д. Гарднер, Д. Шобек ; Д. Гарднер, Д. Шобек ; [пер. с англ. : В. И. Кандрор и др.]. - Москва : БИНОМ, 2022. - 463 с. : ил. - Библиогр. в конце гл. - Пер. изд. : Greenspan's Basic & Clinical Endocrinology / ed. by D. G. Gardner, D. Shoback (8th ed.) .95 | 10 |
| 39. | Базисная и клиническая эндокринология [Текст] : пер. с англ. : [в 2 кн.]. Кн. 2 / Д. Гарднер, Д. Шобек ; Д. Гарднер, Д. Шобек ; [пер. с англ. : В. И. Кандрор и др.]. - Москва : БИНОМ, 2022. - 695 с. : ил. - Пер. изд. : Greenspan's Basic & Clinical Endocrinology / ed. by D. G. Gardner, D. Shoback (8th ed.) | 10 |
| 40. | Научно-исследовательская работа студента [Текст] : учебно-практическое пособие / Н. М. Розанова. - Москва : Кнорус, 2018. - 255 с. - | 2 |
| 41. | Биотехнология : учебник [Электронный ресурс] / под ред. Колодяжной В. А. , Самотруевой М. А. , 2020. - 384 с.- Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 42. | Биоинформатика : учебник / Н. Ю. Часовских. - [Электронный ресурс] .-2020 - 352 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 43. | Основы персонализированной медицины: медицина XXI века: омикс-технологии, новые знания, компетенции и инновации [Электронный ресурс] / Джайн К.К., Шарипов К.О. - М. : Литтерра, 2020. - 576 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 44. | Основы персонализированной и прецизионной медицины: учебник / под ред. С. В. Сучков. - 624 с. -2020.- [Электронный ресурс] .-Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 45. | Персональная телемедицина Телемедицинские и информационные технологии реабилитации и управления здоровьем [Электронный ресурс]. / О. Ю. | Удаленный доступ |

| | | |
|-----|--|------------------|
| | Атьков, Ю. Ю. Кудряшов. – Москва : Практика, 2015. – 248 с. - Режим доступа: http://books-up.ru . | |
| 46. | Инновационная экономика : [Электронный ресурс] учебное пособие / А. А. Якушев, А. В. Дубынина. – Москва : Финансы и статистика, 2017. – Режим доступа: http://ibooks.ru . | Удаленный доступ |
| 47. | Нанобиотехнологии в медицине : нанодиагностика и нанолечение : актовая речь / Арчаков Александр Иванович ; А. И. Арчаков ; Российский государственный медицинский университет. [Электронный ресурс] -- Москва, 2009. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 48. | Нанобиотехнологии [Текст] : практикум / [А. М. Абатурова, Д. В. Багров, А. А. Байжуманов и др.] ; под ред. А. Б. Рубина. - Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. - 384 с. : [8] л. ил., ил. - (Нанотехнологии). | 10 |
| 49. | Нанобиотехнологии : практикум / под ред. А. Б. Рубина. – 4-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 403 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 50. | Компьютерное моделирование для решения задач фармакокинетики. Компьютерная реализация одно- и двухкамерных фармакокинетических моделей [Электронный ресурс] : методические разработки для преподавателей к практическим занятиям по курсу "Медицинская информатика" / С. П. Олимпиева, В. В. Киликовский, Е. С. Муравьева ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Мед.-биол. фак., каф. мед. кибернетики и информатики. . - Москва, 2018. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 51. | Биофармация, или основы фармацевтической разработки, производства и обоснования дизайна лекарственных форм : [учеб. пособие] [Электронный ресурс]. / И. И. Краснюк, Н. Б. Демина, М.Н. Анурова, Н. Л. Соловьева. – Москва : Гэотар-Медиа, 2020. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 52. | Наноструктуры в биомедицине [Электронный ресурс] : пер. с англ. / под ред. К. Гонсалвес [и др.]. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. – 536 с. Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 53. | Математические модели в иммунологии и эпидемиологии инфекционных заболеваний [Электронный ресурс] / под ред. Г. И. Марчука. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. – 296 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 54. | Биомедицинские нанотехнологии, [Электронный ресурс] / Будкевич Е.В., Будкевич Р.О. - Издательство "Лань" ЭБС ЛАНЬ, 2020. – Режим доступа: http://e.lanbook.com . | Удаленный доступ |
| 55. | Медицинская нанобиотехнология [Электронный ресурс] : учебник / П. Б. Курапов, Е. Ю. Бахтенко ; П. Б. Курапов, Е. Ю. Бахтенко ; под ред. В. П. Чехонина ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 56. | Культура животных клеток [Электронный ресурс] / Р.Я. Фрешни - М. : Лаборатория знаний, 2018. – 791 с. - Режим доступа : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp | Удаленный доступ |
| 57. | Клиническая генетика [Электронный ресурс] : геномика и протеомика наследств. патологии : учеб. пособие / Г. Р. Мутовин. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 832 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 58. | Молекулярное моделирование [Электронный ресурс] : теория и практика : пер. с англ. / Х.-Д. Хельтье [и др.]. – 3-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 322 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 59. | Фармакогеномика [Электронный ресурс] : [учебное пособие медико биологических факультетов медицинских вузов] / Н. Л. Шимановский ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. молекул. фармакологии и радиобиологии мед.-биол. фак. - Электрон. дан. - Москва : Изд-во РАМН, 2017. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login- | Удаленный доступ |

| | | |
|-----|---|------------------|
| | user?login=Читатель&password=010101 | |
| 60. | Критический анализ медицинских публикаций с позиций доказательной медицины [Электронный ресурс] : [учебное пособие для медицинских вузов] / О. Ю. Реброва ; О. Ю. Реброва ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. мед. кибернетики и информатики мед.-биол. фак. -- Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 61. | Контроль качества и стандартизация лекарственных средств [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие по производственной практике / под ред. Г. В. Раменской, С. К. Ордабаевой– М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 62. | Нанoeлектроника [Электронный ресурс]. Состояние и перспективы развития : учеб. пособие / А. Н. Игнатов. – Москва : ФЛИНТА, 2012. – 360 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . | Удаленный доступ |
| 63. | ПЦР в реальном времени[Электронный ресурс]. / [Д. В. Ребриков, Г. А. Саматов, Д. Ю. Трофимов и др.] ; под ред. Д. В. Ребрикова. – 8-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 64. | NGS высокопроизводительное секвенирование [Электронный ресурс] / Д. В. Ребриков, Д. О. Коростин. – 2-е изд. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. - 232 с. – Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 65. | Биохимические основы химии биологически активных веществ [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Коваленко Л. В. – 3-е изд. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 232 с- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 66. | Гены по Льюину / Дж. Кребс, Э. Голдштейн, С. Килпатрик : [Электронный ресурс]. пер. 10-го англ. изд. –Москва : Лаб. знаний, 2021. – 919 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 67. | Клетки по Льюину : пер. 2-го англ. изд. [Электронный ресурс]. / Л. Кассимерис [и др.] – Москва : Лаб. знаний, 2018. – 1056 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 68. | Молекулярная биология : рибосомы и биосинтез белка : [Электронный ресурс]. [учеб. для высш. учеб. заведений] / А. С. Спирин. — Москва : Лаб. Знаний, 2019. – 576 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 69. | Нанoeлектроника : [Электронный ресурс]. учеб. пособие / А. А. Щука. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 344 с. — Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 70. | Нанoeлектроника : теория и практика : [Электронный ресурс]. учебник / В. Е. Борисенко [и др.] – Москва: Лаб. знаний, 2020. – 366 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 71. | Практикум по объектно-ориентированному программированию / И. А. Бабушкина, С. М. Окулов. [Электронный ресурс]. – 5-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 369 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 72. | Принципы и методы биохимии и молекулярной биологии : [Электронный ресурс]. пер. с англ. / ред. : К. Уилсон, Дж. Уолкер. – 3-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 73. | Программирование : [Электронный ресурс]. учеб. пособие / Н. А. Давыдова, Е. В. Боровская. – 4-е изд. Москва : Лаб. знаний, 2020. – 241 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 74. | Трансплантология и искусственные органы : [Электронный ресурс]. учебник / под ред. С. В. Готье. – Москва : Лаб. знаний, 2022. – 320 с. -- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |

| | | |
|-----|--|------------------|
| 75. | Фармацевтическая химия : [Электронный ресурс]. учебник / Э. Н. Аксенова, О. П. Андрианова ; под ред. Г. В. Раменской. – Москва : Лаб. знаний, 2021. – 472 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 76. | Фармацевтическое информирование : [Электронный ресурс]. учебник / под ред. А. А. Свистунова, В. В. Тарасова. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 320 с.- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 77. | Численные методы [Электронный ресурс]. / Н. С. Бахвалов, Н. П. Жидков, Г. М. Кобельков. – 9-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 636 с. : ил. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 78. | Математические методы в биологии: анализ биологических данных в системе Statistica: [Электронный ресурс]. учеб. пособие для вузов / С. Н. Гашев, Ф. Х. Бегляева, М. Ю. Лупинос. [Электронный ресурс] – Москва : Юрайт, 2020. – (Высшее образование).- Режим доступа : http:// urait.ru | Удаленный доступ |
| 79. | Критический анализ медицинских публикаций с позиций доказательной медицины [Электронный ресурс] : [учебное пособие для медицинских вузов] / О. Ю. Реброва ; О. Ю. Реброва ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. мед. кибернетики и информатики мед.-биол. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |
| 80. | Реконструктивная и репродуктивная хирургия в гинекологии : [Электронный ресурс]. учеб. пособие для мед. вузов / [А. Аббати и др.] ; ред. : В. Гмел, Э. И. Брилл ; пер. с англ. А. Е. Лю-бовой. – Москва : Лаб. знаний, 2021. – 440 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . | Удаленный доступ |