

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Павлов Валентин Николаевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 12.01.2023 17:21:43
Уникальный программный ключ:
a562210a8a161d1bc9a34c4a0a3e820ac76b9d73665849e660b2e54e71d6ee

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
А. А. Цыглин
25 » мая 2021 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (наименование дисциплины)

Разработчик	<u>Кафедра эндокринологии</u>
Специальность	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
Наименование ООП	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
ФГОС ВО	<u>Утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от «13» августа 2020 г. № 998</u>

Паспорт оценочных материалов по дисциплине/ Эндокринология

№	Наименование пункта	Значение
1.	Специальность/направление подготовки	30.05.01 Медицинская биохимия
2.	Наименование дисциплины	Эндокринология
3.	Для оценки «отлично» не менее	91%
4.	Для оценки «хорошо» не менее	81%
5.	Для оценки «удовлетворительно» не менее	71%
6.	Время тестирования (в минутах)	_____90 минут

Код контролируемой компетенции

ОПК-2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния *in vivo* и *in vitro* при проведении биомедицинских исследований.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ		
1	ПАТОГЕНЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА СВЯЗАН А. с абсолютной недостаточностью инсулина Б. с относительной недостаточностью инсулина В. с развитием инсулинорезистентности Г. с секрецией биологически малоактивного инсулина	А
2	КРИТЕРИЙ НОРМОАЛЬБУМИНУРИИ СУТОЧНОЙ МОЧИ А. до 10 мг/сут Б. до 30 мг/сут В. от 30 до 300 мг/сут Г. до 350 мг/сут	Б
3	ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗнь ПОЧЕК V СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А. транзиторной протеинурией Б. стабильной протеинурией В. артериальной гипертензией Г. СКФ<15мл/мин	Г
4	ТЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ БОЛЕЕ СВОЙСТВЕННО А. высокая частота безболевого форм Б. замедленная динамика ЭКГ В. высокая летальность Г. частое развитие сердечной недостаточности	В
5	ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА ВТОРИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ А. синдром истощенных яичников Б. синдром Шершевского-Тернера В. снижение гонадотропинов Г. синдром Клайнфельтера	В
6	ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ У ДЕВОЧЕК А. до 7 лет Б. до 8 лет В. до 9 лет Г. до 11 лет	Б
7	ТИРЕОГЛОБУЛИН ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СИНТЕЗИРУЕТСЯ А. клетками фолликулярного эпителия Б. парафолликулярными клетками В. С-клетками щитовидной железы	А

	Г. паратиреоцитами	
8	ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ТРЕТИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЮТСЯ А. синдром резистентности к ТТГ Б. аномалии развития щитовидной железы В. подострый тиреоидит Г. дефект синтеза и секреции тиролиберина	Г
9	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ПРИ ВЫВЕДЕНИИ БОЛЬНОГО ИЗ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ А. 6-7 ммоль/л Б. 8-11 ммоль/л В. 4-5 ммоль/л Г. 11-13 ммоль/л	Г
10	ДИАГНОЗ, КОТОРЫЙ МОЖНО ПОСТАВИТЬ БЕРЕМЕННОЙ, ЕСЛИ У ПАЦИЕНТКИ ГЛЮКОЗА ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ НАТОЩАК 7,5 ММОЛЬ/Л А. ГСД Б. сахарный диабет впервые выявленный В. нарушение толерантности к глюкозе Г. здорова	Б

№	Вопросы	Правильные ответы
Ответьте на вопрос		
11	КАКОЙ НАИМЕНЬШИЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ, ПРИ КОТОРОМ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ДИАБЕТИЧЕСКИЙ КЕТОАЦИДОЗ У ВЗРОСЛЫХ?	13 ммоль/л
12	КАКОЙ НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН?	До 18 мл
13	КАКОЙ МЕХАНИЗМ ГИПОГЛИКЕМИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ?	Блокада глюконеогенеза в печени
14	ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ ХВОСТЕКА И ТРУССО?	Для гипопаратиреоза

Код контролируемой компетенции

ОПК-3. Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ		
15	<p>ИНСУЛИН КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВВОДИТЬ В</p> <p>А. плечо Б. бедро В. живот Г. подлопаточную область</p>	В
16	<p>ИНСУЛИН СТИМУЛИРУЕТ</p> <p>А. липогенез Б. глюконеогенез В. гликогенолиз Г. липолиз</p>	А
17	<p>ПРЕПАРАТ С НАИБОЛЬШЕЙ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНОЙ АКТИВНОСТЬЮ</p> <p>А. дексаметазон Б. гидрокортизон В. кортинефф Г. преднизалон</p>	В
18	<p>НАЗНАЧЕНИЕ БИГУАНИДОВ НА ФОНЕ ГИПОКСИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ КОМУ</p> <p>А. кетоацидотическую Б. гиперосмолярную В. гипогликемическую Г. лактацидотическую</p>	Г
19	<p>КОЛИЧЕСТВО ИНСУЛИНА, КОТОРОЕ НУЖНО ВВЕСТИ, ЧТОБЫ СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ С 16 ММОЛЬ/Л ДО 8 ММОЛЬ/Л, СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А. 3 ЕД Б. 4 ЕД В. 5 ЕД Г. 10 ЕД</p>	Б
20	<p>ПРЕПАРАТ, ОТНОСЯЩИЙСЯ К ГРУППЕ ИНГИБИТОРОВ ДИПЕПТИДИЛПЕПТИДАЗЫ IV ТИПА</p> <p>А. глибенкламид Б. аллоглиптин В. глюкобай Г. гликлазид</p>	Б
21	<p>НЕКАЛОРИГЕННЫЙ САХАРОЗАМЕНИТЕЛЬ</p> <p>А. фруктоза Б. ксилит В. сорбит Г. аспартам</p>	Г
22	<p>В ОСНОВЕ ГИПОГЛИКЕМИЗИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ МЕТФОРМИНА ЛЕЖИТ</p> <p>А. стимуляция секреции инсулина Б. уменьшение активности транспортеров глюкозы В. конкурентное ингибирование расщепления и всасывания полисахаридов в кишечнике Г. подавление глюконеогенеза</p>	Г

23	МАКСИМАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ЛЕВОТИРОКСИНА РАЗВОРАЧИВАЕТСЯ А. на 2-3 день Б. на 5-6 день В. на 8-9 день Г. на 10-12 день	В
24	ЭКВИВАЛЕНТНОЙ ДОЗОЙ ГИДРОКОРТИЗОНУ 20 МГ ЯВЛЯЕТСЯ А. кортизон 20 мг Б. кортизон 50 мг В. преднизолон 5 мг Г. метилпреднизолон 8 мг	В

№	Вопросы	Правильные ответы
Ответьте на вопрос		
25	КАКОВА ДОЛЯ КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩЕГО ИНСУЛИНА ОТ ОБЩЕЙ СУТОЧНОЙ ДОЗЫ В ПРОЦЕНТАХ В ИНТЕНСИФИЦИРОВАННОЙ СХЕМЕ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ?	50%
26	КАКОВА ДОЛЯ КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩЕГО ИНСУЛИНА ОТ ОБЩЕЙ СУТОЧНОЙ ДОЗЫ В ПРОЦЕНТАХ В ТРАДИЦИОННОЙ СХЕМЕ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ?	30%
27	ПРИ КАКОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЕ ВВЕДЕНИЕ БИКАРБОНАТА НАТРИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЛЕЧЕНИЯ?	При молочнокислой коме

Код контролируемой компетенции

ОПК-8. Способен соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ		
28	ИНСУЛИН, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ЕЖЕДНЕВНЫХ ИНЪЕКЦИЙ, МОЖЕТ ХРАНИТЬСЯ ПРИ КОМНАТНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ А. в течение 2х недель Б. в течение 3х недель В. в течение 4х недель Г. в течение 5 недель	В
29	ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ГЛИКЕМИИ А. более 13 ммоль/л Б. более 15 ммоль/л В. 16 ммоль/л и более Г. 18 ммоль/л и более	А

30	СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЙОДЕ БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЙОДДЕФИЦИТНОЙ МЕСТНОСТИ, СОСТАВЛЯЕТ А. 100 мкг Б. 150 мкг В. 200 мкг Г. 270 мкг	Г
----	---	---

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Ответьте на вопрос</i>		
31	СКОЛЬКО ХЛЕБНЫХ ЕДИНИЦ (ХЕ) СОДЕРЖИТСЯ В 48 Г УГЛЕВОДОВ?	4 ХЕ
32	КАКОВА СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ ОРГАНИЗМА В ЙОДЕ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА?	150 мкг
33	КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА?	Препараты йода

Код контролируемой компетенции

ПК-6. Способен организовать контроль качества клинических лабораторных исследований на преаналитическом, аналитическом и постаналитическом этапах.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Выберите один правильный ответ</i>		
34	ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА СЕКРЕЦИЯ ТТГ МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ А. 1,5 мЕд/мл Б. 3,0 мЕд/мл В. 6 мЕд/мл Г. 0,03 мЕд/мл	Г
35	ОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ ПРОВОДИТСЯ А. после 3-х дневного голодания Б. после 8-10-ти часового голодания В. после завтрака Г. после 6-ти часового воздержания от приема пищи	Б
36	ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА УРОВЕНЬ С-ПЕПТИДА ОБЫЧНО А. повышен Б. понижен В. не изменен Г. нарушены циркадные суточные ритмы	Б
37	ДИАГНОЗ БЕРЕМЕННОЙ С ГЛЮКОЗОЙ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ НАТОЩАК 4,5 ММОЛЬ/Л А. гестационный сахарный диабет Б. сахарный диабет впервые выявленный	Г

	В. нарушение толерантности к глюкозе Г. здорова	
38	ГЛЮКОЗУРИЯ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ А. почечного диабета Б. беременности В. заболевания почек (например, пиелонефрита) Г. гипотиреоза	Г
39	ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ АКТГ И НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА А. первичный гипокортицизм Б. вторичный гипокортицизм В. третичный гипокортицизм Г. синдром Кушинга	А
40	СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРИ КОТОРОМ ПРОВОДИТСЯ ОГТТ С 75 Г. ГЛЮКОЗЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГСД, СООТВЕТСТВУЕТ А. 22-24 недели Б. 24-28 недель В. 26-28 недель Г. 28- 32 недели	Б
41	ВЕРХНИЙ ПОРОГ ГИПОГЛИКЕМИИ У БОЛЬНОГО СД СООТВЕТСТВУЕТ А. 5 ммоль/л Б. 4 ммоль/л В. 3,9 ммоль/л Г. 3,0 ммоль/л	В

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Ответьте на вопрос</i>		
42	СКОЛЬКО ММОЛЬ/Л СОСТАВЛЯЕТ ГЛИКЕМИЯ, РАВНАЯ 360 МГ%?	20 ммоль/л
43	ЧЕМУ РАВНА НИЖНЯЯ ГРАНИЦА НОРМАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ PH КРОВИ?	7,36
44	МЕТАБОЛИТОМ КАКОГО ГОРМОНА ЯВЛЯЕТСЯ ВАНИЛИЛ-МИНДАЛЬНАЯ (3-МЕТОКСИ-4-ОКСИМИНДАЛЬНАЯ) КИСЛОТА?	Адреналина

Код контролируемой компетенции

ПК-8. Способен оценить соответствие новых лабораторных технологий требованиям клинической лабораторной диагностики, разработанным на основе современных государственных и отраслевых стандартов и знаний основ метрологии.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Выберите один правильный ответ</i>		

45	ИНСУЛИТ ЯВЛЯЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ А. СД 2 типа Б. СД 1 типа В. гестационного СД Г. генетических форм СД (MODY и др.)	Б
46	НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, КАСАЮЩЕЕСЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА А. развивается чаще в возрасте до 30 лет Б. риск развития повышен при наличии HLA B8, B15, Dw3, Dw4 В. вирусы эпидемического паротита и Коксаки являются возможными этиологическими факторами Г. содержание инсулина в крови нормальное или повышенное	Г
47	ДЛЯ СИНДРОМА КЛАЙНФЕЛЬТЕРА НЕХАРАКТЕРНО А. высокорослость Б. нарушение развития яичек В. гинекомастия Г. отсутствие хроматиновых телец	Г
48	ДЛЯ СИНДРОМА ШЕРШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА НЕ ХАРАКТЕРНО А. низкорослость Б. высокорослость В. ранее половое созревание Г. кариотип 46ХУ	Г

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Ответьте на вопрос</i>		
49	ДЛЯ КАКОГО ТИПА САХАРНОГО ДИАБЕТА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ СЧИТАЮТСЯ ГЕНЫ ГЛАВНОГО КОМПЛЕКСА ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ?	Для сахарного диабета 1 типа
50	КАКОЙ ГЕНОТИП ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА ШЕРШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА?	45 ХО

Код контролируемой компетенции

ПК-6. Способен организовать контроль качества клинических лабораторных исследований на преаналитическом, аналитическом и постаналитическом этапах.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Выберите один правильный ответ</i>		
34	ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА СЕКРЕЦИЯ ТТГ МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ А. 1,5 мЕд/мл Б. 3,0 мЕд/мл В. 6 мЕд/мл Г. 0,03 мЕд/мл	Г
35	ОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ ПРОВОДИТСЯ А. после 3-х дневного голодания Б. после 8-10-ти часового голодания В. после завтрака Г. после 6-ти часового воздержания от приема пищи	Б
36	ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА УРОВЕНЬ С-ПЕПТИДА ОБЫЧНО А. повышен Б. понижен В. не изменен Г. нарушены циркадные суточные ритмы	Б
37	ДИАГНОЗ БЕРЕМЕННОЙ С ГЛЮКОЗОЙ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ НАТОЩАК 4,5 ММОЛЬ/Л А. гестационный сахарный диабет Б. сахарный диабет впервые выявленный В. нарушение толерантности к глюкозе Г. здорова	Д
38	ПРИ ПОДОЗОЕНИИ НА ЭНДОГЕННЫЙ ГИПЕРКОРИЦИЗМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПРОБУ: А. С сухоедением Б. С вазопрессином В. Малый дексаметазоновый тест Г. Тест с синаклетом	В
39	ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ АКТГ И НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА А. первичный гипокортицизм Б. вторичный гипокортицизм В. третичный гипокортицизм Г. синдром Кушинга	А
40	СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРИ КОТОРОМ ПРОВОДИТСЯ ОГТТ С 75 Г. ГЛЮКОЗЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГСД,	Б

	СООТВЕТСТВУЕТ А. 22-24 недели Б. 24-28 недель В. 26-28 недель Г. 28- 32 недели	
41	ВЕРХНИЙ ПОРОГ ГИПОГЛИКЕМИИ У БОЛЬНОГО СД СООТВЕТСТВУЕТ А. 5 ммоль/л Б. 4 ммоль/л В. 3,9 ммоль/л Г. 3,0 ммоль/л	В

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Ответьте на вопрос</i>		
42	СКОЛЬКО ММОЛЬ/Л СОСТАВЛЯЕТ ГЛИКЕМИЯ, РАВНАЯ 360 МГ%?	20 ммоль/л
43	ЧЕМУ РАВНА НИЖНЯЯ ГРАНИЦА НОРМАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ PH КРОВИ?	7,36
44	МЕТАБОЛИТОМ КАКОГО ГОРМОНА ЯВЛЯЕТСЯ ВАНИЛИЛ-МИНДАЛЬНАЯ (3-МЕТОКСИ-4-ОКСИМИНДАЛЬНАЯ) КИСЛОТА?	Адреналина

Код контролируемой компетенции

ПК-8. Способен оценить соответствие новых лабораторных технологий требованиям клинической лабораторной диагностики, разработанным на основе современных государственных и отраслевых стандартов и знаний основ метрологии.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Выберите один правильный ответ</i>		
45	ИНСУЛИТ ЯВЛЯЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ А. СД 2 типа Б. СД 1 типа В. гестационного СД Г. генетических форм СД (MODY и др.)	Б
46	НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, КАСАЮЩЕЕСЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА А. развивается чаще в возрасте до 30 лет Б. риск развития повышен при наличии HLA B8, B15, Dw3, Dw4 В. вирусы эпидемического паротита и Коксаки являются возможными этиологическими факторами Г. содержание инсулина в крови нормальное или	Г

	повышенное	
47	<p>ДЛЯ СИНДРОМА КЛАЙНФЕЛЬТЕРА НЕХАРАКТЕРНО</p> <p>А. высокорослость Б. нарушение развития яичек В. гинекомастия Г. отсутствие хроматиновых телец</p>	Г
48	<p>ДЛЯ СИНДРОМА ШЕРШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА НЕ ХАРАКТЕРНО</p> <p>А. низкорослость Б. высокорослость В. ранее половое созревание Г. кариотип 46ХУ</p>	Г

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Ответьте на вопрос</i>		
49	<p>ДЛЯ КАКОГО ТИПА САХАРНОГО ДИАБЕТА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ СЧИТАЮТСЯ ГЕНЫ ГЛАВНОГО КОМПЛЕКСА ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ?</p>	Для сахарного диабета 1 типа
50	<p>КАКОЙ ГЕНОТИП ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СИНДРОМА ШЕРШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА?</p>	45 ХО

Задачи

Код контролируемой компетенции

ОПК-2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния *in vivo* и *in vitro* при проведении биомедицинских исследований.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ОПК-2	<p>Больной К., 40 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на отеки на лице, по всему телу, слабость, прибавку в весе, снижение работоспособности, неприятные ощущения в области сердца. Направлен в кардиологическое отделение на обследование.</p> <p>ОБЪЕКТИВНО: Состояние</p>	<p>1. Жалобы на отеки по всему телу, данные объективного исследования (речь замедлена, кожа сухая с наличием трещин, одутловатое лицо, расширение границ сердца и наличие выпота в перикардите,</p>

	<p>относительно удовлетворительное. Рост – 176 см, вес – 90 кг. Сознание ясное. Речь замедленная, вязкая. Кожа сухая, на кистях глубокие трещины, отечность коленей. Мышцы рук, ног плотные, умеренно болезненные. Движения затруднены. Лицо одутловатое, бледное, с желтушным оттенком. Губы отечные, с синюшным оттенком. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Границы сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая - у правого края грудины, верхняя - в третьем межреберье. Пульс - 46 уд. в минуту, ритмичный. АД - 90/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, стул – склонность – к запорам.</p> <p>ОБСЛЕДОВАНИЕ. Общий анализ крови: Нв - 90 г/л, ЦП - 0,8; Л - $4,6 \times 10^9$/л, С- 60%, П- 2%, М – 4%, Л – 32%; СОЭ - 38 мм/ч. Биохимический анализ крови: белок - 60 г/л, мочевины - 5,5 ммоль/л, креатинин - 90 мкмоль/л, билирубин - 18 ммоль/л, холестерин - 6,7 ммоль/л, "С-реактивный белок" - отриц., фибриноген - 12 г/л, ТТГ - 15 мкМЕ/мл. Общий анализ мочи: уд. вес - 1015, цвет - с/ж, белок - отриц, слизь (+), Л - 2-3 в п/зр., Эр - 1 в п/зр. ЭКГ – ритм синусовый, ЭОС отклонена влево. Распространенные нарушения процессов реполяризации в миокарде левого желудочка (Т (-) в I, AVL, V3-V6). Эхокардиография – полости сердца не расширены, клапаны интактны. В полости перикарда определяется выпот в количестве 8 мл. УЗИ щитовидной железы – правая доля – 3 см³, левая – 4 см³. Эхогенность щитовидной железы неоднородная, с участками повышенной и пониженной эхогенности.</p> <p>1. Обоснуйте поставленный вами диагноз?</p> <p>2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования</p>	<p>брадикардия), дополнительных методов исследований (неоднородность ЭХО структуры щитовидной железы, анемия, данные ЭКГ, ЭХО КГ, повышенный уровень ТТГ) позволяют заподозрить синдром гипотиреоза.</p> <p>2. Гормональный профиль: ТТГ, св. Т₄, антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО), кортизол, глюкоза крови (для исключения полиэндокринного синдрома), липидный профиль, КФК МВ.</p> <p>3. Левотироксин 160 мкг внутрь 1 раз в день за 30-40 мин до завтрака.</p> <p>4. Увеличить дозу левотироксина в связи с отсутствием компенсации гипотиреоза и метаболических нарушений (гиперхолестеринемия)</p>
--	--	---

		<p>пациента</p> <p>3. Назначьте лечение, укажите дозы лекарственных препаратов.</p> <p>4. Через 3 мес. терапии у пациента содержание св. Т4 – 7 пмоль/л (9-23 пмоль/л), ТТГ - 9 мкМЕ/мл (0,5-4,5 мкМЕ/мл), холестерин 6,0 ммоль/л. Какова дальнейшая тактика лечения?</p>	
2.	ОПК-2	<p>Больная М., 18 лет, страдает сахарным диабетом с 3-х лет, получает базальный инсулин в сочетании с коротким - утром и вечером (Хумулин НПХ - 6 ЕД в 8.00 и 2.000, Хумулин Р - 6 ЕД в 8.00, 20.00). Обратилась к участковому эндокринологу с жалобами на плохой сон, головную боль, повышенную утомляемость, слабость.</p> <p>ОБЪЕКТИВНО: Состояние относительно удовлетворительное. Кожа сухая. Тургор снижен. В углах рта заеды. Диабетический рубец. Рост - 168 см, вес - 52 кг. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 100 ударов в минуту, ритмичный. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень плюс 2 см из-под края реберной дуги, умеренно болезненная. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул с наклоном к поносам. Ноги пастозны.</p> <p>ОБСЛЕДОВАНИЕ: Общий анализ крови: лейкоциты – $6,8 \times 10^9$/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$/л, Hb – 110 г/л, СОЭ - 32 мм/ч. Биохимический анализ крови: белок - 58 г/л, альбумин - 45%, глобулин - 55%, билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин - 110 мкмоль/л, мочевины - 8,5 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 120 ммоль/л. Гликемия натощак - 12,0 ммоль/л, в 10 ч. – 14 ммоль/л, в 12 ч. – 16 ммоль/л, в 15 ч. – 11 ммоль/л, Hb A1c – 12,3% Общий анализ мочи: удельный вес - 1028, белок – 0,066 г/л, лейкоциты - 7-8</p>	<p>1. Сахарный диабет 1 типа. Целевой гликогемоглобин до 7,0%. Диабетическая нефропатия в стадии протеинурии. ХБП С2 А2. Неалкогольная болезнь печени (Диабетический гепатоз).</p> <p>2. Данные анамнеза - страдает сахарным диабетом с 3-х лет, получает базальный инсулин в сочетании с коротким - утром и вечером (Хумулин НПХ - 6 ЕД в 8.00 ч и 20.00 ч, Хумулин Р - 6 ЕД в 8.00 ч, 20.00 ч); объективные данные - кожа сухая, тургор снижен, в углах рта заеды, диабетический рубец, печень +2 см из-под края реберной дуги, умеренно болезненная; лабораторные данные - декомпенсация сахарного диабета на основании повышения гликемии натощак, высокий показатель гликированного гемоглобина, диабетическая нефропатия и ХБП на основании в моче микроальбуминурии, снижение СКФ.</p> <p>3. Суточное мониторирование глюкозы (CGMS).</p>

		<p>в п/зр, эритроциты - 3-4в п/зр, гиалиновые цилиндры – 1 – 2 в п/зр, сахар - 4%, ацетон +, слизь ++, бактерии +. Суточная глюкозурия – 45 г, СКФ – 70 мл/мин.</p> <p>1. Поставьте развернутый клинический диагноз.</p> <p>2. Обоснуйте диагноз.</p> <p>3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?</p> <p>4. Измените, если необходимо, схему инсулинотерапии.</p> <p>5. Через 2 месяца после регулярной терапии вариабельность гликемии- 4 ммоль/л, гликемия</p> <p>натощак - 6,5 ммоль/л, в 23.00 ч - 7,5 ммоль/л, гликированный гемоглобин - 10%. Оцените адекватность лечебно-профилактических мероприятий.</p>	<p>Анализ мочи по Нечипоренко, АЛТ, АСТ, УЗИ ОБП. 4.Дозу НПХ увеличить до 10 ед в 8.00 и 22.00 ч, перевести на ультракороткий инсулин по ХЕ. 5.Лечебно-профилактические мероприятия адекватны, о чем свидетельствует снижение гликемии натощак и в вечернее время, а также снижение гликированного гемоглобина.</p>
3.	ОПК-2	<p>Больной К., 28 лет поступил в реанимационное отделение в состоянии прекомы с диагнозом сахарный диабет впервые выявленный. ОБЪЕКТИВНО: состояние тяжелое. Сознание-сопор. Кожа сухая, дегидратированная. Рост -180 см. вес - 60 кг. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс -100 ударов в минуту, Живот умеренно вздут, напряжен, болезненный при пальпации. Мочеиспускание по катетеру, диурез за 3 часа 50 мл. ОБСЛЕДОВАНИЕ: Общий анализ крови: Эр - $5,5 \times 10^{12}$ /л; Нв - 145 г/л, Л - $7,6 \times 10^9$ /л; формула крови: палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 20%, моноциты – 8%, базофилы – 3%. Общий анализ мочи: удельный вес - 1030, белок – 0,033 %, эритроциты – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 3 -5 в поле зрения, бактерии (+), глюкоза - 25 ммоль/л, ацетон (+++). Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин –</p>	<p>1. Сахарный диабет впервые выявленный. Диабетическая кетоацидотическая прекома. 2. На основании клинической симптоматики: кожа сухая, дегидратированная, данных лабораторного обследования: глюкоза - 25 ммоль/л, наличие кетоацидоза (ацетон +++ , рН 7,2). 3. ЭКГ, определение часового диуреза, определение скорости клубочковой фильтрации, динамика содержания калия и натрия крови, подсчет осмолярности крови. 4. Инсулинотерапия болюсно 0,15 ед/кг массы тела в первый час</p>

		<p>120 мкмоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 150 мкмоль/л, рН 7,2.</p> <p>1. Сформулируйте предварительный диагноз.</p> <p>2. Обоснуйте поставленный вами диагноз?</p> <p>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p> <p>4. Назначьте сахароснижающий препарат для выведения из комы, обоснуйте схему введения, дозы.</p> <p>5. Через час после проведенного лечения натрий -160 ммоль/л, глюкоза крови – 19 ммоль/л, калий- 4 ммоль/л, рН 7,3. Оцените данные лабораторного исследования. Обоснуйте и определите дальнейшую тактику.</p>	<p>лечения и далее 0,1 ед/кг. 5. У больного чрезмерно снизился уровень гликемии больше 4 ммоль/л. Кроме того, на фоне лечения снизился уровень калия, возможно, его доза была недостаточна. При поступлении целесообразно было вводить гипотонический раствора хлорида натрия, 4% калий хлорид 0,8 г/час, во введении бикарбонатов нет необходимости; в дальнейшем инсулинотерапию пропускаем, изотонический раствор 10 мл/кг/час, 4% калий хлорид 1,2 г/час.</p>
4	ОПК-2	<p>Больная М., 54 лет обратилась к врачу с жалобами на резкую слабость, похудание, потемнение кожных покровов, головную боль, на повышение артериального давления, боли в позвоночнике, запоры, чередующиеся с поносами, усиление роста волос на бедрах, лице, боли внизу живота. Больной себя считает около полугода, когда обратила внимание на изменение фигуры и рост волос на лице, связывала это с климаксом. Менопауза - 2 года. ОБЪЕКТИВНО: рост - 165 см, вес – 54 кг, ИМТ=19,83 кг/м2. Состояние относительно удовлетворительное. Кожа смуглая, с участками гиперпигментации в местах трения одежды. Лицо одутловатое. Мышцы дряблые. Тургор кожи снижен. Ноги худые. Верхняя половина туловища с повышенным отложением жира в области 7 шейного позвонка. В легких</p>	<p>1.Эндогенный гиперкортицизм. АКТГ зависимый эктопированный синдром Иценко-Кушинга. Опухоль селезеночного угла поперечно-ободочной кишки. Стероидный сахарный диабет. 2. Диагноз Синдром Иценко-Кушинга поставлен на основании жалоб на рост волос на бедрах, перераспределение подкожно-жировой клетчатки по андроидному типу.</p> <p>Объективных данных: потемнение кожи,</p>

		<p>везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, тахикардия, пульс - 104 уд/мин. АД - 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника. Стул - наклонность к запорам. Мочеиспускание не нарушено.</p> <p>ОБСЛЕДОВАНИЕ. Общий анализ крови: Эр - 5,0x10¹²/л; Нв - 150 г/л, Л - 8,6x10⁹/л; формула крови: палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 68%, лимфоциты - 20%, моноциты - 8%, базофилы - 3%. Биохимический анализ крови: белок - 62 г/л, билирубин - 18 мкмоль/л, мочевины - 9 ммоль/л, креатинин - 140 мкмоль/л, глюкоза крови - 7,8 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 150 ммоль/л. Рентгенография органов грудной клетки - без патологии. Ректороманоскопия - умеренные явления проктосигмоидита. Консультация гинеколога - без патологии. На УЗИ органов брюшной полости обнаружено гиперэхогенное образование в селезеночном углу поперечно-ободочной кишки, увеличение надпочечников.</p> <p>1. Поставьте развернутый клинический диагноз.</p> <p>2. Обоснуйте диагноз.</p> <p>3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?</p>	<p>лунообразное лицо, повышение АД.</p> <p>Дополнительных исследованиях: эритроцитоз, гипергликемия, гипокалиемия являются результатом гиперкортицизма, наличие увеличения обоих надпочечников подтверждает АКТГ зависимый синдром Иценко-Кушинга, опухоль селезеночного угла поперечно-ободочной кишки может свидетельствовать о нейроэндокринном характере опухоли. 3. Определить суточные циркадные ритмы кортизола в крови, моче, слюне; провести диагностическую малую и большую пробы с дексаметазоном. Для исследования АКТГ-зависимого синдрома центрального генеза провести МРТ головного мозга (гипофиза) с контрастированием.</p>
5	ОПК-2	<p>У больной 49 лет после переохлаждения повысилась температура тела до 39,0С и держалась в течение 5 дней. Появились боль в горле, потливость, сердцебиение. Боль в горле при глотании, отдающая в челюсть, загрудинную область. Больная принимала антибактериальные препараты в течение 5 дней без эффекта. ОБЪЕКТИВНО: состояние средней тяжести. Температура тела 38,80С. Кожа физиологической</p>	<p>1. Подострый тиреоидит, острая фаза.</p>

	<p>окраски, влажная. Тремор вытянутых рук. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца усилены, пульс – 110 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. При осмотре области шеи при пальпации отмечается резкая болезненность щитовидной железы. Щитовидная железа увеличена в размерах, неравномерной плотности, ограничено подвижная. ОБСЛЕДОВАНИЕ. Общий анализ крови: СОЭ - 45 мм/ч; лейкоциты - 9×10^9/л; формула крови: палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 52%, эозинофилы – 2%, моноциты – 4%, лимфоциты - 40%. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумин – 50%, глобулин - 50%, св. Т4 – 25 пмоль/л (норма 10 - 23 пмоль/л), ТТГ – 0,5 мкМЕ/мл (норма 0,5 - 4,5 мкМЕ/мл).</p> <p>1. Поставьте развернутый клинический диагноз.</p>	
--	---	--

Код контролируемой компетенции

ОПК-3. Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ОПК-3	<p>Больная П., 27 лет поступила в хирургическое отделение районной больницы с диагнозом «острый живот». В течение суток беспокоили острые боли в эпигастральной области, многократная рвота с примесью крови. Больной себя считает в течение 2 недель, когда после перенесенного гриппа постепенно усиливалась</p>	<p>1. Острая надпочечниковая недостаточность (первичная). Синдром «ложного острого живота».</p> <p>2. Анализ жалоб (резкое похудание, потемнение</p>

	<p>слабость, снизился аппетит, появилась тошнота, иногда рвота съеденной пищей, похудела. К врачам не обращалась из-за отсутствия времени (находится в декретном отпуске по уходу за ребенком). Из перенесённых заболеваний отмечает простудные.</p> <p>ОБЪЕКТИВНО: Состояние тяжелое. В сознании. Пониженного питания. Кожа – сухая, цвета интенсивного загара, с участками витилиго. Над легкими – везикулярное дыхание, над верхушкой укорочение легочного звука, крепитирующие хрипы. Тоны сердца усилены, тахикардия. Пульс – 110 уд/мин, слабого наполнения, напряжения. АД - 90/60 мм.рт.ст. Живот напряжен, болезнен в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. ОБСЛЕДОВАНИЕ. Общий анализ крови: лейкоциты - $7,3 \times 10^9$ /л, эритроциты $-4,5 \times 10^{12}$ /л, Hb – 120 г/л, СОЭ - 38 мм/ч, п – 4%, с – 46%, л – 40%, м – 4%, э – 6%. Биохимический анализ крови: общий белок - 64 г/л, билирубин 18 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л, мочевины – 10,5 ммоль/л, С-реактивный белок – слабо положительный, калий сыворотки –6,0 ммоль/л, натрий – 110 ммоль/л, глюкоза крови - 3,2 ммоль/л. Рентгенография органов грудной клетки – на фоне усиленного легочного рисунка в области верхней доли правого легкого определяется инфильтративные уплотнение с полостью распада в 1 межреберье. Синусы свободные. Купола диафрагмы четкие. Корни тяжистые. Размеры сердца не изменены. Учитывая клинику "острого живота", лейкоцитоз, отсутствие язвенной болезни желудка по данным ФГДС, был установлен предварительный диагноз - острый</p>	<p>кожных покров, анорексия), анамнеза (заболела после родов), клинической симптоматики (синдром острого живота, выраженная гипотония), лабораторных исследований (повышение калия, снижение натрия, повышение креатинина и мочевины в крови), можно предположить наличие синдрома гипокортицизма.</p> <p>3.Содержание кортизола крови, мочи, слюны.</p> <p>4.Регидратационная терапия изотоническим раствором хлорида натрия, 5-10% раствором глюкозы, введение в/в струйно глюкокортикоидов (150 мг гидрокортизона сукцинат), затем 50-75 мг каждые 4 часа (преднизолон 30-60 мг), в общей суточной дозе 400-600 мг (180 – 360 мг преднизолона), аскорбиновой кислоты 5% 6-8 мл, при необходимости ДОКСА 0,5% -1,0 мл 2-3 раза в сутки. При низком АД – 1-2 мл 1% раствор мезатона или 2-3 мл 0,1 % раствор адреналина в/в капельно.</p> <p>5. Тактика введения пациента адекватная.</p>
--	--	--

		<p>аппендицит. Больная прооперирована, однако убедительных данных за острый аппендицит не получено. После операции состояние больной резко ухудшилось. Сознание - сопор, черты лица заострились. Обезвожена. Выраженная тахикардия, пульс - 120 ударов в минуту. АД - 75/40 мм.рт.ст. Судорожные подергивания конечностей. Руки, ноги холодные.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Обоснуйте поставленный вами диагноз? 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента 4. Назначьте неотложные лечебные мероприятия. Обоснуйте схему введения, дозы. 5. Проведенные лечебные мероприятия оказались эффективными больная в сознании, назначена поддерживающая доза глюкокортикоидами - кортеф 50 мг утром, 50 мг в обед, 12,5 мг вечером. Оцените тактику лечебных мероприятий. 	
2.	ОПК-3	<p>Больной 20 лет, страдает сахарным диабетом 8 лет, получает инсулин средней продолжительности действия 40 ед. в 7 часов утра и 30 ед в 18 часов. Поступил с жалобами на жажду, боли в ногах, отечность ног. ОБЪЕКТИВНО: Рост - 162 см, масса тела - 80 кг. Кожа бледная, отеки ног, заеды в углах рта, на лице "рубеоз". В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца умеренно приглушены, АД 150/100 мм рт ст., ЧСС - 100 уд/мин. Язык сухой. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сахарный диабет 1 типа. Целевой гликогемоглобин HbA1c до 7,0%. Осл.: Диабетическая нефропатия 2 стад. ХБП С2, А2. Неалкогольная жировая болезнь печени. 2. На основании анамнеза заболевания: сахарный диабет 8 лет, получает инсулинотерапию; объективных данных:

	<p>Мочеиспускание свободное, частое, безболезненное. ОБСЛЕДОВАНИЕ: общий анализ крови: лейкоциты - $7,0 \times 10^9$/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}$/л, СОЭ - 24 мм/ч. Биохимический анализ крови: белок - 54 г/л, альбумин - 50%, глобулин - 50%, креатинин - 80 мкмоль/л, мочевины - 7,0 ммоль/л. Гликемия натощак - 12,0 ммоль/л, Hb A1c - 11%. Общий анализ мочи - уд. вес - 1027, цвет - с/ж, белок - 0,1650 г/л, Л - 8-9 в п/зр., Эр - 3-4 в п/зр, сахар - 3%, гиалиновые цилиндры - 3-4 в п/зр, бактерии (+), ацетон - отрицательный, СКФ - 60 мл/мин.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте развернутый клинический диагноз. 2. Обоснуйте диагноз. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? 4. Какую схему инсулинотерапии вы порекомендовали. Обоснуйте свой выбор. 5. Больному через 2 месяца при регулярной инсулинотерапии в интенсифицированном режиме получал инсулин НПХ 15 ЕД 8.00 и 15 ЕД в 22.00, инсулин Хумалог по ХЕ. был поставлен прибор суточного мониторирования глюкозы. Вариабельность гликемии составила 6 ммоль/л, гликированный гемоглобин - 9%, АД снизилось до 140/80 мм рт ст., белок в суточной моче 80 мг. Оцените эффективность проводимой терапии. 	<p>увеличение печени, артериальной гипертензии, отечного синдрома, лабораторных данных: фаза декомпенсации - высокая гликемия, высокий показатель гликированного гемоглобина; клинических данных: кожа бледная, отеки ног, заеды в углах рта, на лице "рубцеоз", диагноз диабетическая нефропатия обосновывается наличием объективных данных: отеки ног, пограничный уровень СКФ, наличие МАУ.</p> <p>3. Наличие периферической автономной полинейропатии, ALT, AST, консультация окулиста для исключения наличия диабетической ретинопатии.</p> <p>4. Декомпенсация углеводного обмена связана с неадекватной схемой инсулинотерапии. Схема инсулинотерапии относится к традиционной и не полностью имитирует физиологическую секрецию инсулина. Поэтому необходимо выбрать интенсифицированную</p>
--	---	--

			<p>схему инсулинотерапии в суточной дозе 0,5 ЕД/кг массы тела (80 кг x 0,5 ЕД/кг=40 МЕ), разделив ее в дальнейшем на инсулин НПХ (20 МЕ) и инсулин короткого или ультракороткого действия (20 МЕ). 5. Схема инсулинотерапии адекватная, что обосновывается снижением гликированного гемоглобина, однако, вариабельность гликемии более чем 3,5 ммоль/л и сохраняется риск сердечно-сосудистых осложнений и прогрессирование микроангиопатий. Индивидуальной целевой уровень гликированного гемоглобина – 7,0%. Достигнута положительная динамика в снижения МАУ, достигнут целевой уровень АД. Больному следует продолжить антигипертензивную и сахароснижающую терапию</p>
3.	ОПК-3	<p>Больная М., 60 лет, жалуется на одышку, сердцебиение, периодические боли в области сердца в покое, усиливающиеся при физической нагрузке, повышенную утомляемость, плохую переносимость тепла, дрожание рук, потерю в весе. Лечилась в течение 4-х лет по поводу стенокардии нитратами. В последнее</p>	<p>1.Токсическая аденома правой доли щитовидной железы 2 ст. Тиреотоксическая миокардиодистрофия. Недостаточность кровообращения IIА ст. 2. Анализ данных анамнеза – лечилась по</p>

	<p>время состояние ухудшилось.</p> <p>ОБЪЕКТИВНО: Рост - 168 см, масса тела - 53 кг (похудела за полгода на 10 кг). Состояние относительно удовлетворительное. Многословна. Блеск глаз. Кожа влажная, теплая. Умеренная пастозность голеней. Положительный симптом Крауса. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца различной звучности. Мерцательная аритмия. Пульс - 128 ударов в 1 минуту, ЧСС - 134 в 1 минуту. АД - 160/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени выходит из-под реберной дуги на 3 см. Щитовидная железа увеличена за счет правой доли, пальпируется плотный узел, безболезненный, подвижный, размером 4х3 см. Крупноразмашистый тремор рук.</p> <p>ОБСЛЕДОВАНИЕ. Сцинтиграфия щитовидной железы с технецием Tc 99 левая доля 0,5 %, правая доля 10%. Поглощение радиоактивного йода через 2 часа – 25%, через 4 часа – 40%, через 24 часа – 72%, через 48 часов – 65%.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Определите и обоснуйте тактику лечения пациента. 5. У больной св. Т4 - 7 (10-25) пмоль/л, ТТГ- 8(0,3-4,0) мкМЕ/мл через месяц после операции. Оцените эффективность лечебно-профилактических мероприятий. 	<p>поводу ИБС в течение 4 лет без эффекта, данных объективного обследования: имеются симптомы гиперметаболизма, похудание, пальпаторно обнаруживается плотный узел, безболезненный, подвижный, размером 4х3 см в правой доле щитовидной железы; положительные глазные симптомы; увеличение печени; мерцательная аритмия; данных инструментальных исследований: сцинтиграфия щитовидной железы с технецием Tc99 левая доля 0,5 %, правая доля 10%; поглощение радиоактивного йода через 2 часа – 25%, через 4 часа – 40%, через 24 часа – 72%, через 48 часов – 65% позволяют заподозрить токсический узловой зоб.</p> <p>3. Необходимо провести пункцию узла щитовидной железы с целью установления морфологического и нозологического диагноза. Тиреоидный профиль: св. Т4, ТТГ. 4. Учитывая наличия синдрома тиреотоксикоза, больной показана консервативная терапия тиреостатиками, в связи с трудностью верификации диагноза</p>
--	---	--

			<p>между фолликулярной аденомой и фолликулярной карциномой, методом выбора является правосторонняя гемиструмэктомия с гистологическим исследованием. При подтверждении фолликулярной карциномы следует тотальная струмэктомия с последующей консультацией онколога и лечения у онколога. 5. У больной после операции развился гипотиреоз, поэтому необходимо назначить заместительную терапию левотироксином из расчета 1,6 мкг/кг под контролем ТТГ.</p>
4.	ОПК-3	<p>Пациент Г., 50 лет, лечится по поводу сахарного диабета 2 типа в течение 4 лет. Гликемию контролирует препаратом Соликва-солостар в суточной дозе 36 ед. утром под кожу. Лечение переносит хорошо - побочных явлений не отмечает. Коморбидных заболеваний нет. Жалуется на сухой кашель, слабость, повышение температуры тела до 37.6 0С, боль в горле, гипоосмию, конъюнктивит, в течение 3 дней. От SARS-CoV2 привит, был в контакте с лицами, заболевшими COVID-19, 7 дней назад.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 162см, вес - 63 кг. Зев умеренно гиперемирован, налёты на миндалинах отсутствуют. Над легкими везикулярное дыхание, частота дыхательных движений - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм синусовый, пульс 82 в минуту,</p>	<p>1.Основное заболевание: Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован (U07.1), легкое течение. Фоновое заболевание: Сахарный диабет 2 типа на инсулине). Необходимо дифференцировать COVID-19 с респираторными вирусными инфекциями, вызываемыми риновирусами, аденовирусами, РС-вирусом. 2. Анализ жалоб, анамнеза, объективного состояния свидетельствует о возможном заражении</p>

		<p>ритмичный, АД-130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Пульсоксиметрия - 97%. Срочно направлен в лабораторию на обследование.</p> <p>Обследование: тест ПЦР на идентификацию вируса SARS-CoV2 (+);общий анализ крови - эритроциты 4,7*10¹²/л, Нв - 140г/л, лейкоциты - 5,8*10⁹/л, моноциты – 4%, эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, лимфоциты – 28%, сегментоядерные лейкоциты – 56%, тромбоциты - 254 x10⁹/л. Общий анализ мочи - уд.вес 1017, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 0-1 в п/зр, альбумин 20 мг/г, ацетон в моче (-). Биохимический анализ крови: общий белок 73,4 г/л, мочевины – 2,2 ммоль/л (референсные значения 2,8-7,2), креатинин – 70,6 мкмоль/л, СКФ 104,2 мл/мин/1,73 м кв.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Определите и обоснуйте тактику лечения пациента. 	<p>SARS-COV-2. ПЦР тест подтвердил COVID-19. На момент осмотра и обследования у пациента температура тела повышена до субфебрильных цифр, пульсоксиметрия в пределах нормальных показателей, гемодинамика стабильная. 3. Дневной гликемический профиль, ацетон мочи, рН крови, лактат, коагулограмму, электролиты крови (калий, натрий). 4. Продолжить текущую сахароснижающую терапию, под контролем гликемии. При гипергликемии выше 13,0-15,0 ммоль/л показано перевести пациента только на инсулин по интенсифицированной схеме. ИФН-а обладает местным иммуномодулирующим, противовоспалительным противовирусным действием. Фавипиравир 1800 мг 2 раза/сут в 1-й день, далее по 800 мг 2 раза/сут со 2 по 10 день, парацетамол при повышении температуры более 38. Ривароксабан 10 мг 1 р/сут вплоть до 30 дней или Аписабан 2,5 мг 2 р/сут вплоть до 30 дней.</p>
5	ОПК-3	<p>Пациент К. 56 лет состоит на диспансерном учете с диагнозом</p>	<p>1. Основное заболевание:</p>

	<p>сахарный диабет 2 типа 8 лет. Гликемию контролирует приемом метформина 2000 мг, гликлазида МВ 120 мг, эмпаглифлозина 25 мг в сутки.</p> <p>Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь в течение 8 лет (артериальное давление в пределах 150/90 мм рт. ст. на фоне приема ингибиторов АПФ и блокаторов кальциевых каналов). Вызвал участкового терапевта на дом в связи с повышением температуры тела до 38,8 0С. Жалуется на сухой кашель, жидкий стул, резкую слабость, одышку при физической нагрузке. ОБЪЕКТИВНО: При осмотре состояние относительно удовлетворительно; сознание ясное. Температура тела 38 0С. Кожа чистая, горячая. Рост-172 см, вес 85 кг. Над легкими везикулярное дыхание, частота дыхательных движений - 25 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм синусовый, пульс-92 в минуту, ритмичный, АД-140/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. ОБСЛЕДОВАНИЕ: общий анализ крови – эритроциты 4,4*10¹²/л, Нв-130 г/л, лейкоциты-6,8*10⁹/л, моноциты-4%, эозинофилы-4%, палочкоядерные нейтрофилы-8%, лимфоциты-28%, сегментоядерные нейтрофилы-56%, тромбоциты 354x10⁹/л. Общий анализ мочи: уд.вес 1017, лейкоциты 8-10 в п/зр, эритроциты 0-1 в п/зр, альбумин 200 мг/г. Биохимический анализ крови: общий белок 73,4 г/л, мочевины – 2,2 ммоль/л (референсные значения 2,8-7,2), креатинин 75,6 мкмоль/л, СКФ 97,1 мл/мин, щелочная фосфатаза – 90,7 Ед/л (референсные значения 30,0-120,0), калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л (референсные значения 135-150), кальций ионизированный – 1,22 ммоль/л (референсные значения 0,87-1,20), кальций – 2,50 ммоль/л (референсные значения 2,20-2,65), фосфор неорганический – 1,53 ммоль/л</p>	<p>Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован (U07.1), среднетяжелое течение. Фоновое заболевание: Сахарный диабет 2 типа, субкомпенсация. Сопутствующее заболевание: Гипертоническая болезнь 2 степень, 2 стадия, риск 4. Осложнения: ДН. ХБП С1, А2.</p> <p>2. Необходимо отменить метформин, эмпаглифлозин из-за риска дегидратации, кетоацидоза и острого повреждения почек, возможно оставить и продолжить гликлазид мв как безопасный секретог. При гликемии натощак выше 13 ммоль/л нужно оценить уровень кетонов в моче, начать терапию базальным инсулином из расчета 0,1-0,2ед/кг/сутки (например инсулин-изофан человеческий генно-инженерный инсулин или аналог инсулина длительного действия)</p>
--	---	---

		<p>(референсные значения 0,81-1,45), С-реактивный белок-15 нг/л, дневной гликемический профиль: 8ч - 6,8 ммоль/л, 14ч - 14ммоль/л, 18ч - 12,5 ммоль/л, 21ч - 13ммоль/л; HbA1c-7,2%; ОХ - 6,4 ммоль/л, ХЛПНП - 2,50ммоль/л, ХЛПВП - 1,0 ммоль/л; ЭКГ - ритм синусовый, 85 в минуту, гипертрофия левого желудочка. Учитывая эпидемию COVID-19, проведено определение насыщение крови кислородом (SpO2)-90%, лактат - 3,5 ммоль/л, взяты мазок из зева и носа на идентификацию вируса SARS-CoV2 методом ПЦР и анализы крови на ферритин – 230 мкг/л (до120мкг/л), Д-димеры – 290 нг/мл (референсные значения до 243 нг/мл), фибриноген - 3,8 г/л (2-4 г/л). Тест ПЦР - (+). Пациенту предложена госпитализация, от которой он отказался.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Скорректируйте сахароснижающую терапию. 	
6	ОПК-3	<p>Больная В., 32 лет, предъявляет жалобы на слабость, усиливающуюся к вечеру, снижение работоспособности, плохой аппетит, тошноту, периодически - жидкий стул, похудание, головокружение при перемене положения тела и натошак, периодические кратковременные обморочные состояния по утрам. Больной себя считает в течение последних 2-х лет. Ухудшение - через 4 месяца после родов. Обнаружена язвенная болезнь 12-перстной кишки, по поводу которой лечилась амбулаторно и стационарно с положительным эффектом. Через год у больной появились вышеуказанные жалобы, которые были расценены как обострение язвенной болезни. На контрольной ФГС - язвенный дефект зарубцевался, наблюдаются явления умеренного гастрита, гастродуоденита. Несмотря на лечение и динамическое наблюдение у гастроэнтеролога,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Первичная надпочечниковая недостаточность. 2. Регидратационная терапия изотоническим раствором хлорида натрия, 5-10% раствором глюкозы, введение в/в струйно глюкокортикоидов (150 мг гидрокортизона сукцинат), затем 50-75 мг каждые 4 часа (преднизолон 30-60 мг), в общей суточной дозе 400-600мг (180 –360мг преднизолона), аскорбиновой кислоты 5% 6-8 мл, при необходимости ДОКСА 0,5% -1,0 мл 2-3 раза в сутки. При низком АД – 1-2 мл 1% раствор

		<p>самочувствие больной не улучшилось, плохо ела, худела. Неоднократно консультирована психотерапевтом, лечилась по поводу астено-депрессивного синдрома без эффекта. Рекомендован отдых в Крыму. После приезда из Крыма появилась резкая слабость. В течение недели не встает с постели.</p> <p>ОБЪЕКТИВНО: состояние тяжелое. Кожа физиологической влажности, цвета загара с участками гиперпигментации в области сосков, шеи, лица, на теле - участки витилиго. При попытке посадить в подушки теряет сознание. Щитовидная железа не увеличена. Глазные симптомы отрицательные. Тоны сердца приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, АД - 70/40 мм рт. ст. Многократная рвота. Живот болезнен в эпигастральной области.</p> <p>ОБСЛЕДОВАНИЕ. Общий анализ крови: лейкоциты - 3,7x10⁹/л, эритроциты - 3,8x10¹²/л, Hb - 109 г/л, СОЭ - 28 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, билирубин 15 мкмоль/л, мочевины - 8,5 ммоль/л, калий сыворотки - 5,8 ммоль/л, натрий - 110 ммоль/л, глюкоза крови - 3,2 ммоль/л.</p> <p>1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте терапию.</p>	<p>мезатона или 2-3 мл 0,1 % раствор адреналина в/в капельно</p>
7	ОПК-3	<p>Пациент Ж., 65 лет, лечится по поводу сахарного диабета 2 типа 3 года. Гликемию контролирует приемом метформина 1500 мг в сутки. Гликемия натощак - 5,0 ммоль/л, HbA1c - 6,5%. Год назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. На приеме у терапевта жалуется на повышение температуры тела до 37,6 0С, сухой кашель, боль в горле, в течение 2 дней. От SARS-CoV2 не привит, был в контакте 2 дня назад.</p> <p>ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное. Рост - 168см, вес -</p>	<p>1. Основное заболевание: Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован (U07.1), легкое течение. Фоновое заболевание: Сахарный диабет 2 типа, компенсация. Сопутствующее заболевание: ИБС, ПИКС. Осложнения: ДН. ХБП С2, А1.</p>

	<p>72 кг. Зев умеренно гиперемирован, налёты на миндалинах отсутствуют. Над легкими везикулярное дыхание, частота дыхательных движений - 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм синусовый, пульс - 92 в минуту, ритмичный, АД - 140/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Пульсоксиметрия - 97%. Срочно направлен в лабораторию на обследование.</p> <p>ОБСЛЕДОВАНИЕ: тест ПЦР на идентификацию вируса SARS-CoV2 (+); общий анализ крови – эритроциты 4,7*10¹²/л, Нв - 140 г/л, лейкоциты - 5,8*10⁹/л, моноциты – 4%, эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, лимфоциты – 28%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, тромбоциты - 254 x10⁹/л. Общий анализ мочи: уд. вес - 1017, лейкоциты - 2-3в п/зр, эритроциты 0-1 в п/зр, альбумин 20мг/г, ацетон в моче (-). Биохимический анализ крови: общий белок - 73,4 г/л, мочевины – 2,2 ммоль/л (референсные значения 2,8-7,2), креатинин – 110,6 мкмоль/л, СКФ 74мл/мин, щелочная фосфатаза – 90,7 Ед/л (референсные значения 30,0-120,0), калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 142 ммоль/л (референсные значения 135-150), кальций ионизированный – 1,22 ммоль/л (референсные значения 0,87-1,20), кальций – 2,50 ммоль/л (референсные значения 2,20-2,65), фосфор неорганический – 1,53 ммоль/л (референсные значения 0,81-1,45), С-реактивный белок-7 мг/л, дневной гликемический профиль: 8ч - 6,0 ммоль/л, 14ч - 8,2 ммоль/л, 18ч - 7,8ммоль/л, 21ч - 5,7 ммоль/л; НвА1с 6,0%; ОХ - 5,4ммоль/л, ХЛПНП - 2,0 ммоль/л, ХЛПВП - 1,0ммоль/л, лактат - 2,0 ммоль/л, ферритин - 80мкг/л (референсные значения до120 мкг/л), Д-димеры - 150нг/мл (референсные значения до 243 нг/мл), фибриноген - 3,0 г/л (референсные</p>	<p>2. Необходимо продолжить текущую сахароснижающую терапию, под контролем гликемии. При повышении гликемии необходимо метформин отменить и назначить препараты сульфонилмочевины (гликлазид) или ДПП-4 с учетом профиля безопасности и коррекции дозы. При гипергликемии выше 13,0-15,0 ммоль/л показано добавление к лечению инсулина изофан-человеческий генноинженерный или аналога инсулина длительного действия</p>
--	--	---

		<p>значения 2-4). ЭКГ - ритм синусовый, 85 в минуту, гипертрофия левого желудочка.</p> <p>1. Поставьте диагноз. 2. Скорректируйте сахароснижающую терапию.</p>	
8	ОПК-3	<p>Пациент К., 65 лет, вызвал участкового врача на дом в связи с повышением температуры тела до 38,70С, резкой слабости, першения в горле, боли во всём теле. Анализ болезни: болен в течение 2 дней, принимал жаропонижающие, однако температура снижалась на 2 часа и вновь повышалась. Вызов врача связан с затруднением дыхания (не мог вдохнуть полной грудью). Анамнез жизни: работал инженером на заводе, пенсионер, курит. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа в течение 12 лет; принимает гликлазид МВ 60 мг, эмпаглифозин 25 мг, метформин 2000 мг. ИБС, стенокардия ФК2, НК1; артериальная гипертензия в течение 10 лет, принимает амлодипин 10 мг в сутки, бисопролол 5 мг, телмисартан 40 мг.</p> <p>Эпиданамнез: проживает с семьёй сына (сыну 39 лет), младший внук 8 лет ходит в школу, где зафиксирована вспышка ОРВИ и объявлен карантин на 7 дней. Сын приехал из командировки (город Москва), сын и внук переболели ОРВИ неделю назад, заболевание протекало с температурой 37,7⁰С.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Положение вынужденное, лежит. Вес 110 кг, рост 185 см, ИМТ 32,4 кг/м². Кожа бледная. Видимые слизистые бледно-розовые. Зев не гиперемирован. Миндалины не увеличены, налёта нет. Лимфоузлы не увеличены. Выделений из носа нет. Щитовидная железа не увеличена. Органы дыхания: над лёгкими притупление лёгочного звука,</p>	<p>1. Новая коронавирусная инфекция-COVID-19. Среднетяжёлая внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония. Дыхательная недостаточность 1 степени. Сопутствующий: Сахарный диабет 2 типа с множественными осложнениями. Целевой уровень HbA1c менее 8%. Диабетическая макроангиопатия. ИБС, стенокардия ФК2, НК1; Артериальная гипертензия, степень 2, риск 4. Ожирение 1ст.</p> <p>2. Учитывая тяжёлое течение вирусной инфекции(COVID-19), декомпенсацию сахарного диабета больному следует отменить пероральные сахароснижающие препараты и перейти на инсулинотерапию, короткодействующими аналогами в 5-ти кратном режиме с контролем гликемии каждые 2 часа.</p>

	<p>ослабленное дыхание по всем полям, ЧДД 24 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над лёгочной артерией. Пульс 108 в 1 минуту, ритмичный. Артериальное давление САД - 168 мм рт. ст., ДАД - 102мм рт. ст. Органы пищеварения: язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет, печень выступает из под края рёберной дуги на 2 см, край мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул был вчера, оформленный. Мочеиспускание безболезненное, мочился 2 часа назад.</p> <p>Обследование. Общий анализ крови: лейкоциты $4,2 \cdot 10^9$/л, лейкоформула: гранулоциты - 66,3%, моноциты - 6,3%, лимфоциты - 27,4%, эритроциты - $4,5 \cdot 10^{12}$/л, Нб - 118г/л, тромбоциты - $150 \cdot 10^9$/л.</p> <p>Общий анализ мочи: уд. вес мочи - 1027, рН - 5,6, белок - 30мг/дл, глюкоза в моче -(+++), лейкоциты - 12 в п/зр., ацетон - 15мг/дл, нитриты - (++) , эритроциты 1-2 в п/зр.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, мочеви́на - 4,2 ммоль/л, креатинин - 73 мкмоль/л, глюкоза сыворотки крови - 11,5 ммоль/л, АЛТ - 16 Ед/л, АСТ - 34 Ед/л, моче́вая кислота - 350 мкмоль/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л (норма 30,0-120,0 Ед/л), С-реактивный белок - (++++), фибриноген - 3,2 г/л, СКФ - 93 мл/мин/1,73 м², лактат - 2,8 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, рН - 7,3, рО₂ 58 мм рт. ст. (норма 83-108 мм рт.ст.), рСО₂ - 48 мм рт. ст. (норма 35-48 мм рт. ст.), НСО₃ - 29 ммоль/л (норма 21-28 ммоль/л) НбА1с-9,1%, ПТИ-95, РФМК-13,0, МНО-1,0, пульсоксиметрия-90%.</p> <p>Взят мазок из зева и носа на наличие</p>	
--	--	--

		<p>PHK SARS-COV-2.</p> <p>Компьютерная томография органов грудной клетки: на серии компьютерных томограмм ОГК в обоих лёгких, по всем лёгочным полям определяется субтотальное снижение пневматизации по типу ”матового стекла” местами сливного характера, без чётких контуров. Плевра изменена за счёт уплотнения висцеральной плевры. Признаков скопления жидкости в плевральных полостях не отмечается. Стенки бронхов уплотнены, деформированы, плотность паренхимы в пределах от -500 до -850 НУ. Средостение не смещено, не расширено. Сердце правильной конфигурации, камеры сердца не увеличены. Начальные проявления склероза аорты.</p> <p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ: двухсторонняя полисегментарная субтатальная (интерстициальная) пневмония, степень поражения лёгких 3ст., справа-50-55%, слева-55-60%.</p> <p>1.Поставте диагноз.</p> <p>2. Скорректируйте сахароснижающую терапию.</p>	
--	--	---	--

Код контролируемой компетенции

ОПК-8. Способен соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ОПК-8	У больной З., 48 лет выявлена токсическая аденома щитовидной железы. В плане лечения рекомендована радиоiodтерапия. Получаемое лечение: мерказолил по 5 мг 3 раза в день, анаприлин 0,4 мг 3 раза вдень. По семейным обстоятельствам выписана из	1.Узловой токсический зоб. Тиреотоксический криз. 2.Анализ данных анамнеза (больна много лет тиреотоксическим зобом, лечилась препаратами тиамазола, нерегулярно), клинической симптоматики

	<p>эндокринологического отделения с просьбой продолжить лечение дома. В домашних условиях продолжила прием валерианы, анаприлина. Перед поступлением в радиологическое отделение состояние больной удовлетворительное. Кожа физиологической влажности. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 130/90 мм. рт. ст. После лечения радиоактивным йодом через 3 дня состояние больной стало ухудшаться: появились потливость, сердцебиение, диарея, повысилась температура тела до 39⁰ С. Больная возбуждена, стонет, просит о помощи. Дважды была рвота, понос. ОБЪЕКТИВНО: Кожа влажная, горячая, судорожные подергивания конечностей. Температура тела 39⁰С. Черты лица заострены, глаза полузакрыты. Пульс - 170 уд. в мин, АД - 160/50 мм.рт. ст. Живот болезненный в правом подреберье, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, болезненна. ОБСЛЕДОВАНИЕ: Общий анализ крови: лейкоциты - 7,6 x10⁹ /л; эритроциты - 4,41 x 10¹² /л; Тромбоциты - 370x10⁹ /л; гемоглобин - 141 г/л; СОЭ - 41мм/час; эозинофилы - 0; палочкоядерные - 0, сегментоядерные - 66%, лимфоциты - 28%, моноциты - 6%. Общий анализ мочи: цвет светло -желтый. PH -кислая; прозрачная удельный вес - 1020, белок отрицательный; лейкоциты - 2-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок -54г/л, билирубин - 28 мкмоль/л, креатинин - 64мкмоль/л, АЛТ -88, (до 40 ед/л), АСТ - 95 (до 40 ед/л), холестерин - 2.5 ммоль/л. Гормональный профиль крови: свободный Т4 - 30,0 пмоль/л (10-</p>	<p>(повышение температуры тела до 39⁰С, возбуждение, желудочно-кишечная симптоматика, тахикардия, высокое пульсовое давление (150-160), увеличение печени (возможно развитие жёлтой дистрофии печени), гормонального профиля (св. Т4 повышен, ТТГ угнетен, низкий уровень кортизола) можно предположить наличие тиреотоксического криза.</p> <p>3.Биохимический анализ крови с определением печеночных ферментов, билирубина в динамике, определять кортизол дважды в сутки, ЭКГ ежедневно.</p> <p>4.Пусковым механизмом развития тиреотоксического криза является острая надпочечниковая недостаточность, поэтому препаратом выбора является преднизолон в дозе 60-90 мг внутривенно, раствор Люголя внутрь для блокады синтеза гормонов щитовидной железы, введение физиологического раствора, 5%-й глюкозы для регидратации, при возможности больной - глотать мерказолил по 6 таблеток каждый час, седативные препараты (реланиум) для купирования симптомов гиперметаболизма и снижения температуры тела аспирина внутрь.</p> <p>5. Падение артериального давления было связано с неправильным введением амиазина в качестве седативного препарата. Назначение аспирина при выведении из тиреотоксического криза</p>
--	---	--

		<p>25 пмоль/л). ТТГ – 0,01 (0,5- 4,5) мкМЕ/мл, кортизол - 100 нмоль/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Обоснуйте поставленный вами диагноз? 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назначьте лечение, обоснуйте свой выбор. 5. Объективно: артериальное давление 70/50 мм.рт.ст., ЧСС до 180 уд/мин. В течение двух часов больной был назначен аминазин, аспирин, инфузионная терапия (р-р глюкозы 5%-500мл), преднизолон 30мг внутривенно. Дополнительные методы исследования: ТТГ – 0,01 мкМЕ/мл, св. Т4– 65 пмоль/л (10-25 пмоль/л). Оцените эффективность индивидуальных лечебных мероприятий. 	<p>противопоказано в связи с конкурирующим действием за связь с белками крови. Доза преднизолона недостаточна.</p>
2.	ОПК-8	<p>Больной Е., 60 лет, страдающий сахарным диабетом 2 типа, доставлен в инфекционную больницу с диагнозом - острый гастроэнтерит. Несмотря на регидратационную и дезинтоксикационную терапию, больной впал в коматозное состояние. ОБЪЕКТИВНО: кожа сухая, зрачки сужены, вяло реагируют на свет. Дыхание поверхностное. Тахикардия. артериальное давление - 90/50 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, пульс 110 ударов в минуту Двусторонний спонтанный нистагм. Мышечный гипертонус, симптом Бабинского. За последние 2 часа получено 2 мл мочи. ОБСЛЕДОВАНИЕ: Общий анализ крови: лейкоциты - $9,0 \times 10^9$/л, эритроциты - $5,5 \times 10^{12}$/л, гемоглобин -165г/л. Общий анализ</p>	<p>1. Сахарный диабет 2 типа. Осл.: Гиперосмолярное гипергликемическое состояние.</p>

		<p>мочи: удельный вес - 1036, белок - 0,15, лейкоциты - 2-3 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр, ацетон (-). Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,6 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, натрий - 165 ммоль/л, мочевины - 11,0 ммоль/л; рН крови - 7,35.</p> <p>1. Сформулируйте предварительный диагноз</p>	
3.	ОПК-8	<p>Больная М., 35 лет лечилась консервативно по поводу диффузно-токсического зоба в течение 3-х лет. Лечение принимала нерегулярно, эффект был нестойкий. Учитывая отсутствие эффективности лечения и наличие зоба с объемом щитовидной железы - 80 мл, рекомендовано оперативное лечение. Проведена субтотальная струмэктомия без осложнений в интраоперационном периоде. Через сутки после операции состояние больной ухудшилось: повысилась температура тела до 38,6⁰С, усилилось сердцебиение, появились пароксизмы мерцательной аритмии, одышка, выраженная потливость. Возбуждена, мечется в постели. ОБЪЕКТИВНО: Кожа влажная, горячая на ощупь. Дыхание частое, поверхностное. Тоны сердца усилены. Мерцательная аритмия. ЧСС 156 уд. в 1 мин., пульс- 130 уд. в мин., АД - 85/50 мм.рт.ст. Живот умеренно напряжен, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, болезненна при пальпации. Стул - частый жидкий. Положительный симптом Хвостека, Труссо, Вейса.</p> <p>1. Сформулируйте предварительный диагноз</p> <p>2. Обоснуйте поставленный вами</p>	<p>1. Диффузный токсический зоб, тиреотоксикоз, тяжелое течение, струмэктомия, осл.: тиреотоксический криз, тиреотоксическая миокардиодистрофия, фибрилляция предсердий, пароксизмы, недостаточность кровообращения IIБ. Послеоперационный гипопаратиреоз, приступ тетании.</p> <p>2. На основании анамнеза, клинических данных: синдром гиперметаболизма, симптомы тиреотоксической кардиомиопатии. Осл.: тиреотоксический криз обоснован клинической симптоматикой: повышением температуры до 38 градусов, гипотонией, недостаточность кровообращения обоснована наличием тиреотоксической миокардиодистрофии и увеличением печени. Послеоперационный гипопаратиреоз обоснован наличием симптомов Хвостека, Труссо, Вейса.</p> <p>3. Содержание в крови свободного Т4, ТТГ, биохимический анализ крови с определением общего белка, белковых фракций, АЛТ, АСТ,</p>

		<p>диагноз?</p> <p>3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента</p> <p>4. Назначьте лечение и обоснуйте свой выбор.</p> <p>5. В течение двух часов больной был назначен аминазин с целью седатации, аспирин. ОБЪЕКТИВНО: артериальное давление 70/50 мм.рт.ст., ЧСС до 180 уд/мин. ОБСЛЕДОВАНИЕ: кальций-2,1 ммоль/л (N 2,20-2,50 ммоль/л), кальций ионизированный –1,05 ммоль/л (1,17-1,29 ммоль/л). ТТГ – 0,01мкМЕ/мл, Т4 своб - 65 пмоль/л (10-25 пмоль/л). Оцените эффективность индивидуальных лечебных мероприятий.</p>	<p>печеночных проб, КФК, билирубина, холестерина, креатинина, общего кальция, ионизированного фосфора.</p> <p>4. Пусковым механизмом развития тиреотоксического криза является острая надпочечниковая недостаточность, поэтому препаратом выбора является преднизолон в дозе 60-90 мг внутривенно, раствор Люголя внутрь для блокады синтеза гормонов щитовидной железы, введение физиологического раствора, 5%й глюкозы для регидратации, при возможности больной глотать мерказолил по 6 таблеток каждый час, седативные препараты (реланиум) для купирования симптомов гиперметаболизма и снижения температуры тела амидопирин внутрь или в инъекциях. Внутривенное введение 10%-го раствора кальция хлорида.</p> <p>5. Падение артериального давления было связано с неправильным введением аминазина в качестве седативного препарата. Назначение аспирина при выведении из тиреотоксического криза противопоказано в связи с конкурирующим действием за связь с белками крови. Не был введен 10%й раствор глюконата кальция внутривенно. Доза преднизолона недостаточна.</p>
--	--	---	--

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

Код контролируемой компетенции

ПК-6. Способен организовать контроль качества клинических лабораторных исследований на преаналитическом, аналитическом и постаналитическом этапах..

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ПК-6	<p>Мужчина 34 лет обратился к врачу с жалобами на припухлость и болезненность молочных желез, которые стали беспокоить в течение 2-3 недель. При детальном расспросе выявлено, что у больного в течение полугода резко снизилась потенция, ухудшилось зрение. В анамнезе простудные заболевания, детские инфекции, 2 года назад - травма черепа с потерей сознания, инфекционный гепатит.</p> <p>ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Оволосение по мужскому типу. Грудные железы припухшие, гиперплазия железистой ткани, болезненны при пальпации. Наружные половые органы сформированы правильно. Яички в мошонке. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. Пульс - 84 удара в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, умеренно болезненна при пальпации. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>ОБСЛЕДОВАНИЕ: Общий анализ крови: лейкоциты - $6,5 \times 10^9$ /л; эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$/л; тромбоциты - 370×10^9 /л; гемоглобин - 120 г/л; СОЭ - 41мм/час; эозинофилы -2%; палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 60%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок -54г/л, билирубин - 28 мкмоль/л, креатинин - 64мкмоль/л, АЛТ -88 (до 40 ед/л), АСТ - 95 (до</p>	<p>1. Первичный гипотиреоз, гиперпролактинемия, синдром гиперпролактинемического гипогонадизма, инфекционный гепатит, исключить аденому гипофиза. Нормохромная анемия.</p> <p>2. Анализ клинической симптоматики (гинекомастия, снижение потенции, ухудшение зрения), данных лабораторных методов исследования (снижение уровня св.Т4, повышение уровня ТТГ, повышение уровня пролактина, снижение тестостерона, повышение печеночных ферментов АЛТ, АСТ, билирубина, снижение холестерина) позволяет предположить наличие синдрома гипотиреоза, гипогонадизма и гиперпролактинемии. Симптоматический характер гиперпролактинемии обосновывается гипотиреозом. Тиреоидные гормоны снижают чувствительность D2 рецепторов лактотрофов к дофамину.</p> <p>3. МРТ гипофиза с контрастированием, консультация окулиста с определением полей зрения и исследование глазного дна, уровень</p>

		<p>40 ед/л), холестерин – 2,5 ммоль/л, пролактин,850 (до 400) мЕД/мл, тестостерон – 6 (12-30) нмоль/л, св. Т4 – 7,3 (10 – 23) пмоль/л, ТТГ –10,5 (0,5 – 4,5) мкМЕ /мл.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Обоснуйте поставленный вами диагноз? 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назначьте лечение. 5. Через 2 месяца у пациента на МРТ головного мозга не обнаружено данных за микроаденому гипофиза. Офтальмоскопическое обследование окулиста свидетельствовали о наличии близорукости, поля зрения в пределах нормы. После лечения левотироксином св. Т4–10,8 пмоль/л, ТТГ -6 мкМЕ/мл. Пролактин снизился до250мМЕ/мл, тестостерон 10 нмоль/л. У пациента обнаружен маркер хронического гепатита В. Оцените эффективность индивидуальных лечебных мероприятий. 	<p>кортизола, глюкозы крови для исключения полиэндокринного синдрома, кровь на сывороточные маркеры гепатита, ВИЧ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Заместительная терапия левотироксином в начальной дозе 100 мкг. 5. Отмечена положительная динамика тиреоидного профиля, однако компенсация гипотироксинемии не достигнута, дозу левотироксина необходимо увеличить из расчета 1,6 мкг/кг тела в сутки, каберголин отменить, назначить эссенциальные фосфолипиды.
2.	ПК-6	<p>Больная П., 30 лет, страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 12 лет. Получает инсулин Лантус 36 ед подкожно в 22 часа и Хумалог по хлебным единицам. После обеда внезапно потеряла сознание на рабочем месте. Прибывший врач "скорой помощи", обнаружив больную без сознания, ввел больной 20 ЕД инсулина подкожно и доставил в реанимационное отделение. ОБЪЕКТИВНО: Состояние тяжелое. Сознание - глубокая кома. Кожа нормальной влажности. АД -125/80 мм. рт.ст. Пульс - 96 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание. Тоны</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сахарный диабет 1 типа, декомпенсация. Гипогликемическая кома. Диабетическая нефропатия, II стадия, ХБП С3а, А3. Гипогликемическая кома. 2. На основании анамнеза заболевания - сахарный диабет 12 лет, клинических данных: коматозное состояние. Лабораторных данных: глюкоза - 2,5 ммоль/л. Диагноз диабетическая нефропатия поставлен на основании МАУ более 300 мг и ХБП-3а по СКФ 45мл/мин.

		<p>сердца ясные. В легких везикулярное дыхание. ОБСЛЕДОВАНИЕ: общий анализ крови: лейкоциты - $5,8 \times 10^9$ /л, эритроциты - $5,2 \times 10^{12}$ /л, СОЭ - 12 мм/ч. Биохимический анализ: глюкоза крови - 2,3 ммоль/л, общий белок 60 г/л билирубин -25 мкмоль/л. креатинин -110 мкмоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес 1015, глюкоза +++, ацетон (+), белок 0,33 г/л, СКФ – 45 мл/мин.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте развернутый диагноз. 2. Обоснуйте диагноз. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? 4. Окажите первую неотложную помощь. 5. Оцените тактику врача "скорой помощи". 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Глазное дно, диагностика автономной и периферической нейропатии, определить в динамике билирубин, ALT, AST. 4. Срочно ввести 40% раствор глюкозы 60-80 мл в/в струйно, затем 10% раствор глюкозы в/в капельно под контролем глюкозы крови. Госпитализировать в палату интенсивной терапии. 5. Тактика врача скорой помощи неверное - нельзя вводить инсулин не определив глюкозу крови. Вариант первой помощи: в/в введение 40% раствора глюкозы.
3.	ПК-6	<p>Больная Э., 28 лет, поступила с жалобами на изменение внешности, укрупнение конечностей, частые головные боли, нерегулярные месячные, бесплодие. Больной себя считает около года, когда стала замечать, что изменилась внешность: увеличился нос, губы, кожа на лице стала сальной. Увеличился размер обуви, около года отсутствуют месячные. Из анамнеза выяснено, что замужем с 22 лет, имеет одного ребенка, роды в возрасте 25 лет. В течение 3 лет беременность не наступала.</p> <p>Объективно: Лицо грубое: крупные нос, губы, кожа утолщена, сальная, выступают надбровные дуги. Диастема, прогнатизм. Короткие широкие пальцы рук. Кожа влажная, акне. Из сосков желтоватые выделения при надавливании. Над лёгкими везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 85/мин, ритмичный. АД 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, печень у края реберной дуги, безболезненная.</p> <p>Обследована: ОАК: Eг $3,8 \times 10^{12}$/л, Hб 120 г/л, ЦП 0,95. L $4,5 \times 10^9$/л,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кровь на СТГ, ИФР-1, ОГТТ с 75 грамм глюкозы, поля зрения, МРТ гипофиза с контрастированием.

		<p>Л/Ф палочкоядерные 3, сегментоядерные 60, лимфоциты 30, моноциты 7, эозинофилы 1, базофилы 2, СОЭ 9 мм/ч. ОАМ: уд.вес. 1012, белок отр., сахар отр., L 2-3 в п/з, Ег 0-1 в п/з. Б/Х крови: общий белок 68 г/л, билирубин 15 мкмоль/л, креатинин 85 мкмоль/л, холестерин 65 ммоль/л.</p> <p>Дневной гликемический профиль – натошак 5,9 ммоль/л, 10.00 – 9,9 ммоль/л, 13.00 – 8,7 ммоль/л, 15.00 – 10,5 ммоль/л. Врачом был поставлен предварительный диагноз: синдром акромегалии.</p> <p>1. Назначьте дополнительное обследование.</p>	
4	ПК-6	<p>К эндокринологу участковой поликлиники обратилась женщина 28 лет. Жалобы на избыточный вес, повышение АД до 150/100 мм рт. ст., головные боли. Родители полные, гипертоники. Отец болен сахарным диабетом 2 типа, недавно перенес острый инфаркт миокарда. Мама пациентки всегда много и вкусно готовила, большое внимание уделяла выпечке.</p> <p>Объективно: рост 165 см, вес 82 кг. ОТ=105 см, ОБ=120 см. На коже живота – розовые стрии. Подкожная клетчатка развита избыточно, преимущественно на животе. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 145/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпации недоступна. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Проведена малая дексаметазоновая проба: кортизол сыворотки крови натошак 546 нмоль/л, наутро после приема 1 мг дексаметазон – 25 нмоль/л.</p> <p>1. Оцените результат малой дексаметазоновой пробы.</p>	<p>1. После прием 1 мг дексаметазона показатель кортизола крови менее 50 нмоль/л, что исключает эндогенный гиперкортицизм (проба отрицательная).</p>
5	ПК-6	<p>Женщина 75 лет пришла на приём к врачу-терапевту участковому с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной</p>	<p>1. Исследование общего кальция и фосфора в сыворотке крови для выявления</p>

	<p>области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд. Больной себя считает в течение недели, когда во время работы в огороде (уборка картофеля) появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала баралгин – с незначительным эффектом.</p> <p>Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу фибромиомы матки), хирургическая менопауза.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост – 160 см, вес – 52 кг, ИМТ – 20,3 кг/м². При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчёркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 64 в минуту, АД – 125/80 мм рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени - 9×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное, дизурии нет. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – 4,5×10¹²/л, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 7,8×10⁹/л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты – 8%, тромбоциты – 267×10⁹/л, СОЭ – 14 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: рН – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови:</p>	<p>противопоказаний к лечению либо коррекции нарушений (гиперпаратиреоз, заболевания костей).</p> <p>По показаниям возможно определение уровня ПТГ (подозрение на гиперпаратиреоз), 25(ОН)D₃ (при подозрении на гиповитаминоз Д), Са и креатинина в утренней и суточной моче, клиренса креатинина и ТТГ у женщин (выявление причин вторичного остеопороза).</p>
--	---	--

		<p>общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л.</p> <p>На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.</p> <p>1. Назначьте лабораторное обследование.</p>	
6	ПК-6	<p>Больная З., 55 лет, жалуется на сердцебиение, одышку при ходьбе, слабость в ногах (очень трудно поднимается по лестнице), боли в области сердца, беспокойный сон, расстройство стула (наклонность к поносам), жажду, повышенный аппетит, снижение веса тела. Больна около года. При обращении к участковому терапевту впервые выявлена мерцательная аритмия, по поводу которой лечилась в кардиологическом отделении без заметного улучшения. Принимала валокордин, рибоксин, кордарон внутрь, строфантин - внутривенно.</p> <p>ОБЪЕКТИВНО: Рост - 165 см, масса тела - 50 кг. Кожа теплая, влажная. Пастозность голеней. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца различной звучности. Мерцательная аритмия. ЧСС - 132 уд. в 1 минуту, пульс - 118 ударов в минуту, АД - 160/75 мм.рт.ст. Щитовидная железа – I ст. по ВОЗ, диффузная, эластичная, безболезненная при пальпации. Симптомы Грефе, Кохера, Дальримпля, Мебиуса, Жоффруа, Штельвага, Розенбаха, Елинека, Боткина - отрицательные. Симптомы Крауса, Мари - положительные.</p> <p>1. Поставьте и обоснуйте диагноз.</p> <p>2. Назначьте дополнительное обследование.</p>	<p>1. Такие симптомы, как сердцебиение, снижение массы тела, несмотря на повышенный аппетит, наклонность к поносам, расстройство сна; данные объективного обследования – теплая, влажная кожа, тахикардия с ЧСС 132 удара в минуту, большое пульсовое давление за счет высокого систолического давления, положительные симптомы Крауса (блеск глаз), Мари (тремор вытянутых рук) говорят за наличие у пациентки синдрома тиреотоксикоза. А увеличение щитовидной железы (I ст. по ВОЗ) в совокупности с клиникой тиреотоксикоза дает право выставить диагноз диффузного токсического зоба.</p> <p>2. Для определения функции щитовидной железы необходимо назначить исследование свободных тироксина и трийодтиронина, уровня ТТГ, титра антител к рецептору ТТГ (для подтверждения аутоиммунного процесса), исследование поглотительной функции щитовидной железы с I131. В качестве визуализирующих</p>

			методов исследования - сканирование и УЗИ щитовидной железы для подтверждения увеличения щитовидной железы. ЭКГ – для подтверждения наличия мерцательной аритмии.
7	ПК-6	<p>Пациент А., 19 лет, студент экономического факультета университета, заболел месяц назад, когда появились боли в животе, тошнота, рвота, жажда, учащенное мочеиспускание. Незадолго до этого начал сильно худеть. Доставлен скорой помощью в стационар, в отделение реанимации, после стабилизации состояния переведен в отделение эндокринологии. Получает инсулинотерапию. Рост 173 см., вес 64 кг.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лабораторное обследование для верификации типа сахарного диабета. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный. 2. Кровь на С-пептид, антитела к инсулину, глутаматдекарбоксилазе и островкам Лангерганса.

Код контролируемой компетенции

ПК-8. Способен оценить соответствие новых лабораторных технологий требованиям клинической лабораторной диагностики, разработанным на основе современных государственных и отраслевых стандартов и знаний основ метрологии.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ПК-8	У 35-летней женщины при сроке беременности 18 недель, рост 160 см, вес 70 кг выявлено увеличение щитовидной железы. Для определения тактики дальнейшего ведения больная направлена на консультацию к эндокринологу. При расспросе выяснилось, что увеличение щитовидной железы обнаружено еще в школьные годы.	1. Диффузный гипотиреоидный зоб.

		<p>Лечилась антиструмином. У матери больной имело место заболевание щитовидной железы, по поводу которого, проведена струмэктомия.</p> <p>ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. Кожа физиологической влажности. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. Пульс - 84 удара в минуту, ритмичный. АД - 125/75 мм.рт.ст. Глазные симптомы отрицательные. Щитовидная железа диффузно увеличена до II степени, плотной консистенции, безболезненная, подвижная.</p> <p>ОБСЛЕДОВАНИЕ: Общий анализ крови: лейкоциты - $4,1 \times 10^9$ /л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}$ /л, Нб - 110 г/л, п - 4%, СОЭ - 32 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 64 г/л, билирубин 13 мкмоль/л, креатинин -70 мкмоль/л, глюкоза крови - 4,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - отрицательный, лейкоциты - 2-3 в п/зр, эритроциты - 0 в п/зр. УЗИ щитовидной железы - щитовидная железа расположена правильно, контуры ровные, правая доля - 11 см³, левая - 10 см³. Структура щитовидной железы неоднородная, с участками повышенной и пониженной эхогенности. Исследованы гормоны щитовидной железы: общий тироксин - 230 (норма 65 - 160 нмоль/л), общий трийодтиронин - 35 (норма 1,04 - 2,5 нмоль/л), ТТГ - 7 (норма 0,3 - 4,0 мкМЕ/мл), свободный тироксин - 7,0 пмоль/л (10 -23 пмоль/л).</p> <p>1. Сформулируйте предварительный диагноз?</p>	
2.	ПК-8	<p>Больной С., 60 лет, страдает сахарным диабетом 15 лет, ранее полностью был компенсирован диетой и манилином. По поводу</p>	<p>1. Сахарный диабет 2 типа, декомпенсация. Осложнения: Гиперосмолярная кома. Анурия. Сопутствующий:</p>

	<p>гипертонической болезни в течение длительного времени принимал мочегонные препараты, в частности, гипотиазид в дозе 300мг в сутки. За 3 дня до поступления в клинику у больного появилась сильная жажда, полиурия, резкая мышечная слабость, снизился аппетит. Состояние больного ухудшалось, доставлен в клинику скорой помощью. ОБЪЕКТИВНО: Состояние тяжелое, без сознания. Рост -176, Вес - 90 кг. Реакция зрачков на свет сохранена. Кожа, язык сухие, выраженная гипотония мышц. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. АД 80/40 мм.рт.ст. Пульс - 120 ударов в минуту, тоны сердца глухие. Живот мягкий, печень у реберной дуги. ОБСЛЕДОВАНИЕ: Глюкоза крови - 50,6 ммоль/л, рН - 7,4, натрий – 165 ммоль/л, калий – 5,2 ммоль/л, креатинин – 150 мкмоль/л, в моче - сахар 5ммоль/л, ацетона нет. Больной поступил в реанимационное отделение многопрофильной больницы. Начато лечение: введено внутривенно болюсно 10 ед. инсулина короткого действия, инфузионная терапия - 0,9%раствор хлорида натрия со скоростью 25 мл/кг в час. Через 1 час глюкоза крови – 40 ммоль/л, натрий – 160 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, часовой диурез – 20 мл/мин</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 	<p>Гипертоническая болезнь, риск IV. Ожирение I ст. 2. На основании анамнеза: болен сахарным диабетом 15 лет, страдал гипертонией, принимал мочегонные; данных объективного обследования: сознание отсутствует, кожа, язык сухие, выраженная гипотония мышц, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет, гипотония, тахикардия, анурия; данных лабораторного обследования: глюкоза крови – 50,6 ммоль/л, рН- 7,4 (норма), отсутствие ацетона в моче, можно предположить наличие гиперосмолярного гипергликемического состояния. 3. КТ головного мозга для исключения ОНМК, лабораторные анализы: содержание электролитов калий, натрий, для определения регидратирующего раствора, ЭКГ, анализ мочи на ацетон, часовой диурез, рН крови, подсчитать осмолярность крови, скорректированного натрия. 4. Для снижения гликемии необходимо назначить инсулинотерапию в режиме малых доз 0,15ед/кг/час, 2% раствор глюкозы со скоростью 10 мл/кг/час. Выбор методики лечения обоснован гиперосмолярным состоянием. Скорость введения гипотонических растворов не более 5-10 мл/кг/час. 5. У больного чрезмерно</p>
--	--	--

		<p>4. Назначьте (скорректируйте) план лечения, обоснуйте схему введения, дозы.</p> <p>5. Оценить эффективность и адекватность лечебной тактики.</p>	<p>снизился уровень гликемии больше 4 ммоль/л. В дальнейшем инсулинотерапию пропускаем либо уменьшаем дозировку.</p>
3.	ПК-8	<p>Больной Н., 24 лет наблюдается у невропатолога по поводу эпилептических припадков. Лечится финлепсином без заметного эффекта в течение года. Учитывая неэффективность проводимого лечения, отсутствие отчетливых признаков повышения судорожной готовности на ЭЭГ, больной госпитализирован, был назначен консилиум. При детальном расспросе выяснилось, что судорожные приступы развиваются в основном в утренние часы, больной их не фиксирует, т.к. начинаются они, когда больной спит. Со слов родственников прикуса языка и непроизвольного мочеиспускания не наблюдается. Больной также отметил, что если он обильно ест на ночь, то судорожные приступы отсутствуют.</p> <p>ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. Рост -172 см, вес 80 кг. Кожа физиологической влажности, над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, АД -125/75 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный.</p> <p>ОБСЛЕДОВАНИЕ: Общий анализ крови: лейкоциты - $6,5 \times 10^9$ /л; эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$/л; Тромбоциты - 370×10^9 /л; гемоглобин – 120 г/л; эозинофилы - 2%; палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 6%.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза крови – 3,2 ммоль/л, через 1 час после еды - 3,8ммоль/л, через 2 часа – 2,8 ммоль/л.</p> <p>При объективном обследовании</p>	<p>1.Гипогликемический синдром. Инсулинома.</p> <p>2. Анализ жалоб больного: судорожные приступы развиваются на фоне воздержания от приема пищи в утренние часы, судорожный синдром протекает на фоне гипогликемии, что подтверждается низким гликемическим профилем, в том числе после еды, позволяет заподозрить синдром гипогликемии.</p> <p>3. Проба с голоданием с определением уровня глюкозы, инсулина, С-пептида во время судорожного приступа, что может подтвердить диагноз эндогенной гиперинсулинемии. КТ органов брюшной полости, поджелудочной железы, ангиографию поджелудочной железы для топической диагностики инсулиномы. КТ лёгких и области гипофиза для исключения МЭН синдрома. Сцинтиграфия/ПЭТ всего тела для уточнения и локализации метастазов. Уровень общего и ионизированного кальция, а также сцинтиграфия щитовидной железы с технецием для исключения паратиромы.</p> <p>4. Оперативное удаление инсулиномы. При невозможности удаления - непрерывное введение глюкозы через инфузомат.</p>

		<p>патологии не выявлено.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Обоснуйте поставленный вами диагноз? 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента 4. Определите тактику лечения пациента. 5. Через 2 недели обследования в поджелудочной железе обнаружено опухолевидное образование размером 8 мм в области головки поджелудочной железы. У больного на фоне прекращения введения глюкозы через инфузомат развивается гипогликемический синдром, купирующийся введением 40%-процентной глюкозы. Какова ваша дальнейшая тактика? 	<p>5. Удаление головки поджелудочной железы с динамическим контролем гликемии в течение суток.</p>
4	ПК-8	<p>Пациент М., мужчина 24 лет, пришел на прием к врачу-аллергологу по направлению участкового терапевта. Жалобы – насморк. Из анамнеза известно, что пациент плохо распознает запахи. Он работает в химической лаборатории и легко обращается с определенными химическими препаратами, запах которых его коллеги находят неприятным. Пациент, несмотря на окончание периода пубертата, продолжает расти на 1-1,5 см в год – каждый год ему приходится удлинять брюки. Половую жизнь не ведет, у него не бывает эрекции и ночных поллюций.</p> <p>Объективно: пациент выглядит намного моложе своего возраста – как 13-14-летний мальчик. Рост 180 см, вес 81,5 кг. Размах рук 187,5 см. Кожные покровы физиологической окраски и влажности. Редкие волосы на лице, в подмышечных впадинах, на лобке. В легких дыхание</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Учитывая наличие симптомов андрогенного дефицита – микропенис, маленькие яички, скудное оволосение, отсутствие половой жизни, ночных эрекции и поллюций, можно предположить наличие у пациента гипогонадизма. Наличие гипосмии позволяет заподозрить синдром Кальмана. 2. Для подтверждения диагноза «гипогонадизм», а также для дифференциальной диагностики первичного и вторичного гипогонадизма необходимо определить уровень свободного тестостерона сыворотки крови и базальные уровни гонадотропных гормонов гипофиза (ЛГ, ФСГ).

		<p>везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин., АД 125/80 мм рт.ст. Щитовидная железа – 0 ст. по ВОЗ, при пальпации однородная, эластичная, безболезненная. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное. Гениталии: микропенис длиной 3,1 см, маленькие мягкие яички размерами 1 см x 1,5 см x 1,5 см.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Назначьте необходимое дополнительное обследование 	
5	ПК-8	<p>Ребенок Н., 12 лет, болен СД с 8 лет. Получает постоянную заместительную инсулинотерапию в суточной дозе 0,4 ед/кг. Показатели гликемии и гликированного гемоглобина соответствуют критериям компенсации углеводного обмена. Глюкозурии нет. Однако, несмотря на это, имеется выраженная жажда и полиурия (выпивает до 6 литров жидкости в сутки). С 10-летнего возраста предъявляет жалобы на нарушения зрения. О каком заболевании можно подумать?</p>	Синдром Вольфрама
6	ПК-8	<p>Мама девочки М., 16 лет, обратилась к детскому гинекологу с жалобами на отсутствие менструального цикла у дочери. При осмотре выявлено, что девочка отстаёт в росте, на шее – крыловидные складки. О каком генетическом заболевании можно думать?</p>	Синдром Шерешевского-Тернера.
7	ПК-8	<p>В эндокринологическое отделение поступила женщина 25 лет с диагнозом послеоперационная недостаточность надпочечников (оперативное лечение по поводу</p>	Синдром множественной эндокринной неоплазии

		двусторонней феохромоцитомы). Из анамнеза известно, что ее мать также перенесла двустороннюю адреналэктомию по поводу феохромоцитомы. О каком наследственном синдроме можно думать?	
--	--	---	--

КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Проведение зачета по дисциплине как основной формы проверки обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры.

Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на зачете;
5. определить умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки **«зачтено»** заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и системное знание всего программного материала и структуры дисциплины, а также знание основного содержания лекционного курса;
- свободное владение понятийным аппаратом, научным языком и терминологией, а также умение пользоваться понятийным аппаратом в процессе анализа основных проблем программы;
- логическое и убедительное изложение ответа

Оценки **«не зачтено»** заслуживает ответ, содержащий:

- незнание либо отрывочное представление учебно-программного материала, поверхностные знания важнейших разделов программы и содержание лекционного курса;
- затруднения с использованием понятийного аппарата и терминологии учебной дисциплины.