

# ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

## ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.53 «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

### 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 суетлива, 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 снаружи 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/м<sup>2</sup>. 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/м<sup>2</sup>. 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. Аппетит 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/м<sup>2</sup>). 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/м<sup>2</sup>).

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 среднеключичной 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°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°C.

Данные лабораторных анализов:

Общий анализ крови: Лимфоциты -  $45,6 \times 10^9$  (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, рефлексy 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<sup>+</sup> 155 мЭкв/л, K<sup>+</sup> 3,5 мЭкв/л

КЩС: рН 7,3, рО<sub>2</sub> 80 мм рт.ст, рСО<sub>2</sub> 34 мм рт.ст., НСО<sub>3</sub><sup>-</sup> 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 –  $180 \times 10^9 /л$  (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 ночью. 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/м<sup>2</sup>.

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: Hb – 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 –  $190 \times 10^9 /л$  (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/1,73м<sup>2</sup>, 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 –  $188 \times 10^9$  /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 – 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/м<sup>2</sup>.), 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 –  $180 \times 10^9$  /л (180-320); лейкоциты –  $8.2 \times 10^9$ /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 – 4,2 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/м<sup>2</sup>. 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 1,5x1,3 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 ЕД/л), лютеинизирующий гормон (ЛГ) – 8,7 МЕ/мл (фолликулярная фаза – от 2 до 14 мЕД/л; овуляторная 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/м<sup>2</sup>). 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/м<sup>2</sup>. 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 –  $285 \times 10^9/л$ ; 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/1,73м<sup>2</sup>, 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/м<sup>2</sup>. 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/м<sup>2</sup>. 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/м<sup>2</sup>, 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 x 10<sup>12</sup>/л; лейкоциты – 4,6 x 10<sup>9</sup>/л; СОЭ 6 мм/час. тромбоциты – 190 x 10<sup>9</sup> /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; (менее32); рСКФ - 59 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

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. Сопутствующее заболевание: Хронический пиелонефрит на протяжении 20 лет.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 170 см, вес 61 кг. ИМТ 21.1 кг/м<sup>2</sup>. 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 м<sup>2</sup>, 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/м<sup>3</sup>. 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/м<sup>3</sup>. 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/м<sup>2</sup>,

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 –  $285 \times 10^9$  /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 –  $251 \times 10^9$ /л (180-320); лейкоциты –  $6,1 \times 10^9$ /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). Appetit 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 –  $4,2 \times 10^{12}/л$  (3,9-4,7), тромбоциты –  $200 \times 10^9 /л$  (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);

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/м<sup>2</sup>.

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 HU. 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/м<sup>2</sup>), 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/м<sup>2</sup>). 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 Метформином и Саксаглиптином.

До беременности у пациентки гликемические показатели всегда соответствовали норме, имела избыточную массу тела (ИМТ = 27,0 кг/м<sup>2</sup>).

При физикальном обследовании: Рост 155 см, вес 67 кг (ИМТ-27,9 кг/м<sup>2</sup>). 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 –  $210 \times 10^9 /л$  (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/м<sup>2</sup>), 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/м<sup>2</sup>). 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 гипофункцией, 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/м<sup>2</sup>). 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/м<sup>2</sup>) 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. HbA1c – 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 –  $4,3 \times 10^{12}$ /л (3,9-4,7), тромбоциты –  $205 \times 10^9$  /л (180-320); лейкоциты –  $6,7 \times 10^9$ /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 Глилизин 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/м<sup>2</sup>). 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/м<sup>2</sup>. 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 двуядерные 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/м<sup>2</sup>. 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 –  $285 \times 10^9$  /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/м<sup>2</sup>).

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 –  $260 \times 10^9$  /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, малокопактен. Рост 177 см, вес 68 кг (ИМТ - 21,7 кг/м<sup>2</sup>). 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 –  $4,1 \times 10^{12}$ /л (3,9-4,7), тромбоциты –  $198 \times 10^9$  /л (180-320); лейкоциты –  $5,6 \times 10^9$ /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/м<sup>2</sup>.

Физикальное обследование: ЧДД: 16 /мин; Регулярный ритм дыхания. Дыхание нормальное. Сатурация: SPO<sub>2</sub>-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 x 10<sup>12</sup>/л (3,9-4,7), тромбоциты – 270 x10<sup>9</sup>/л (180-320); лейкоциты – 5.3 x 10<sup>9</sup>/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/м<sup>2</sup>. 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