

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.04.2025 12:07:52
Уникальный программный ключ:
c255aa436a6dccbd528274f148780fe5b9ab4264

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра внутренних болезней №4

«Утверждено»
на заседании кафедры
«30» августа 2024 г.
протокол №
зав. кафедрой д. мед. н.,
проф. И.В. Мухин

Фонд оценочных средств по дисциплине

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Специальность

31.05.01 Лечебное дело

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

№	Дата и номер протокола утверждения*	Раздел ФОС	Основание актуализации	Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию

* протокол заседания учебно-методического совещания кафедры

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
Универсальные компетенции (УК)			
УК			
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)			
ОПК 4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.	ОПК-4.1.1. Знает топографическую анатомию, этиологию и патогенез, и клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи; возрастные, гендерные и этнические особенности протекания патологических процессов; состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме;	T1 ОПК 4.1.1 T2 ОПК 4.1.1	C1 ОПК 4.1.1
	ОПК-4.1.2. Знает методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов;	T3 ОПК 4.1.2 T4 ОПК 4.1.2	C2 ОПК 4.1.2
	ОПК-4.1.3. Знает алгоритм постановки диагноза, принципы дифференциальной диагностики, международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);	T5 ОПК 4.1.3. T6 ОПК 4.1.3.	C3 ОПК 4.1.3.
	ОПК-4.2.2. Умеет: интерпретировать	T7 ОПК-4.2.2.	C4 ОПК-4.2.2.

	результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых; формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи;	T8 ОПК-4.2.2.	
	ОПК-4.2.3. Умеет: направлять детей и взрослых на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования, консультации к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;	T9 ОПК-4.2.3. T10 ОПК-4.2.3.	C5 ОПК-4.2.3.
	ОПК-4.2.4. Умеет: интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводить дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;	T11 ОПК-4.2.4. T12 ОПК-4.2.4.	C6 ОПК-4.2.4.
	ОПК-4.3.2. Владеет навыком:	T13 ОПК-4.3.2.	C7 ОПК-4.3.2.

	<p>формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; направления пациентов на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов; постановки предварительного диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); применения медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи;</p>	T14 ОПК-4.3.2.	
	<p>ОПК-4.3.3. Владеет навыком: проведения дифференциальной диагностики заболеваний; распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p>	T15 ОПК-4.3.3. T16 ОПК-4.3.3.	C8 ОПК-4.3.3.
<p>ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для</p>	<p>ОПК-5.1.1. Знает общебиологические закономерности, основы наследственности и изменчивости, анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и</p>	T17 ОПК-5.1.1. T18 ОПК-5.1.1.	C9 ОПК-5.1.1.

решения профессиональных задач	физиологию органов и систем человека;		
	ОПК-5.2.1. Умеет оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека.	T19 ОПК-5.2.1. T20 ОПК-5.2.1.	C10 ОПК-5.2.1.
	ОПК-5.3.1. Владеет навыком оценивания основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач.	T21 ОПК-5.3.1. T22 ОПК-5.3.1.	C11 ОПК-5.3.1.
ОПК-6. Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.	ОПК-6.1.1. Знает принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;	T23 ОПК-6.1.1. T24 ОПК-6.1.1.	C12 ОПК-6.1.1.
	ОПК-6.1.2. Знает клинические признаки основных неотложных состояний;	T25 ОПК-6.1.2. T26 ОПК-6.1.2.	C13 ОПК-6.1.2.
	ОПК-6.2.1. Умеет распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения;	T27 ОПК-6.2.1. T28 ОПК-6.2.1.	C14 ОПК-6.2.1.
	ОПК-6.2.4. Умеет: применять лекарственные препараты и медицинские изделия при	T29 ОПК-6.2.4. T30 ОПК-6.2.4.	C15 ОПК-6.2.4.

	оказании медицинской помощи при неотложных состояниях; пользоваться средствами индивидуальной защиты;		
	ОПК-6.3.1. Имеет практический опыт: диагностики состояний, представляющих угрозу жизни, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.	T31 ОПК-6.3.1. T32 ОПК-6.3.1.	C16 ОПК-6.3.1.
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.	ОПК-7.1.1. Знает методы медикаментозного и не медикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях;	T33 ОПК-7.1.1. T34 ОПК-7.1.1.	C17 ОПК-7.1.1.
	ОПК-7.1.2. Знает группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные;	T35 ОПК-7.1.2. T36 ОПК-7.1.2.	C18 ОПК-7.1.2.
	ОПК-7.1.3. Знает особенности оказания медицинской помощи в неотложных ситуациях;	T37 ОПК-7.1.3. T38 ОПК-7.1.3.	C19 ОПК-7.1.3.
	ОПК-7.2.1. Умеет определять объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;	T39 ОПК-7.2.1. T40 ОПК-7.2.1.	C20 ОПК-7.2.1.
	ОПК-7.2.2. Умеет контролировать эффективность и безопасность	T41 ОПК-7.2.2. T42 ОПК-7.2.2.	C21 ОПК-7.2.2.

	немедикаментозных и медикаментозных методов лечения, предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения.		
Профессиональных компетенций (ПК)			
ПК-1. Способен распознавать и оказывать медицинскую помощь в экстренной или неотложной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).	ПК-1.1.1. Знает перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов;	T43 ПК-1.1.1. T44 ПК-1.1.1.	C22 ПК-1.1.1.
	ПК-1.1.2. Знает этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов;	T45 ПК-1.1.2. T46 ПК-1.1.2.	C23 ПК-1.1.2.
	ПК-1.2.1. Умеет выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;	T47 ПК-1.2.1. T48 ПК-1.2.1.	C24 ПК-1.2.1.
	ПК-1.2.2. Умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме;	T49 ПК-1.2.2. T50 ПК-1.2.2.	C25 ПК-1.2.2.
	ПК-1.3.1. Владеет навыком оценивания	T51 ПК-1.3.1.	C26 ПК-1.3.1.

	состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах;	T52 ПК-1.3.1.	
	ПК-1.3.2. Владеет навыком распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;	T53 ПК-1.3.2. T54 ПК-1.3.2.	C27 ПК-1.3.2.
	ПК-1.3.3. Владение навыком оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;	T55 ПК-1.3.3. T56 ПК-1.3.3.	C28 ПК-1.3.3.
	ПК-1.3.6. Владеет навыком применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.	T57 ПК-1.3.6. T58 ПК-1.3.6.	C29 ПК-1.3.6.
ПК-2. Способен проводить обследование пациента при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	ПК-2.1.5. Знает закономерности функционирования здорового организма и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма при патологических процессах;	T59 ПК-2.1.5. T60 ПК-2.1.5.	C30 ПК-2.1.5.
	ПК-2.1.6. Знает методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки	T61 ПК-2.1.6. T62 ПК-2.1.6.	C31 ПК-2.1.6.

	состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов;		
	ПК-2.1.7. Знает этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов;	T63 ПК-2.1.7. T64 ПК-2.1.7.	C32 ПК-2.1.7.
	ПК-2.2.3. Умеет обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования пациента;	T65 ПК-2.2.3. T66 ПК-2.2.3.	C33 ПК-2.2.3.
	ПК-2.2.4. Умеет обосновывать необходимость и объем инструментального обследования пациента;	T67 ПК-2.2.4. T68 ПК-2.2.4.	C34 ПК-2.2.4.
	ПК-2.2.5. Умеет обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам;	T69 ПК-2.2.5. T70 ПК-2.2.5.	C35 ПК-2.2.5.
	ПК-2.2.6. Умеет анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований;	T71 ПК-2.2.6. T72 ПК-2.2.6.	C36 ПК-2.2.6.
	ПК-2.2.7. Умеет интерпретировать результаты сбора информации о заболевании пациента;	T73 ПК-2.2.7. T74 ПК-2.2.7.	C37 ПК-2.2.7.
	ПК-2.2.8. Умеет интерпретировать данные, полученные при лабораторном обследовании пациента;	T75 ПК-2.2.8. T76 ПК-2.2.8.	C38 ПК-2.2.8.
	ПК-2.2.9. Умеет интерпретировать данные, полученные при инструментальном обследовании пациента;	T77 ПК-2.2.9. T78 ПК-2.2.9.	C39 ПК-2.2.9.
	ПК-2.2.10. Умеет интерпретировать данные, полученные при консультациях пациента	T79 ПК-2.2.10. T80 ПК-2.2.10.	C40 ПК-2.2.10.

	врачами-специалистами;		
	ПК-2.2.12. Умеет проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний;	T81 ПК-2.2.12. T82 ПК-2.2.12.	C41 ПК-2.2.12.
	ПК-2.2.13. Умеет определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий;	T83 ПК-2.2.13. T84 ПК-2.2.13.	C42 ПК-2.2.13.
	ПК-2.3.3. Владеет навыком формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента;	T85 ПК-2.3.3. T86 ПК-2.3.3.	C43 ПК-2.3.3.
	ПК-2.3.4. Владеет навыком направления пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	T87 ПК-2.3.4. T88 ПК-2.3.4.	C44 ПК-2.3.4.
	ПК-2.3.5. Владеет навыком направления пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	T89 ПК-2.3.5. T90 ПК-2.3.5.	C45 ПК-2.3.5.
	ПК-2.3.6. Владеет навыком направления пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими	T91 ПК-2.3.6. T92 ПК-2.3.6.	C46 ПК-2.3.6.

	порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;		
	ПК-2.3.8. Владеет навыком проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными.	T93 ПК-2.3.8. T94 ПК-2.3.8.	C47 ПК-2.3.8.
ПК-3. Способен назначать медикаментозное и немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	ПК-3.1.1. Знает современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	T95 ПК-3.1.1. T96 ПК-3.1.1.	C48 ПК-3.1.1.
	ПК-3.1.2. Знает механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением;	T97 ПК-3.1.2. T98 ПК-3.1.2.	C49 ПК-3.1.2.
	ПК-3.1.3. Знает современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими	T99 ПК-3.1.3. T100 ПК-3.1.3.	C50 ПК-3.1.3.

	рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;		
	ПК-3.1.4. Знает механизм действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением;	T101 ПК-3.1.4. T102 ПК-3.1.4.	C51 ПК-3.1.4.
ПК-5. Способен организовывать и проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития, и использовать принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний, национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.	ПК-5.1.3. Знает перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, диспансеризации;	T103 ПК-5.1.3. T104 ПК-5.1.3.	C52 ПК-5.1.3.
	ПК-5.1.6. Знает принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний, национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям;	T105 ПК-5.1.6. T106 ПК-5.1.6.	C53 ПК-5.1.6.

Оценивание результатов текущей успеваемости, ИМК, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующим Положением об оценивании учебной деятельности студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Образцы оценочных средств

Тестовые задания

T1 ОПК-4.1.1. В ОСТРОВКАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИНСУЛИН СЕКРЕТИРУЕТСЯ

- А. *Бета-клетками
- Б. Альфа-клетками
- В. Дельта-клетками
- Г. ПП-клетками

T2 ОПК-4.1.1. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ВАЗОПРЕССИНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А. Усилении фильтрации в клубочках
- Б. Замедлении фильтрации в клубочках
- В. *Усилении реабсорбции воды в почечных канальцах
- Г. Снижении реабсорбции воды в почечных канальцах

T3 ОПК-4.1.2. УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ РАЗВИТИЯ

- А. Инфекционного гепатита
- Б. Цирроза печени
- В. Калькулезного холецистита
- Г. *Жирового гепатоза

T4 ОПК-4.1.2. ДЛЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЫ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧНОГО ЗОБА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО _____ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

- А. Повышенное систолическое и диастолическое
- Б. *Повышенное систолическое и сниженное диастолическое
- В. Повышенное диастолическое и нормальное систолическое
- Г. Сниженное систолическое и диастолическое

T5 ОПК-4.1.3. У БОЛЬНОГО 54 ЛЕТ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕСТА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ ВЫЯВЛЕНО: НАТОЩАК – 7,0 ММОЛЬ/Л, ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА – 11,5 ММОЛЬ/Л, ЧТО ГОВОРIT О

- А. Нарушении гликемии натощак
- Б. Физиологической норме
- В. Нарушении толерантности к глюкозе
- Г. *Сахарном диабете

T6 ОПК-4.1.3. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

- А. *Повышение ТТГ, снижение Т4 свободного
- Б. Повышение ТТГ, повышение Т4 свободного
- В. Снижение ТТГ, снижение Т4 свободного
- Г. Снижение ТТГ, повышение Т4 свободного

T7 ОПК-4.2.2. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛАТЕНТНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- А. Гликемического профиля
- Б. Суточной глюкозурии
- В. Гликированного гемоглобина
- Г. *Теста на толерантность к глюкозе

T8 ОПК-4.2.2. У ПАЦИЕНТКИ С ИЗМЕНЕНИЯМИ В АНАЛИЗЕ КРОВИ: ТТГ – 12,5 ММЕ/Л (0,4-4,2), Т4 СВОБОДНЫЙ – 5,3 ПМОЛЬ/Л (10,2-22,2), АТ К ТПО – БОЛЕЕ 500 МЕ/МЛ (ДО 30), ДИФфузными изменениями паренхимы на УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИЛСЯ

- А. *Аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз
- Б. Подострый тиреоидит, гипотиреоидная фаза
- В. Амидарон-индуцированный тиреоидит
- Г. Диффузно-токсический зоб

T9 ОПК-4.2.3. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1ГО ТИПА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2ГО ТИПА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИЗМЕРИТЬ

- А. Инсулин
- Б. Гликированный гемоглобин
- В. Уровень кетоновых тел в крови
- Г. *С-пептид

T10 ОПК-4.2.3. БОЛЬШАЯ ДЕКСАМЕТАЗОНОВАЯ ПРОБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- А. *Центрального гиперкортицизма
- Б. Синдрома Иценко-Кушинга
- В. Болезни Аддисона
- Г. Гиперальдостеронизма

T11 ОПК-4.2.4. ЛАБОРАТОРНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ДИАБЕТИЧЕСКИЙ КЕТОАЦИДОЗ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. *Гликемия более 13,9 ммоль/л, гиперкетонемия, кетонурия, метаболический ацидоз
- Б. Гликемия более 13,9 ммоль/л, гиперкетонемия, кетонурия, метаболический алкалоз
- В. Гликемия более 11,1 ммоль/л, гиперкетонемия, метаболический ацидоз
- Г. Гликемия менее 10 ммоль/л, кетонурия, метаболический алкалоз

T12 ОПК-4.2.4. ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ ДИФфузно-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Антитела к рецепторам ТТГ
- Б. Антитела к ТПО
- В. Антитела к тиреоглобулину
- Г. Кальцитонин

T13 ОПК-4.3.2. ПАЦИЕНТУ 56 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ СТРАДАЮЩЕГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОМПЕНСАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАТЬ

- А. Гликемию натощак
- Б. Глюкозотолерантный тест
- В. *Гликированный гемоглобин
- Г. Уровень глюкозы в моче

T14 ОПК-4.3.2. К РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ДИФфузно-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ОТНОСЯТСЯ:

- А. *Тиреоидэктомия
- Б. Гемитиреоидэктомия
- В. Длительное лечение Тиамазолом
- Г. Лечение Метотрексатом

T15 ОПК-4.3.3. К СИМПТОМАМ ГИПОГЛИКЕМИИ ОТНОСЯТСЯ

- А. Сухость во рту
- Б. Полидипсия
- В. *Сильная потливость
- Г. Боли в ногах

T16 ОПК-4.3.3. ДЛЯ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ РИТМА В ФОРМЕ

- А. *Фибрилляции предсердий
- Б. Синусовой брадикардии
- В. Трепетания желудочков
- Г. Пароксизмальной тахикардии

T17 ОПК-5.1.1. У БОЛЬНЫХ С ПОДОСТРЫМ ТИРЕОИДИТОМ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Деструкция фолликулов щитовидной железы
- Б. Аутоиммунное стимулирование выработки тиреоидных гормонов
- В. Избыточное стимулирование щитовидной железы ТТГ
- Г. Идиопатическое повышение функции тиреоцитов

T18 ОПК-5.1.1. ГЛАВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЗВЕНОМ В РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Гломерулонефрит
- Б. Пиелонефрит
- В. *Гломерулосклероз
- Г. Амилоидоз почек

T19 ОПК-5.2.1. КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ С 75 Г ГЛЮКОЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА _____ ММОЛЬ/Л

- А. *11,1
- Б. 8,4
- В. 8,0
- Г. 6,1

T20 ОПК-5.2.1. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. КТ в костном режиме
- Б. Рентгенография костей таза
- В. *Денситометрия
- Г. Сцинтиграфия всего тела

T21 ОПК-5.3.1. У ПРООПЕРИРОВАННОГО МУЖЧИНЫ 35-ТИ ЛЕТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В ЦЕЛЬНОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ НАТОЩАК СОСТАВЛЯЕТ 6,7 ММОЛЬ/Л, ПОВТОРНО ПОСЛЕ ЕДЫ – 11,1 ММОЛЬ/Л, УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА – 10%, ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А. Нарушении толерантности к глюкозе
- Б. Физиологической норме
- В. Послеоперационной гипoinsулинемии
- Г. *Сахарном диабете

T22 ОПК-5.3.1. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМ

- А. Артериальная гипертензия
- Б. Ожирение
- В. Акне
- Г. *Похудание

T23 ОПК-6.1.1. ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ В/В СТРУЙНО 100 МЛ 40% ГЛЮКОЗЫ ПАЦИЕНТУ С ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМОЙ СЛЕДУЮЩИМ ШАГОМ БУДЕТ

- А. Ввести повторно в/в струйно 100 мл 40% глюкозы
- Б. Попробовать напоить сладким чаем
- В. Ничего не предпринимать
- Г. *Ввести 5-10% глюкозу в/в капельно и госпитализировать

T24 ОПК-6.1.1. ЕДИНСТВЕННЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПО ВЫВЕДЕНИЮ ИЗБЫТКА ЛАКТАТА И БИГУАНДОВ ПРИ РАЗВИТИИ ЛАКТАТАЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Регидратация
- Б. *Гемодиализ с безлактатным буфером
- В. Гемодиализ с фосфатным буфером
- Г. Плазмоферез

T25 ОПК-6.1.2. МИКСЕДЕМАТОЗНАЯ КОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А. *Гипотермией
- Б. Гипертонией
- В. Тахикардией
- Г. Гипертермией

T26 ОПК-6.1.2. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОГО ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО СОСТОЯНИЯ ОТНОСЯТ

- А. *Полиморфную неврологическую симптоматику
- Б. Симптомы ложного «острого живота»
- В. Выявление запаха ацетона изо рта
- Г. Положительный симптом Пастернацкого

T27 ОПК-6.2.1. ДЛЯ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

- А. Гипернатриемия, гиперкальциемия, гипокалиемия, гипогликемия
- Б. Гипонатриемия, гипокальциемия, гипокалиемия, гипогликемия
- В. *Гипонатриемия, гиперкальциемия, гиперкалиемия, гипогликемия
- Г. Гипернатриемия, гипокальциемия, гиперкалиемия, гипогликемия

T28 ОПК-6.2.1. ЛАБОРАТОРНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ЛАКТАТАЦИДОЗ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. Гликемия более 13,9 ммоль/л, гиперкетонемия, кетонурия, метаболический ацидоз
- Б. Гликемия более 13,9 ммоль/л, гиперкетонемия, кетонурия, метаболический алкалоз
- В. *Гипергликемия, повышение уровня лактат более 5 ммоль/л, метаболический ацидоз
- Г. Гипергликемия, повышение уровня лактат более 5 ммоль/л, метаболический алкалоз

T29 ОПК-6.2.4. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ДОЗА ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ РАССЧИТЫВАЕТСЯ _____ ЕД/КГ/ЧАС

- А. 1
- Б. 8-10
- В. 0,5
- Г. *0,1

Т30 ОПК-6.2.4. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- А. *Введение гидрокортизона ацетата в/в болюсом и 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно
- Б. Введение гидрокортизона ацетата в/в болюсом и 0,45% раствора натрия хлорида в/в капельно
- В. Введение гидрокортизона ацетата в/в болюсом и 5% раствора глюкозы в/в капельно
- Г. Заместительную терапию гидрокортизоном и флудрокортизоном парентерально

Т31 ОПК-6.3.1. СКОРОСТЬ СНИЖЕНИЯ ГЛИКЕМИИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ _____ ММОЛЬ/Л/ЧАС

- А. 1-2
- Б. 2-3
- В. *3-4
- Г. 7-8

Т32 ОПК-6.3.1. ПЕРВОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТА В СОЗНАНИИ БУДЕТ

- А. Введение 20% раствора глюкозы в/в струйно
- Б. Введение 5% раствора глюкозы в/в капельно
- В. *Прием 1-2 ХЕ легкоусвояемых углеводов
- Г. Прием любой сладости на фруктозе

Т33 ОПК-7.1.1. ИНСУЛИН КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА ОБЫЧНО ВВОДИТСЯ

- А. До приема пищи за 10-15 минут
- Б. *До приема пищи за 30-40 минут
- В. Через час после приема пищи
- Г. Сразу после приема пищи

Т34 ОПК-7.1.1. ПАЦИЕНТУ 49 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ИЗБЫТОЧНУЮ МАССУ ТЕЛА (ВЕС – 180 КГ, РОСТ – 174 СМ), ИМТ – 59,8, ГЛИКЕМИЕЙ НАТОЩАК – 5,9 ММОЛЬ/Л, НВА1С – 5,5% И ДИАГНОЗОМ «ОЖИРЕНИЕ 3СТ (МОРБИДНОЕ), АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ, СТАБИЛЬНАЯ СТАДИЯ» В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- А. Метформин
- Б. *Агонисты ГПП-1
- В. Ингибиторы ДПП-4
- Г. Препараты сульфаниламочевинны

Т35 ОПК-7.1.2. ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2ГО ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Метформин и/или оземпик
- Б. Инсулин и бигуаниды
- В. *Диета и физическая активность
- Г. Ингибиторы ДПП-4

T36 ОПК-7.1.2. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ТИАМАЗОЛА ОТНОСЯТСЯ

- А. Гипергликемия
- Б. *Агранулоцитоз
- В. Гиперхромная анемия
- Г. Апластическая анемия

T37 ОПК-7.1.3. ОБЪЕМ РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ _____ МЛ/КГ

- А. 150-200
- Б. 10-15
- В. 25-50
- Г. *50-100

T38 ОПК-7.1.3. В 1-Е СУТКИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТИРЕОИДНОЙ КОМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОЗА L-ТИРОКСИНА _____ МКГ/СУТ

- А. *300-1000
- Б. 1000-1500
- В. 50-100
- Г. 100-300

T39 ОПК-7.2.1. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Сахарный диабет тип 2
- Б. Нарушение толерантности к углеводам
- В. Впервые выявленный гестационный диабет
- Г. *Диабетический кетоацидоз

T40 ОПК-7.2.1. БОЛЬНОМУ С ПОДОСТРЫМ ТИРЕОИДИТОМ В ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ ФАЗЕ ПОКАЗАНА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

- А. Левотироксин натрия
- Б. НПВС и тиреостатики
- В. *НПВС и ГКС
- Г. ГКС и тиреостатики

T41 ОПК-7.2.2. В СЛУЧАЕ ДОСТИЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОМ ЦЕЛЕВЫХ УРОВНЕЙ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА НЕОБХОДИМО

- А. Уменьшить дозу препаратов
- Б. Увеличить дозу препаратов
- В. *Оставить терапию без изменений
- Г. Отменить терапию

T42 ОПК-7.2.2. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ОТНОСЯТСЯ

- А. *Оперативное вмешательство на щитовидной железе
- Б. Наследственная патология паращитовидных желез
- В. Дефицит витамина Д
- Г. Дефицит кальция

T43 ПК-1.1.1. ТЕСТ, НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ СТЕПЕНЬ КОМПЕНСАЦИИ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В РЕЖИМЕ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

- А. Определение концентрации глюкозы в крови через 2 часа после еды
- Б. Определение концентрации глюкозы натощак

- В. Определение концентрации глюкозы в моче
- Г. *Определение концентрации гликозилированного гемоглобина

T44 ПК-1.1.1. НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПУНКТАТА УКАЗЫВАЕТ

- А. *Наличие многоядерных клеток
- Б. Киста или кистозная дегенерация узла
- В. Наличие макрофагов с пенистой цитоплазмой
- Г. Наличие большого количества водянистого коллоида

T45 ПК-1.1.2. РАЗВИТИЕ МЕДУЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СВЯЗЫВАЮТ С

- А. Тиреотоксикозом
- Б. Дефицитом йода
- В. *Радиационным облучением
- Г. Гипотиреозом

T46 ПК-1.1.2. У БОЛЬНОГО, 58 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ В ТЕЧЕНИЕ 3Х МЕСЯЦЕВ НА ВЫСЫПАНИЯ НА СПИНЕ И РУКАХ ПО ТИПУ ФУРУНКУЛОВ, В ПГТТ ГЛЮКОЗА КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ НАТОЩАК – 7,9 ММОЛЬ/Л, ЧЕРЕЗ 2Ч ПОСЛЕ НАГРУЗКИ – 15,4 ММОЛЬ/Л НАБЛЮДАЕТСЯ

- А. Нарушение толерантности к углеводам
- Б. *Сахарный диабет
- В. Физиологическая норма
- Г. Нарушение гликемии натощак

T47 ПК-1.2.1. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ОТНОСЯТ

- А. Неврологическую симптоматику
- Б. *Ложный «острый живот»
- В. Мягкие глазные яблоки
- Г. Выраженный гипергидроз.

T48 ПК-1.2.1. К СИМПТОМАМ ГИПОГЛИКЕМИИ ОТНОСЯТСЯ

- А. Сухость во рту
- Б. Полидипсию
- В. *Полифагию
- Г. Фурункулез

T49 ПК-1.2.2. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АДРЕНАЛОВОГО КРИЗА ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ

- А. *Доксазозин
- Б. Солукортеф
- В. Каптоприл
- Г. Гидрокортизон

T50 ПК-1.2.2. РАСТВОР ДЛЯ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОМ ГИПЕРОСМОЛЯРНОМ СОСТОЯНИИ ВЫБИРАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЯ

- А. Повышения глюкозы крови
- Б. Повышение глюкозы мочи
- В. Уровня натрия крови
- Г. *Скорректированного натрия крови

T51 ПК-1.3.1. У БОЛЬНОЙ, 18 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА ОКОЛО 5 ЛЕТ С ГЛИКЕМИЕЙ 29 ММОЛЬ/Л, КЕТОНУРИЕЙ, PH КРОВИ 7,27, БИКАРБОНАТАМИ КРОВИ 13,5 ММОЛЬ/Л МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ

- А. *Диабетический кетоацидоз, легкой степени тяжести
- Б. Диабетический кетоацидоз, средней степени тяжести
- В. Гипогликемия
- Г. Лактатацидоз

T52 ПК-1.3.1. У БОЛЬНОГО 21 ГОДА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА, РЕГУЛЯРНЫМ НАРУШЕНИЕМ РЕЖИМА ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА, ГЛИКЕМИЕЙ НА ГЛЮКОМЕТРЕ 1,5 ММОЛЬ/Л РАЗВИЛОСЬ ОСЛОЖНЕНИЕ

- А. Диабетический кетоацидоз, тяжелое течение
- Б. Гиперосмолярное гипергликемическое состояние
- В. *Гипогликемия, уровень 3. Гипогликемическая кома
- Г. Гипогликемия, уровень 2. Синдром Мориака

T53 ПК-1.3.2. У ПОЖИЛОЙ ЖЕНЩИНЫ В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ С АД - 90/60 ММ РТ.СТ., ПУЛЬСОМ - 56/МИН, ЧДД - 12/МИН., ТЕМПЕРАТУРОЙ ТЕЛА - 35,8 °С. ГЛИКЕМИЕЙ - 3,2 ММОЛЬ/Л МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ

- А. *Гипотиреоидной комы
- Б. Аддисонического криза
- В. Гипогликемической комы
- Г. Гиперкальциемической комы

T54 ПК-1.3.2. У ПАЦИЕНТА 81 ГОДА С ЧАСТЫМИ ЭКСТРАСИСТОЛАМИ, АСИММЕТРИЕЙ ЛИЦА, СНИЖЕНИЕМ ТУРГОРА КОЖИ, ГИПОТЕНЗИЕЙ, ТАХИКАРДИЕЙ, НАЛИЧИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА БОЛЕЕ 20 ЛЕТ В АНАМНЕЗЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ТИП 2 _____

- А. Диабетическая кетоацидотическая кома
- Б. *Гипергликемическое гиперосмолярное состояние
- В. Гипогликемическая кома
- Г. Лактатацидотическое состояние

T55 ПК-1.3.3. БОЛЬНОЙ 18 ЛЕТ С РЕЗКОЙ СЛАБОСТЬЮ, СУХОСТЬЮ ВО РТУ, ЖАЖДой, ТОШНОТой, БОЛЯМИ В ЖИВОТЕ, ЗАПАХОМ АЦЕТОНА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ, ГИПОТЕНЗИЕЙ, ТАХИКАРДИЕЙ, НАПРЯЖЕННЫМ ЖИВОТОМ, БОЛЕЗНЕННЫМ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- А. Регидратацию
- Б. *Инсулинотерапию
- В. Коррекцию кислотно-щелочного состояния
- Г. Коррекцию электролитных нарушений

T56 ПК-1.3.3. ПАЦИЕНТУ 69 ЛЕТ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ТИП , ПРИНИМАЮЩИМ МЕТФОРМИН, ЭВОГЛИПТИН, С ЖАЛОБАМИ НА ПЕКУЩУЮ БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ, С ИРРАДИАЦИЕЙ В ЛЕВУЮ РУКУ, ЖАЖДой, ОДЫШКОЙ В ПОКОЕ, ОТЕКАМИ ГОЛЕНЕЙ И СТОП, ГЛИКЕМИЕЙ – 28 ММОЛЬ/Л. ОСМОЛЯРНОСТЬЮ КРОВИ – 350 МОСМОЛЬ/Л, ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНЫМ Q-ИМ, ОСТРЕЙШЕЙ ФАЗОЙ НА ЭКГ В КАЧЕСТВЕ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- А. Отменить Метформин, оставить Эвоглиптин
- Б. *Отменить ПССП, перевести на инсулин

- В. Заменить Метформин Глимеридом
- Г. Оставить терапию, добавить инсулин

T57 ПК-1.3.6. ДОЗА ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ БОЛЬНОМУ 18 ЛЕТ С ДИАГНОЗОМ: САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ТИП 1, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ, КЕТОАЦИДОЗ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЕТ

- А. 8-10ЕД на каждый прием пищи
- Б. 1-2ЕД/час
- В. *7ЕД/час
- Г. 4-6ЕД на каждый прием пищи

T58 ПК-1.3.6. ПАЦИЕНТУ 81 ГОДА С ГЛИКЕМИЕЙ – 46,2 ММОЛЬ/Л, ОСМОЛЯРНОСТЬЮ ПЛАЗМЫ – 350 МОСМОЛЬ/Л, УРОВНЕМ НАТРИЯ СКОРРЕКТИРОВАННОГО – 150 ММОЛЬ/Л ПОКАЗАНА РЕГИДРАТАЦИЯ _____

- А. 0,9% раствором натрия хлорида
- Б. *0,45% раствором натрия хлорида
- В. 5% раствором глюкозы
- Г. Раствором реополиглюкина

T59 ПК-2.1.5. РЕГУЛЯЦИЯ ВЫРАБОТКИ ПРОЛАКТИНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- А. АКТГ
- Б. Проопиомелонкортином
- В.* Дофамином
- Г. Серотонином

T60 ПК-2.1.5. ВЛИЯЮТ НА ЖИРОВОЙ ОБМЕН ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ

- А. Ускоряют липолиз
- Б. Ускоряют липогенез
- В. *Усиливают липогенез на туловище
- Г. Усиливают липогенез в конечностях

T61 ПК-2.1.6. КЛАССИФИКАЦИЯ TН1RADS ПОКАЗЫВАЕТ

- А. Степень увеличения щитовидной железы
- Б. Выраженность диффузных изменений щитовидной железы на УЗИ
- В. *Степень злокачественности узла щитовидной железы на УЗИ
- Г. Степень злокачественности узла щитовидной железы

T62 ПК-2.1.6. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ

- А. Гипернатриемия, гиперкалиемия
- Б. *Гипернатриемия, гипокалиемия
- В. Гипонатриемия, гиперкалиемия
- Г. Электролитные нарушения не характерны

T63 ПК-2.1.7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Пролактинома
- Б. Нарушение выработки дофамина
- В. Поликистоз яичников
- Г. Ожирение

T64 ПК-2.1.7. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2ГО ТИПА ЛЕЖИТ

- А. Инсулинорезистентность
- Б. Ожирение
- В. Отсутствие инсулина
- Г. Бессонница

Т65 ПК-2.2.3. В КАЧЕСТВЕ СКРИНИНГА ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А. *ТТГ
- Б. Т4 свободный
- В. Т3 свободный
- Г. Т4 общий

Т66 ПК-2.2.3. ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ КАТЕХОЛАМИНОВ И ИХ МЕТАБОЛИТОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИССЛЕДОВАТЬ У ПАЦИЕНТА

- А. Утреннюю мочу
- Б. *Суточную мочу
- В. Кровь
- Г. Слюну

Т67 ПК-2.2.4. ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО БУДЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- А. КТ органов брюшной полости
- Б. *КТ или МРТ с в/в контрастированием ОБП
- В. УЗИ органов брюшной полости
- Г. Рентгенография органов брюшной полости

Т68 ПК-2.2.4. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. УЗИ щитовидной и паращитовидных желез
- Б. *Сцинтиграфия паращитовидных желез
- В. Компьютерная томография шеи
- Г. МРТ шеи с контрастированием

Т69 ПК-2.2.5. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Внутриглазное введение ГКС
- Б. *Лазерная коагуляция сетчатки
- В. Капли с цитиколином
- Г. Капли с пилокарпином

Т70 ПК-2.2.5. СУСТАВ (СТОПА) ШАРКО – ЭТО...

- А. Самостоятельное заболевание
- Б. Одна из форм диабетической полинейропатии
- В. *Одна из разновидностей нейропатической формы диабетической стопы
- Г. Одна из разновидностей ишемической формы диабетической стопы

Т71 ПК-2.2.6. РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ: НАТОЩАК - 7,0 ММОЛЬ/Л, ЧЕРЕЗ 2 Ч. -11.2 ММОЛЬ/Л (ВЕНОЗНАЯ КРОВЬ) СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

- А. *Сахарном диабете
- Б. Нарушении толерантности к глюкозе
- В. Нарушении гликемии натощак
- Г. Физиологической норме

T72 ПК-2.2.6. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТАПБ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Узел менее 1 см в диаметре у пациента старше 40 лет
- Б. *Узел более 1 см в диаметре впервые выявленный
- В. Коллоидный узел впервые выявленный
- Г. Узел с четкими ровными контурами

T73 ПК-2.2.7. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИНДРОМОМ В ДЕБЮТЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Инсипидарный синдром
- Б. Интоксикационный синдром
- В. Диспепсический синдром
- Г. Судорожный синдром

T74 ПК-2.2.7. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Судороги скелетных мышц
- Б. Нарушение сердечного ритма
- В. Отеки лица и конечностей
- Г. *Рецидивирующий нефролитиаз

T75 ПК-2.2.8. ПРИ НАРУШЕНИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К УГЛЕВОДАМ ЧЕРЕЗ 2 Ч ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГЛИКЕМИИ

- А. Более 7,8 ммоль/л
- Б. 7,8-9,1 ммоль/л
- В. *7,8-11,1 ммоль/л
- Г. Менее 7,8 ммоль/л

T76 ПК-2.2.8. ДЛЯ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

- А. Повышение ТТГ, снижение Т4 свободного
- Б. Повышение ТТГ, повышение Т4 свободного
- В. *Снижение ТТГ, снижение Т4 свободного
- Г. Снижение ТТГ, повышение Т4 свободного

T77 ПК-2.2.9. У БОЛЬНОГО 45 ЛЕТ, С ЖАЛОБАМИ ОКОЛО ПОЛУГОДА НА НАРУШЕНИЕ ГЛОТАНИЯ, ДИСКОМФОРТ В ШЕЕ, ОСОБЕННО СПРАВА, ОСИПЛОСТЬЮ ГОЛОСА, УЗЛОВЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ В ПРОЕКЦИИ ПРАВОЙ ДОЛИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ, АД 120/80 ММ.РТ.СТ. ЧСС 68 УД/МИН, ДАННЫМИ АНАЛИЗА КРОВИ: ТТГ 1,6 (0,42-4,2), Т4 СВОБОДНЫЙ 13,4 (10,2-22,1), АТ К ТПО – 385 (ДО 30), НА УЗИ ЩЖ: ГИПОЭХОГЕННЫЙ УЗЕЛ В ПРАВОЙ ДОЛЕ С НЕЧЕТКИМ НЕРОВНЫМ КОНТУРОМ РАЗМЕРАМИ 3,4Х1,2СМ С ИНТРА- И ПЕРИНОДУЛЯРНЫМ КРОВОТОКОМ, ТН1RADS 4, УПЛОТНЕНИЕМ КАПСУЛЫ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ

- А. Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз
- Б. Аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз
- В. *Необходимо выполнить ТАПБ
- Г. Рак щитовидной железы

T78 ПК-2.2.9

У ПАЦИЕНТКИ 38 ЛЕТ СО СТОЙКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 180/110 ММ РТ. СТ., ПАСТОЗНОСТЬЮ ГОЛЕНЕЙ, ТРОФИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ КОЖИ, ОТСУТСТВИЕМ СТРИЙ, УРОВЕНЕМ КАЛИЯ КРОВИ 2,8 ММОЛЬ/Л, ИЗМЕНЕНИЯМИ

НА КТ В ВИДЕ ОКРУГЛОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ПРАВОМ НАДПОЧЕЧНИКЕ ДИАМЕТРОМ ДО 25 ММ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ

- А. Феохромоцитому
- Б. Болезнь Иценко-Кушинга
- В. Синдром Иценко-Кушинга
- Г. *Синдром Конна

Т79 ПК-2.2.10. ПРИ ПОРАЖЕНИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРОЦЕССОМ С РАЗВИТИЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИХ ФУНКЦИИ ЭТУ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК

- А. Вторичную
- Б. Третичную
- В. Периферическую
- Г. *Первичную

Т80 ПК-2.2.10. ПАЦИЕНТУ С АМИОДАРОН-ИНДУЦИРОВАННЫМ ТИРЕОИДИТОМ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ, РАЗВИВШИМСЯ ПОСЛЕ ПОСТОЯННОГО ПРИЕМА КОРДАРОНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НЕОБХОДИМО

- А. Оставить Кордарон, добавить к лечению Тирозол
- Б. *Отменить Кордарон, назначить Тирозол
- В. Ничего не менять
- Г. Отменить Кордарон, назначить левотироксин натрия

Т81 ПК-2.2.12. ОСНОВНЫЕ ЭФФЕКТЫ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ

- А. Напрямую
- Б. Опосредованно через инсулин
- В. *Опосредованно через ИФР-1
- Г. Опосредованно через ИФР-2

Т82 ПК-2.2.12. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА МОЖЕТ СТАТЬ

- А. Альдостерома
- Б. АКТГ-эктопированный синдром
- В. Болезнь Аддисона
- Г. *Стеноз почечных артерий

Т83 ПК-2.2.13. У ПАЦИЕНТА С УЗЛОВЫМ ЗОБОМ, ИЗМЕНЕНИЯМИ В КРОВИ: ТТГ 1,24 ММЕ\МЛ (0,4-4,2), КАЛЬЦИТОНИНОМ– 160 ПКМОЛЬ\Л (0-5) НЕОБХОДИМО

- А. Назначить левотироксин натрия
- Б. Назначить препараты йода
- В. *Направить на ТАПБ
- Г. Контроль УЗИ ЩЖ, ТТГ 1р/год

Т84 ПК-2.2.13. ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ПОКАЗАНО НА СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ _____ НЕДЕЛЬ

- А. 1-10
- Б. 10-22
- В. *24-28
- Г. 28-32

T85 ПК-2.3.3. РАСЧЕТ ЦЕЛЕВЫХ УРОВНЕЙ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА И ГЛИКЕМИИ НЕОБХОДИМ ДЛЯ

- А. *Указания тяжести состояния больного и уровня его компенсации
- Б. Лучшего понимания у пациента, к чему ему необходимо стремиться
- В. Удобства подбора тактики лечения
- Г. Оценки приверженности пациента к лечению

T86 ПК-2.3.3. ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ В АНАЛИЗАХ БУДУТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

- А. Снижение уровня ТТГ, снижение уровня Т4 свободного
- Б. Снижение уровня ТТГ, повышение уровня Т4 свободного
- В. *Повышение уровня ТТГ, нормальный уровень Т4 свободного
- Г. Повышение уровня ТТГ, повышение уровня Т4 свободного

T87 ПК-2.3.4. У ПАЦИЕНТА С КОЛЛОИДНЫМ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО

- А. Назначить левотироксин натрия
- Б. Назначить препараты йода
- В. Направить на ТАПБ
- Г. *Контроль УЗИ ЩЖ, ТТГ 1р/год

T88 ПК-2.3.4. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМии НЕОБХОДИМО ИЗМЕРИТЬ УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА КРОВИ:

- А. Однократно
- Б. *Не менее 2х раз
- В. Не менее 3х раз
- Г. Не менее 4х раз

T89 ПК-2.3.5. У ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА АКРОМЕГАЛИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ

- А. *МРТ головного мозга в в/в контрастированием
- Б. Компьютерную томографию головного мозга
- В. УЗИ щитовидной железы
- Г. Сцинтиграфию щитовидной железы

T90 ПК-2.3.5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФЕОХРОМАЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. КТ ОГК с контрастом
- Б. МРТ головного мозга с контрастом
- В. УЗИ надпочечников
- Г. *Сцинтиграфия

T91 ПК-2.3.6. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Увеличение объема щитовидной железы более 20 см³
- Б. * Увеличение объема щитовидной железы более 40 см³
- В. Отсутствие тяжелых осложнений тиреотоксикоза
- Г. Подострый тиреоидит в анамнезе

T92 ПК-2.3.6. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Радиойодтерапия
- Б. Бисфосфонаты

- В. Тиреостатики
- Г. *Оперативное лечение

Т93 ПК-2.3.8. ЖАЛОБЫ НА СУДОРОГИ ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦ ПРИ ХОДЬБЕ БОЛЕЕ 100 МЕТРОВ, НАЛИЧИЕ ГАНГРЕНЫ 1-ГО ПАЛЬЦА ПРАВОЙ СТОПЫ, ОККЛЮЗИИ МАЛОБЕРЦЕОВОЙ АРТЕРИИ СПРАВА У ПАЦИЕНТА 72 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ТИП 2 В ТЕЧЕНИЕ 10 ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О РАЗВИТИИ

- А. Диабетической остеоартропатии
- Б. * Атеросклеротического поражения артерий ног
- В. Диабетической полинейропатия
- Г. Флегмоне правой стопы

Т94 ПК-2.3.8. У БОЛЬНОГО 41 ГОДА, С ЖАЛОБАМИ ОКОЛО ПОЛУГОДА НА РЕЗКУЮ СЛАБОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ, ОБЪЕКТИВНЫМИ ДАННЫМИ: АД 80/40 ММ.РТ.СТ, ЧСС 110 УД/МИН., В КРОВИ: КОРТИЗОЛ 1,2 НГ/МЛ (6,2–19,4), АКТГ МЕНЕЕ 0,001 ПГ/МЛ (ДО 46), АЛЬДОСТЕРОН 56 ПКМОЛЬ/Л (14-140), НАТРИЙ 150 ММОЛЬ/Л, КАЛИЙ 3,7 ММОЛЬ/Л, ТТГ 1,4 ММЕ/Л (0,4-4,2) МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ

- А. *Первичную надпочечниковую недостаточность
- Б. Синдром Иценко-Кушинга
- В. Болезнь Иценко-Кушинга
- Г. Вторичную надпочечниковую недостаточность

Т95 ПК-3.1.1. ИНСУЛИНЫ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1ГО ТИПА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

- А. Имитации базальной выработки инсулина
- Б. *Имитации постпрандиальной выработки инсулина
- В. Снижения тощаковой глюкозы крови
- Г. Использование не обязательно

Т96 ПК-3.1.1. БОЛЬНОМУ С ПОДОСТРЫМ ТИРЕОИДИТОМ В ГИПОТИРЕОИДНОЙ ФАЗЕ ПОКАЗАНА СЛЕДУЮЩАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

- А. *Левотироксин натрия
- Б. НПВС и тиреостатики
- В. НПВС и ГКС
- Г. ГКС и тиреостатики

Т97 ПК-3.1.2. У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗРЕШЕНО К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ПРИМЕНЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

- А. Только агонистов ГПП-1
- Б. Только метформина
- В. Только дапаглифлозинов
- Г. *Только инсулина

Т98 ПК-3.1.2. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВКЛЮЧАЕТСЯ В СЕБЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- А. *Заместительной терапии гидрокортизоном и флудкортизоном
- Б. Заместительной терапии только гидрокортизоном
- В. Заместительной терапии только флудкортизоном
- Г. Заместительной терапии левотироксином

T99 ПК-3.1.3. РАЦИОНАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ, УГЛЕВОДОВ И ЖИРОВ В ДИЕТЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА СО СНИЖЕНИЕМ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ

- А. Белки 25%, углеводы 40%, жиры 35%
- Б. *Белки 16%, углеводы 60%, жиры 24%
- В. Белки 40%, углеводы 30%, жиры 30%
- Г. Белки 30%, углеводы 30%, жиры 40%

T100 ПК-3.1.3. ПРИ ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА ОСТЕОПОРОЗА НЕОБХОДИМО ОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЗЫВАТЬ НАЛИЧИЕ/ОТСУТСТВИЕ

- А. Болевого синдрома
- Б. *Патологических переломов
- В. Любых переломов в анамнезе
- Г. Наследственную предрасположенность

T101 ПК-3.1.4. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНСУЛИНОВЫХ ЛИПОАТРОФИЙ СЛЕДУЕТ

- А. Применить местно стероидную мазь
- Б. *Вводить короткий инсулин в места липоатрофии
- В. Прервать лечение инсулином
- Г. Применить массаж и гимнастику

T102 ПК-3.1.4. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ АТ К ТПО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

- А. Препараты йода
- Б. Препараты селена
- В. Препараты лапчатки белой
- Г. *Таких препаратов не существует

T103 ПК-5.1.3. У ДЕВУШКИ 16 ЛЕТ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ С 5 ЛЕТ АЛИМЕНТАРНОГО ХАРАКТЕРА, ЖАЛОБАМИ НА НЕРЕГУЛЯРНЫЕ МЕНСТРУАЦИИ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ПОЯВЛЕНИЕ НА КОЖЕ БЕДЕР УЗКИХ РОЗОВЫХ ПОЛОС, ОБЪЕКТИВНО: РАВНОМЕРНЫМ РАСПРЕДЕЛЕНИЕМ ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ, ВЕСОМ 116 КГ, РОСОМ 172 СМ, АД 160/100 ММ РТ. МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ

- А. Алиментарное ожирение
- Б. Синдром Иценко — Кушинга
- В. Первичный гипотиреоз
- Г. *Пубертатно-юношеский диспитуитаризм

T104 ПК-5.1.3. МОНИТОРИНГ БОЛЬНЫХ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В КОНТРОЛЕ

- А. УЗИ ЩЖ, ТТГ, Т4 свободного
- Б. *УЗИ ЩЖ, ТТГ
- В. УЗИ ЩЖ, Ат к ТПО
- Г. Ат к ТПО, ТТГ, Т3 свободного

T105 ПК-5.1.6. ПАЦИЕНТУ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И СОПУТСТВУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ПОДЪЕМОМ ТЕМПЕРАТУРЫ СЛЕДУЕТ

- А. Применить сахароснижающие средства
- Б. *Увеличить суточную дозу инсулина
- В. Прекратить прием инсулина

Г. Уменьшить суточную дозу инсулина

T106 ПК-5.1.6. ПРИ СЛУЧАЙНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ В НАДПОЧЕЧНИКЕ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОКАЗАНО ОДНО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

- А. Определение в крови уровня кортизола натощак
- Б. Определение уровня катехоламинов в плазме крови
- В. * Проведение малой дексаметазоновой пробы
- Г. Пункционная биопсия образования под контролем КТ или УЗИ

Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (*)

Ситуационные задания

S1 ОПК-4.1.1. Больная 59 лет обратилась к терапевту с жалобами на слабость, быструю утомляемость, полиурию, жажду, головные боли. В анамнезе 3 родов, все дети родились с весом 4,5-5 кг. Бабушка по отцовской линии болела сахарным диабетом. Объективно: равномерное ожирение, рост 164см, вес 92кг. Патологии со стороны внутренних органов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Рассчитайте индекс массы тела и оцените полученный результат у данного больного.
3. Назначьте дообследования для проведения дифференциальной диагностики.

Эталоны ответов:

1. Предварительный диагноз: Ожирение 1 степени, алиментарно-конституциональное, стабильная стадия. Сахарный диабет тип 2? Нарушение толерантности к углеводам? Нарушение гликемии натощак?
2. ИМТ – 34, 21. Ожирение 1 степени.
3. Глюкоза крови натощак, гликированный гемоглобин, при необходимости пероральный глюкозотолерантный тест.

S2 ОПК-4.1.2. Пациентка 36 лет жалуется на частые эпизоды повышения АД до 260/120 мм рт.ст. в течение последних месяцев. В семье нет больных с артериальной гипертензией. Утром появляется интенсивная головная боль, сердцебиение. АД 260/120 мм рт.ст., ЧСС - 115 за 1 мин. Во время приступа: гликемия – 7,3 ммоль/л, лейкоцитоз, после снижения артериального давления и купирования криза появилась выраженная полиурия.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите ожидаемые результаты лабораторных и инструментальных обследований.
3. Какие антигипертензивные препараты наиболее эффективны у данной пациентки?

Эталоны ответов:

1. Предварительный диагноз: Феохромоцитома.
2. Повышение уровня катехоламинов и нормаэпинефрина в суточной моче. КТ ОБП с в/в контрастированием: объемное образование одного или обоих надпочечников. Нормальные показатели креатинина, мочевины, калия, натрия.
3. α -адреноблокаторы.

С3 ОПК-4.1.3. Больной, 21 лет, жалуется на сухость во рту, жажду, обильное мочеиспускание (суточный диурез около 6 л), значительное снижение массы тела и снижение работоспособности. Заболевание развилось в течение трех месяцев после перенесённого гриппа. Объективно: рост 172 см, вес 62 кг. Телосложение астеническое, кожа сухая, в области спины - поверхностная пиодермия. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы, тоны звучные. Пульс 86 в минуту, ритмичный. АД 116/80 мм.рт.ст. Определяется кровотоочивость дёсен. Край печени выступает из - под края рёберной дуги на 2 см, болезненный при пальпации. Гликемия 29,1 ммоль/л, кетоновые тела +++. Биохимический анализ крови: креатинин 90 мкмоль/л, мочевины 5,1 ммоль/л, рН 7,27, бикарбонаты 13,3 ммоль/л

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (основной и осложнения).
2. Рассчитайте целевые уровни гликемии для данного больного.
3. Сформулируйте принципы лечения.

Эталоны ответов:

1. Осн: Сахарный диабет, тип 1.
Осл: Кетоацидоз, легкой степени тяжести.
2. Целевой уровень HbA1c менее 6,5%, целевая гликемия натощак менее 6,5 ммоль/л, целевая гликемия через 2ч после еды менее 8 ммоль/л.
3. Инсулинотерапия, регидратация, коррекция метаболического ацидоза и электролитных нарушений.

С4 ОПК-4.2.2. Больная П., 60 лет, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, зябкость, сонливость, увеличение массы тела. При осмотре апатично медлительная, отечность лица и конечностей. Кожа сухая, холодная, шелушащаяся, отеки плотные. Тоны сердца глухие, брадикардия до 52 уд/мин. АД 90\60 мм.рт.ст

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дообследования для проведения дифференциальной диагностики.
3. Сформулируйте принципы лечения.

Эталоны ответов:

1. Аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз?
2. ТТГ, Т4 свободный, Ат к ТПО, УЗИ щитовидной железы.
3. Заместительная терапия левотироксином натрия.

С5 ОПК-4.2.3. Мужчина 46 лет, поступил в клинику с жалобами на мышечную слабость, головокружение, снижение веса. Считает себя больным около 5 месяцев, после перенесенного гепатита. Получает лечение по поводу аутоиммунного тиреоидита. Объективно: пониженного питания, рост- 166 см, вес - 61 кг. Кожа цвета загара, в области передней поверхности грудной клетки, на спине участки витилиго. Соски, складки на шее, локтях пигментированы. При осмотре области шеи щитовидная железа увеличена, при пальпации неравномерной структуры, безболезненная, подвижная при глотании. Пульс 66 в мин., АД - 95/60 мм рт.ст. Глюкоза крови натощак 3,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите ожидаемые результаты лабораторных и инструментальных обследований.
3. Почему развивается гиперпигментация кожных покровов?

Эталоны ответов:

1. Хроническая первичная надпочечниковая недостаточность, впервые выявленная
2. Снижение уровня кортизола крови, снижения уровня альдостерона крови, повышение уровня АКТГ и ренина, гипонатриемия, гиперкалиемия. На КТ ОБП двухсторонняя атрофия надпочечников.
3. Гиперпигментация связана с повышением выработки проопиомеланокортина – предшественника АКТГ и меланотропного гормона. Из-за чего уровень меланотропного гормона повышается и стимулируется выработка меланина.

С6 ОПК-4.2.4. Больная С., 42 года, после физической перегрузки потеряла сознание. АД 40/20 мм рт.ст. В анамнезе болеет бронхиальной астмой в течение 5 лет, постоянно употребляет глюкокортикоиды. Последнюю неделю никаких лекарств не употребляла. Об-но: кожа обычного цвета, нормальная влажность, тоны сердца глухие, пульс 100 за мин, слабого наполнения, ритмичный. Уровень глюкозы в крови - 3,0 ммоль/л, натрия - 117 ммоль/л, калия - 6,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какой механизм возникновения данного острого состояния?
3. Окажите первую помощь данному больному.

Эталоны ответов:

1. Острая надпочечниковая недостаточность.
2. Постоянный прием глюкокортикостероидов привел к подавлению выработки эндогенного кортизола. Отмена препарата спровоцировала резкое снижение уровня кортизола крови, что привело к возникновению острой надпочечниковой недостаточности.
3. Гидрокортизона ацетат 100,0 в/в болюсом, натрия хлорид 0,9% в/в капельно 1л/час.

С7 ОПК-4.3.2. Пациент 39 лет, обратился на прием к врачу с жалобами на выраженную жажду (до 10 литров в день) в том числе и ночью, учащенное мочеиспускание. Симптомы появились около 7 месяцев назад и постепенно нарастали. В анамнезе: автомобильная авария, после которой диагностировали ушиб мозга. При проведении стандартного теста толерантности к глюкозе: уровень глюкозы натощак 4,1-ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,5 ммоль/л. При исследовании мочи: белок – отриц., плотность 1001-1002, лейкоц. – 1-0-1, эритроц. – ед. в п/зр. В анализах крови без отклонений, рентгенография черепа – без отклонений.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще исследования необходимы?
3. Сформулируйте принципы терапии

Эталоны ответов:

1. Центральный несахарный диабет, средней степени тяжести, стадия декомпенсации.
2. Анализ мочи по Зимницкому, уровень натрия крови, расчет осмолярности плазмы крови, осмолярности мочи.

3. Заместительная терапия десмопрессином..

С8 ОПК-4.3.3. Пациент, 73 лет, в коме бригадой СМП доставлен в приемный покой БСМП. Мужчина живет один, со слов соседей болеет сахарным диабетом много лет, злоупотребляет спиртным. В квартире найдены препараты: глибенкламид, метформин. При осмотре: сознание- сопор, ригидность мышц затылка нет, мидриаз, тонические судороги. Влажная кожа и слизистые оболочки, гиперсаливация, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет, ЧДД-18 в минуту, сердечные тоны приглушены, ритмичные с ЧСС-100 в минуту, АД= 80/40 мм рт.ст. При исследовании: сахар крови - 1,7 ммоль/л, кетоновые тела - 15 мг%, алкоголь 1%

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (основной и осложнения).
2. Какой из сахароснижающих препаратов мог спровоцировать данное состояние? Почему?
3. Окажите первую помощь.

Эталоны ответов:

1. Осн: Сахарный диабет, тип 2. Целевой уровень HbA1c менее 8,0%, целевая гликемия натощак менее 8,0 ммоль/л, целевая гликемия через 2ч после еды – менее 11 ммоль/л. Осл: Гипогликемическая кома.
2. Вероятнее всего, гипогликемия спровоцировал глибенкламид. Потому что механизм его действия основан на усилении выработки инсулина поджелудочной железой. Прием алкоголя также способствует снижению уровня глюкозы крови.
3. Глюкоза 40% в/в струйно 10-100мл до нормализации сознания.

С9 ОПК-5.1.1. Больная В., 30 лет. Обратилась к эндокринологу с жалобами на общую слабость, жажду, повышенный аппетит, похудание на 10 кг за 2 месяца, учащенное сердцебиение, раздражительность, слезотечение. Болеет более 2 месяцев. Месяц назад перенесла фолликулярную ангину. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 С. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук, экзофтальм, блеск глаз, редкое мигание. Кожа кистей рук повышенной влажности, теплая. Пальпируется увеличенная щитовидная железа, мягкая, безболезненная. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца усилены, тахикардия до 126 в минуту. АД - 160\50 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень, желчный пузырь, селезенка не увеличены. Стул жидкий, до 5 раз в сутки. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, безболезненное.

Гормональное обследование: ТТГ менее 0,0001 мМЕ/л, Т4 свободный 104,2 пмоль/л, Ат к рецепторам ТТГ 29,1 Ед/л. УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа увеличена, суммарный объем 41,2 см³. Контур волнистый четкий. Диффузные изменения паренхимы. Васкуляризация и экзогенность железы повышены.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой патофизиологический механизм возникновения экзофтальма при данном заболевании?
3. Сформулируйте принципы терапии.

Эталоны ответов:

1. Диффузно-токсический зоб 1 степени, тиреотоксикоз. Осл: Эндокринная офтальмопатия. Вторичная артериальная гипертензия 1 стадии. Синусовая тахикардия.

2. Ат к рецепторам ТТГ связываются с рецепторами на поверхности ретробульбарной клетчатки, что провоцирует ее воспаление и отек. Это приводит к выталкиванию стекловидного тела из глазницы и экзофтальму.

3. Тиреостатическая терапия: Тиамазол или Пропилтиоурацил. Глюкокортикостероиды в малых дозах: Преднизолон 5-10мг или Метилпреднизолон 4-8мг. Бета-адреноблокаторы для купирования тахикардии.

С10 ОПК-5.2.1. Больной, 21 лет, жалуется на сухость во рту, жажду, обильное мочеиспускание (суточный диурез около 6 л), значительное снижение массы тела и снижение работоспособности. Заболевание развилось в течение трех месяцев после перенесённого гриппа. Объективно: рост 172 см, вес 62 кг. Телосложение астеническое, кожа сухая, в области спины - поверхностная пиодермия. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы, тоны звучные. Пульс 86 в минуту, ритмичный. АД 116/80 мм.рт.ст. Глюкоза крови натощак 25,1 ммоль/л. Гликированный гемоглобин 11,2%. В общем анализе мочи: глюкозурия. С-пептид: менее 0,01 ммоль/л

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие диагностические критерии постановки диагноза сахарный диабет?
3. Какие лабораторные исследования необходимы для проведения диф.диагностики?

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет, тип 1. Целевой уровень HbA1c менее 6,5%, целевая гликемия натощак менее 6,5 ммоль/л, через 2ч после еды менее 8 ммоль/л.
2. Случайная гликемия более 11,1 ммоль/л. Гликемия натощак более 7,0 ммоль/л и повышение уровня гликированного гемоглобина более 6,5%.
3. Для диф.диагностики между СД 1типа и СД 2типа необходимо измерить уровень С-пептида. У пациентов с СД 1типа он будет значительно снижен, у пациентов с СД 2типа – в норме или повышен.

С11 ОПК-5.3.1. Больная А., 42 лет обратилась к эндокринологу по поводу случайно зафиксированных высоких цифр сахара крови до 8,1 ммоль/л. Доктор обратил внимание на необычную внешность: неравномерно увеличенные надбровные дуги, нижнюю челюсть, крупные кисти. При подробном опросе, выяснено, что за последние годы увеличение размеров обуви и головных уборов. Объективно: Кожа плотная, с глубокими складками, особенно на волосистой части головы. Рост - 170 см, масса тела 100 кг (ИМТ – 34,6 кг/м²). Отложение жира равномерное - с преимущественным распределением в области живота и бедер. Щитовидная железа не увеличена, функция ее не нарушена. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 160/90 мм.рт.ст. Пульс 90 в мин. ритмичный. Дополнительные исследования: ИФР-1: 1290 нг/мл. Стандартный тест толерантности к глюкозе (исследована венозная кровь): уровень глюкозы натощак 6,5 ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 10,4 ммоль/л. Пероральный глюкозотолерантный тест: натощак СТГ 6 нг/мл, через 2ч после нагрузки – СТГ 9 нг/мл. ТТГ 2,5 мМЕ/л. На рентгенограмме головы в боковой проекции– «двухконтурность» турецкого седла.

Вопросы:

1. Оцените результаты дополнительных обследований.
2. Какое дообследование необходимо для установления заключительного диагноза?
3. Сформулируйте диагноз (основной, осложнения и сопутствующие).

Эталоны ответов:

1. Повышение уровня ИФР-1. Отсутствие снижения уровня СТГ после углеводной нагрузки при проведении перорального глюкозотолерантного теста. Нарушенная толерантность к углеводам. Нормальный уровень ТТГ. Подозрение на аденому гипофиза по данным рентгенографии головы.
2. МРТ головного мозга с в/в контрастированием.
3. Диагноз: Осн: Акромегалия, активная фаза (соматотропинома гипофиза). Осл: Нарушение толерантности к углеводам. Вторичная артериальная гипертензия 1стадии, риск 3. Соп: Ожирение 1степени, алиментарно-конституциональное, стабильная стадия.

С12 ОПК-6.1.1. Больная Д, 81год, доставлена в приемное отделение бригадой скорой помощи. Сбор жалоб и анамнеза затруднен, в связи с тяжелым состоянием больной. Со слов родственников, сахарным диабетом болеет более 20лет, принимает Метформин, Глибенкламид. В последнее время жаловалась на выраженные отеки ног, самостоятельно принимала фуросемид. Накануне утром пожаловалась на головную боль, головокружение, онемение и слабость в правой руке и ноге, нарушение глотания. Объективно: состояние тяжелое, сопор. Кожные покровы сухие, тургор кожи снижен. Язык сухой. Обращает на себя внимание асимметрия лица. АД 90/50 мм.рт.ст, ЧСС 140уд/мин, частые ЭС. Живот мягкий, безболезненный. Отеки голеней и стоп. Гликемия 46,2 ммоль/л. В общем анализе мочи: глюкоза 145,2 ммоль/л, белок 0,7 г/л. Осмолярность плазмы – 350 мосмоль/л. рН 7,31, натрий плазмы – 143 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (основной и осложнения).
2. С каким заболеванием необходимо провести диф.диагностику? Какое дообследование для этого необходимо?
3. Какой дополнительный показатель необходимо рассчитать для адекватного выбора терапии? Рассчитайте его.
4. Сформулируйте принципы терапии для данного больного.

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет, тип 2 (целевой уровень НВА1с менее 8,5%, целевая гликемия натощак менее 8,5 ммоль/л, через 2ч после еды – менее 12 ммоль/л). Осл: Гиперосмолярное гипергликемическое состояние.
2. ОНМК. Для диф.диагностики необходимо выполнить КТ головного мозга
3. Натрий скорректированный. 154,7 ммоль/л.
4. На догоспитальном этапе 0,9% р-р натрия хлорида 1л/час. Далее согласно уровню скорректированного натрия 2,5% р-ром глюкозы под контролем ЦВД. Инсулинотерапия 1-2ЕД/час инфузوماتом.

С13 ОПК-6.1.2. Больной М., 23 года. Жалобы на резкую слабость, повышенное потоотделение, дрожь в теле, сердцебиение, головокружение, сильное чувство голода. Более 10 лет более сахарным диабетом 1-го типа. Объективно: состояние средней тяжести. Возбужден. Кожные покровы бледные, влажные. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. ЧСС 120уд/мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Гликемия на глюкометре 2,0 ммоль/л

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось у данного больного?
2. Что могло его спровоцировать?
3. Окажите первую помощь.

Эталоны ответов:

1. Гипогликемия.
2. Неверно рассчитанная доза инсулинотерапии, пропуск приема пищи, физическая или эмоциональная нагрузка.
3. 40% р-р глюкозы в/в струйно 10-100мл, до нормализации состояния. Препараты глюкагона 1,0 п/к. При отсутствии эффекта начать вводить в/в капельно 5-10% р-р глюкоза и госпитализировать.

С14 ОПК-6.2.1. Больной Г, 48 лет, доставлен в приемное отделение бригадой СМП в бессознательном состоянии. Со слов жены около 2х лет наблюдается у эндокринолога по поводу надпочечниковой недостаточности. Регулярно принимал терапию. Накануне съел на вокзале беляш, после чего весь вечер и ночь отмечал сильную диарею, тошноту, рвоту. Утром пожаловался на появление сильных болей в животе и потерял сознание. Объективно: состояние тяжелое. Сознание отсутствует, кома 1. Рост – 186см, вес – 70кг. Температура тела – 35,9 С. Кожные покровы бледные. На лице, кистях и складках кожи гиперпигментация. Язык влажный. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. ЧДД – 18 вд/мин, SpO₂ – 97%. Деятельность сердца ритмичная, тахикардия ЧСС 120 уд/мин, АД 50/20 мм.рт.ст. Живот напряжен. Периферических отеков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите ожидаемые результаты дообследования.
3. Сформулируйте принципы терапии.

Эталоны ответов:

1. Хроническая первичная надпочечниковая недостаточность, тяжелое течение, стадия декомпенсации. Аддисонический криз.
2. Общий анализ крови без патологии. Гипогликемия, гиперкалиемия, гипонатриемия, гиперкалиемия. Возможно повышение уровня креатинина, мочевины.
3. Гидрокортизона ацетат 100,0 в/в струйно. 0,9% р-р натрия хлорида 1л/час.

С15 ОПК-6.2.4. Больной Л, 18лет, доставлен в приемное отделение бригадой скорой помощи. Жалобы на резкую слабость, сухость во рту, выраженную жажду, тошноту, двухкратную рвоту, боли в животе. Объективно: Рост 184кг, вес – 70кг. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. АД 100/60 мм.рт.ст, ЧСС 120 уд/мин. Живот напряжен, болезненный при пальпации. Общий анализ крови: Лц 12,1, Нв 124, Эр 4,1, СОЭ 12 мм/ч. В общем анализе мочи: УВ 1023, глюкоза 45,0 ммоль/л, белок 0,1 г/л, Лц 2-3 в п/зр. Биохимический анализ крови: глюкоза 29,0 ммоль/л, креатинин 130 мкмоль/л, мочевина 6,1 ммоль/л, рН 7,26, бикарбонаты 13,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Оцените результаты обследований.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Рассчитайте дозу инсулинотерапии и объем регидратационной терапии для данного больного согласно клиническим рекомендациям.

Эталоны ответов:

1. Лейкоцитоз (стрессовый). Кетонурия, глюкозурия, протенинурия. Гипергликемия, повышение уровня креатинина. Метаболический ацидоз.
2. Сахарный диабет, тип 1 (целевой уровень HbA_{1c} менее 6,5%, целевая гликемия натощак менее 6,5 ммоль/л, через 2ч после еды менее 8,0 ммоль/л). Диабетический кетоацидоз, легкой степени тяжести.

3. 0,1ЕД/кг/час = 0,7ЕД/час. Регидратационная терапия 0,9% р-ром натрия хлорида в/в капельно: общий объем 3,5-7л, 1е сутки – 1,75-3,5л, 2е и 3е сутки – 750мл – 1,75л.

С16 ОПК-6.3.1. Больная Д, 75 лет, доставлена в приемное отделение бригадой скорой помощи. Сбор жалоб и анамнеза затруднен, в связи с тяжелым состоянием больной. Со слов родственников, сахарным диабетом болеет более 20лет, принимает Метформин, Глибенкламид. В последнее время жаловалась на выраженные отеки ног, самостоятельно принимала фуросемид. Накануне утром пожаловалась на головную боль, головокружение, сильную жажду и онемение стоп. Объективно: состояние тяжелое, кома. Кожные покровы сухие, тургор кожи снижен. Язык сухой. Обращает на себя внимание асимметрия лица. АД 80/40 мм.рт.ст, ЧСС 120уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Отеки голеней и стоп. Общий анализ крови: Лц 13,1, Нв 124, Эр 4,1, СОЭ 12 мм/ч. В общем анализе мочи: УВ 1023, глюкоза 145,2 ммоль/л, белок 0,7 г/л, Лц 2-3 в п/зр. Биохимический анализ крови: глюкоза 44,2 ммоль/л, креатинин 170 мкмоль/л, мочевины 9,1 ммоль/л, рН 7,31, бикарбонаты 16,1 ммоль/л. натрий плазмы – 139 ммоль/л. Натрий скорректированный 149,1

Вопросы:

1. Оцените результаты обследований.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Рассчитайте дозу инсулинотерапии и объем регидратационной терапии для данного больного согласно клиническим рекомендациям.

Эталоны ответов:

1. Лейкоцитоз (стрессовый). Массивная глюкозурия, протенинурия. Гипергликемия, повышение уровня креатинина, мочевины, гипернатриемия, гиперосмолярность крови.
2. Сахарный диабет, тип 2 (целевой уровень HbA1c менее 8,5%, целевая гликемия натощак менее 8,5 ммоль/л, через 2ч после еды менее 12,0 ммоль/л). Гиперосмолярное гипергликемическое состояние.
3. На догоспитальном этапе в/в инфузия р-ра 0,9% натрия хлорида 1л/час. Далее инфузия 0,45% натрия хлорида под контролем ЦВД. Инсулинотерапия инфузوماتом 1-2ЕД/час, коррекция электролитных нарушений.

С17 ОПК-7.1.1. 63. Больной Э, 68лет. Жалобы на слабость, отеки ног и лица, головные боли, частые гипогликемии. Сахарный диабет тип 2 около 10 лет. Получает: Глибенкламид 5мг 2р/сут, Метформин 1000мг 2р/сут. Объективно: состояние средней тяжести. Отеки лица. Кожные покровы обычных свойств. В легких дыхание везикулярное. АД 220/120 мм.рт.ст. ЧСС 80 уд/мин. Живот мягкие безболезненный. Отеки голеней и стоп. Гликемия: 8,1 ммоль/л. ОАМ: желтая, прозрачная, УВ 1016, белок 1,6 г/л, глюкоза – не обнаружено, кетоновых тела - не обнаружено, Эр измененные 5-6 в п/рз, Лц 2-3 в п/зр, Эп пл – небольшое кол-во, слизь – небольшое кол-во. Б/х анализ крови: креатинин 193 мкмоль/л, мочевины 10,3 ммоль/л. СКФ – 22,95 мл/мин

Вопросы:

1. Рассчитайте целевые уровни гликированного гемоглобина и гликемии для данного больного.
2. Какое осложнение развилось у данного больного?
3. Скорректируйте терапию.

Эталоны ответов:

1. Целевой уровень HbA1c менее 8,0%, целевая гликемия натощак менее 8,0 ммоль/л, через 2ч после еды менее 11,0 ммоль/л.
2. Диабетическая нефропатия, ХБП 4 А2.

3. Отмените ПССП. Перевод на инсулин.

С18 ОПК-7.1.2. Больная Ш, 47лет, обратилась на прием с жалобами на резкую слабость, сильное сердцебиение, потливость, потерю массы тела, нарушение менструального цикла, эмоциональную лабильность, тремор рук, частый стоматит. Считает себя больной около 2х лет. Ранее был выставлен диагноз диффузно-токсического зоба, назначена консервативная терапия. Ухудшение около 2х месяцев назад. В настоящий момент получает Тиамазол 10мг/сут. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные, бархатистые. Щитовидная железа безболезненна, увеличена. Шейные, подмышечные, паховые л/узлы увеличены, безболезненны. АД 150/90 мм.рт.ст, ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий безболезненный. Печень +3см от края реберной дуги. Отеков нет. Тиреоидная панель: ТТГ менее 0,0005мМЕ/л (0,42-4,2), Т4свободный 78,5 пкмоль/л (10,2-22,1), Ат к ТПО – более 500 ЕД/л (до 30), Ат к рецепторам ТТГ – 22,6 ЕД\мл (до 1,72). Общий анализ крови: Лц 5,1, Эр 4,1, Нв 135, НСТ 41,1%, Тц 230, п-0, с-15, э-3, б-2, л-84, м-6. УЗИ ЩЖ: щитовидная железа увеличена, объем 60,2 см³, диффузные изменения паренхимы.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое осложнение развилось у данной больной? Какой патогенетический механизм его возникновения?
3. Сформулируйте дальнейшую тактику лечения пациентки.

Эталоны ответов:

1. Рецидив диффузно-токсического зоба 2ст, тиреотоксикоз.
2. Агранулоцитоз, в следствии длительного приема Тиамазола.
3. Госпитализация в эндокринологическое или терапевтическое отделение, отмена Тирозола и коррекция тиреотоксикоза преднизолоном и пропилтиоурацилом. В дальнейшем радикальная терапия – тиреоидэктомия или радиодтерапия.

С19 ОПК-7.1.3. Больной Ж, 49 лет. Жалобы на резкую слабость, чувство страха и тревоги, судороги кистей и предплечий, мышц лица, парестезии. Находится на стац.лечении в хирургическом отделении, где 2 дня назад была выполнена тиреоидэктомия по поводу диффузно-токсического зоба. Объективно: состояние тяжелое, сознание сопор. Кожные покровы бледные. Спазм мышц кистей, предплечий, лица. ЧСС 90 уд/мин, АД 100/80 мм.рт.ст. Живот напряжен. Кальций общий 1,0 ммоль/л, фосфор неорганический 2,3 ммоль/л, ПТГ 3 пг/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (основной и осложнения).
2. Оцените результаты обследования.
3. Сформулируйте тактику ведения данного больного.

Эталоны ответов:

1. Послеоперационный гипотиреоз и гипопаратиреоз (тиреоидэктомия по поводу ДТЗ). Осл: Гипокальциемический криз.
2. Гипокальцемия, гиперфосфатемия. Снижение уровня ПТГ.
3. Кальция глюконат 20-60 мл в/в болюсно, и/или 1-2 ампулы 10% раствора кальция глюконата в 50-100 мл 0,9% раствора NaCl в/в в течение 10-20 минут Препараты витамина D и его производных - Альфакальцидол 3-3,5 мкг/сут или Кальцитриол 1,5-2 мкг/сут перорально. Препараты, содержащие кальция карбонат 3000 мг по элементарному кальцию внутрь на 3-6 приемов в сутки во время или сразу после приема пищи.

C20 ОПК-7.2.1. Беременная 25 лет, 29 нед. Жалоб не предъявляет. Направлена на консультацию гинекологом с результатами перорального глюкозотолерантного теста. Глюкоза крови натощак 5,5 ммоль/л, через 1ч после нагрузки – 10,7 ммоль/л, через 2ч после нагрузки – 9,5 ммоль/л. Гликированный гемоглобин – 5,9%

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Рассчитайте целевые уровни гликемии для данной больной.
3. Сформулируйте принципы лечения.

Эталоны ответов:

1. Гестационный сахарный диабет.
2. Целевая гликемия натощак менее 5,1 ммоль/л, через 1ч после еды – менее 7,0 ммоль/л, через 2 часа после еды – менее 6,7 ммоль/л.
3. Диетотерапия, дозированная физическая нагрузка. При неэффективности инсулинотерапия.

C21 ОПК-7.2.2. Больной 38 лет, обратился к эндокринологу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, зябкость, отечность в области лица. Болеет в течение года после тиреоидэктомии по поводу диффузно-токсического зоба. Не лечился. Объективно: больной вял, адинамичен, лицо отечное, бледное. Кожа сухая, холодная, шелушащаяся, на передней поверхности шеи послеоперационный рубец. Язык толстый с фасетками от зубов. Пульс 50 уд в мин, АД 100/60 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Опишите ожидаемые результаты лабораторных и инструментальных обследований.
3. Сформулируйте план лечения.

Эталоны ответов:

1. Послеоперационный гипотиреоз (тиреоидэктомия по поводу диффузно-токсического зоба от ___ года).
2. ТТГ – значительно повышен, Т4свободный – снижен. УЗИ ложа щитовидной железы – в проекции щитовидной железы дополнительных образований не выявлено.
3. Левотироксин натрия в дозе 1,6-1,8 мкг/кг массы тела с постепенно титрацией дозы.

C22 ПК-1.1.1. Больной Э, 68лет. Жалобы на слабость, отеки ног и лица, головные боли, частые гипогликемии. Сахарный диабет тип 2 около 10 лет. Получает: Глибенкламид 5мг 2р/сут, Метформин 1000мг 2р/сут. Объективно: состояние средней тяжести. Отечность лица. Кожные покровы обычных свойств. В легких дыхание везикулярное. АД 220/120 мм.рт.ст. ЧСС 80 уд/мин. Живот мягкие безболезненный. Отеки голеней и стоп. Гликемия: 8,1 ммоль/л. ОАМ: желтая, прозрачная, УВ 1016, белок 1,6 г/л, глюкоза – не обнаружено, кетоновых тела - не обнаружено, Эр измененные 5-6 в п/рз, Лц 2-3 в п/зр, Эп пл – небольшое кол-во, слизь – небольшое кол-во.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Какое осложнение вероятнее всего развилось у данного больного?
3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения развития этого осложнения?

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет, тип 2 (целевой уровень HbA1c менее 7,5%, целевая гликемия натощак менее 7,5 ммоль/л, через 2ч после еды – менее 10 ммоль/л).
2. Диабетическая нефропатия.
3. Необходимо исследовать уровень креатинина крови и мочи, мочевины крови, выполнить пробу Реберга, рассчитать СКФ.

С23 ПК-1.1.2. 75. Больной X, 52года, обратился на прием с жалобами на сухость во рту, жажду, боли в поясничной области, часто рецидивирующие почечные колики. Более 10 лет наблюдается у уролога по поводу МКБ. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычных свойств. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна при пальпации. АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 74уд/мин. Живот мягкий безболезненный. Симптом Пастернацкого слабоположительный. Отеков нет. Результаты обследования: кальций 3,5 ммоль/л (1,16-1,32), ПТГ 133 пг/мл (15-65), ТТГ 1,35 мМЕ/мл (0,42-4,2). УЗИ ЩЖ: щитовидная железа не увеличена. Диффузные изменения паренхимы. В проекции левой нижней паращитовидной железы визуализируется округлое образование размерами 1,4x0,8см, с ровным четким контуром.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое дополнительное исследование позволит подтвердить ваш диагноз?
3. Сформулируйте план лечения.

Эталоны ответов:

1. Первичный гиперпаратиреоз (аденома левой нижней паращитовидной железы)?
2. Сцинтиграфия паращитовидных желез.
3. Наиболее эффективным в данном случае будет оперативное лечение – аденомэктомия.

С24 ПК-1.2.1. Больной, 18 лет, доставлен БСМП в хирургическое отделение с острыми болями в животе. Заболел сутки назад. Хирурги заподозрили острый живот, однако заметили запах ацетона изо рта. Состояние тяжелое. Масса тела больного 60 кг. От рвотных масс резкий запах ацетона. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Язык сухой. Ангулярный стоматит. Пародонтоз. Дыхание шумное. В легких жесткое дыхание. Пульс 100, ритмичный. Тоны сердца глухие. АД-90/50 мм рт ст. Брюшная стенка напряжена. Пальпация живота резко болезненная во всех отделах. Симптом Щеткина положительный. Печень перкурторно + 4 см. Глюкоза крови 20 ммоль/л. В разовой порции мочи 8% сахара, ацетон +++, удельный вес 1043.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Какое острое осложнение вероятнее всего развилось у данного больного?
3. Сформулируйте принципы лечения.

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет, тип 1 (целевой уровень HbA1c менее 6,5%, целевая гликемия натощак менее 6,5 ммоль/л, через 2ч после еды – менее 8 ммоль/л).
2. Диабетическая кетоацидоз.
3. Адекватная инсулинотерапия, регидратация, коррекция электролитных нарушений, коррекция метаболического ацидоза.

С25 ПК-1.2.2. 61. Больной Н, 69лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на пекущую и давящую боль за грудиной, с иррадиацией в левую руку и левое подреберье, сухость во рту, жажду, резкую слабость, головокружение, одышку, отеки н/конечностей.

Сахарный диабет тип 2 около 20 лет. Принимает Метформин 1000мг 2р/сут, Эвоглиптин 5мг вечером. Объективно: состояние тяжелое. Одышка в покое. Кожные покровы бледные сухие. В легких дыхание везикулярное, влажные хрипы в н/о. Деятельность сердца ритмичная, тахикардия ЧСС 116 уд/мин. АД 200/120 мм.рт.ст. Живот мягкие, болезненный в левом подреберье. Отеки голеней и стоп. На ЭКГ передне-перегородочный Q-ИМ, острейшая фаза. Гликемия 28 ммоль/л. Осмолярность крови 350 мосмоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Является ли развившийся у больного инфаркт миокарда осложнением сахарного диабета?
3. Ваша тактика в отношении сахароснижающей терапии?

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет, тип 2 (целевой уровень HbA1c менее 8,0%, целевая гликемия натощак менее 8,0 ммоль/л, через 2ч после еды – менее 11 ммоль/л).
2. Да, поскольку инфаркт миокарда – это острое осложнение ИБС, а ИБС считается макрососудистым осложнением сахарного диабета.
3. Отмена ПССП, перевод на инсулин.

С26 ПК-1.3.1. Больной Л, 18лет, доставлен в приемное отделение бригадой скорой помощи. Жалобы на резкую слабость, сухость во рту, выраженную жажду, тошноту, двухкратную рвоту, боли в животе. Объективно: Рост 184кг, вес – 70кг. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. АД 90/60 мм.рт.ст, ЧСС 120 уд/мин. Живот напряжен, болезненный при пальпации. Гликемия 29 ммоль/л. Общий анализ мочи – УВ 1024, глюкоза – 104, 3 ммоль/л, кетоновые тела +++++. Биохимический анализ крови: креатинин 125 мкмоль/л, мочевины 7,2 ммоль/л, рН 7,24, бикарбонаты 10,4 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Какое острое осложнение вероятнее всего развилось у данного больного? Оцените его тяжесть.
3. Какие лабораторные показатели оценивались вами при постановке диагноза?

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет, тип 1 (целевой уровень HbA1c менее 6,5%, целевая гликемия натощак менее 6,5 ммоль/л, через 2ч после еды – менее 8 ммоль/л).
2. Диабетический кетоацидоз, средней степени тяжести.
3. Уровень глюкозы крови, наличие кетоновых тел в моче, снижение рН и уровня бикарбонатов крови.

С27 ПК-1.3.2. Больная Д, 81год, доставлена в приемное отделение бригадой скорой помощи. Сбор жалоб и анамнеза затруднен, в связи с тяжелым состоянием больной. Со слов родственников, сахарным диабетом болеет более 20лет, принимает Метформин, Глибенкламид. В последнее время жаловалась на выраженные отеки ног, самостоятельно принимала фуросемид. Объективно: состояние тяжелое, сопор. Кожные покровы сухие, тургор кожи снижен. Язык сухой. Обращает на себя внимание асимметрия лица. АД 90/50 мм.рт.ст, ЧСС 140уд/мин, частые ЭС. Живот мягкий, безболезненный. Отеки голеней и стоп. Гликемия 46,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Какое острое осложнение вероятнее всего развилось у данного больного?
3. Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза?

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет, тип 2 (целевой уровень HbA1c менее 8,0%, целевая гликемия натощак менее 8,0 ммоль/л, через 2ч после еды – менее 11 ммоль/л).
2. Гипергликемическое гиперосмолярное состояние.
3. Необходимо исследования уровень кетоновых тел в крови и моче, уровень натрия, калия, креатинина, мочевины, общего белка, АЛТ, АСТ, общего билирубина крови, выполнить расчет осмолярности крови и натрия скорректированного.

С28 ПК-1.3.3. Больной Г, 48 лет, доставлен в приемное отделение бригадой СМП в бессознательном состоянии. Со слов жены около 2х лет наблюдается у эндокринолога по поводу надпочечниковой недостаточности. Регулярно принимал терапию. Накануне съел на вокзале беляш, после чего весь вечер и ночь отмечал сильную диарею, тошноту, рвоту. Утром пожаловался на появление сильных болей в животе и потерял сознание. Объективно: состояние тяжелое. Сознание отсутствует, кома 1. Рост – 186см, вес – 70кг. Температура тела – 35,9 С. Кожные покровы бледные. На лице, кистях и складках кожи гиперпигментация. Язык влажный. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. ЧДД – 18 вд/мин, SpO₂ – 97%. Деятельность сердца ритмичная, тахикардия ЧСС 120 уд/мин, АД 50/20 мм.рт.ст. Живот напряжен. Периферических отеков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите ожидаемые результаты дообследования.
3. Сформулируйте принципы терапии.

Эталоны ответов:

1. Хроническая первичная надпочечниковая недостаточность, тяжелое течение, стадия декомпенсации. Аддисонический криз.
2. Общий анализ крови без патологии. Гипогликемия, гиперкалиемия, гипонатриемия, гиперкалиемия. Возможно повышение уровня креатинина, мочевины.
3. Гидрокортизона ацетат 100,0 в/в струйно. 0,9% р-р натрия хлорида 1л/час.

С29 ПК-1.3.6. Больной М., 23 года. Жалобы на резкую слабость, повышенное потоотделение, дрожь в теле, сердцебиение, головокружение, сильное чувство голода. Более 10 лет более сахарным диабетом 1-го типа. Объективно: состояние средней тяжести. Возбужден. Кожные покровы бледные, влажные. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. ЧСС 120уд/мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Гликемия на глюкометре 2,0 ммоль/л

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось у данного больного?
2. Что могло его спровоцировать?
3. Окажите первую помощь.

Эталоны ответов:

1. Гипогликемия.
2. Неверно рассчитанная доза инсулинотерапии, пропуск приема пищи, физическая или эмоциональная нагрузка.

3. 40% р-р глюкозы в/в струйно 10-100мл, до нормализации состояния. Препараты глюкагона 1,0 п/к. При отсутствии эффекта начать вводить в/в капельно 5-10% р-р глюкоза и госпитализировать.

С30 ПК-2.1.5. У женщины С. 46 лет диагностирована закрытая черепно-мозговая травма. Спустя 3 месяца появилась жажда до 10 литров/сутки, полиурия, снижение массы тела на 2 кг. Объективно: Кожные покровы бледные, тургор снижен. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 98, АД 120/60. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Во время обследования на МРТ гипофиза объемных образований не выявлено. Глюкоза крови 3,6-3,9-4,2 ммоль/л, в моче удельный вес 1002, глюкозы, белка не выявлено. Заподозрен несахарный диабет.

Вопросы:

1. Недостаточность какого гормона определяет развитие данного заболевания?
2. Какая нормальная функция данного гормона?
3. Какое дообследование необходимо для уточнения диагноза?

Эталоны ответов:

1. Вазопрессина (антидиуретина).
2. Усиление реабсорбции воды в почечных канальцах, повышение ОЦК и АД.
3. Моча по Зимницкому, уровень натрий крови, расчет осмолярности крови и осмоляльности мочи. Проба с сухоедением и антидиуретином.

С31 ПК-2.1.6. Больная З., 23 лет, поступила в отделение нейроэндокринологии с жалобами на отсутствие менструаций в течение двух лет, выделения из молочных желез, сухость во рту, постоянную жажду - выпивает до 6 л жидкости в сутки, периодическую головную боль, больше в глазницах, невозможность забеременеть в течение 2 лет, увеличение массы тела - за два года около 10 кг. Три года назад одновременно появились сухость во рту, жажда, прекратились менструации. При рентгенографии черепа патологии не выявлено, по данным КТ головного мозга, имеется эндоселлярная аденома. Анализ мочи по Зимницкому - диурез -2250 мл, удельный вес - 1000 во всех порциях, кроме от 5 до 8 часов -1014 (1 капля адиуретина на ночь). Исследование гормонов в крови: пролактин - 2524 мЕд/л, ЛГ - 1,5 Ед/л, ФСГ - <1,5 Ед/, эстрадиол - 135 пмоль/л, тестостерон - 0,8.

Вопросы:

1. Дайте интерпретацию анализа мочи по Зимницкому.
2. Оцените результаты исследований половых гормонов.
3. Чем обусловлено развитие данных осложнений?

Эталоны ответов:

1. Центральный несахарный диабет.
2. Гипогонадотропный гипогонадизм.
3. Развитие данных осложнений связано со сдавлением гипофиза аденомой.

С32 ПК-2.1.7. Больная Р, 25лет, обратилась на прием с жалобами на дискомфорт в области шеи, боль в горле, повышение температуры тела, сердцебиение, дрожь пальцев рук, похудение (5кг за неделю), головные боли. Считает себя больной около 2х недель. Месяц назад перенесла ОРВИ. Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37,9. Кожные покровы влажные, бархатистые. Щитовидная железа не увеличена, болезненна при пальпации. АД 140/90 мм.рт.ст. ЧСС 100уд/мин. Отеков нет. Тиреоидная панель: ТТГ 0,1 (0,42-4,2), Т4свободный 32,54 (10,2-22,1), Ат к ТПО – 73,5 (до 30). УЗИ

ЩЖ: щитовидная железа не увеличена, объем 15,2 см³, диффузные изменения паренхимы.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какой патофизиологический механизм развития тиреотоксикоза у данной больной?
3. Какие фазы выделяют в течении данного заболевания?

Эталоны ответов:

1. Подострый тиреоидит, тиреотоксическая фаза.
2. Массивная деструкция тиреоцитов с выходом тиреоидных гормонов в кровь.
3. Тиреотоксическую, эутиреоидную, гипотиреоидную.

С33 ПК-2.2.3. Больной Ш, 19 лет, обратился к терапевту с жалобами на резкую слабость, сильную жажду (выпивает до 10 л воды в сутки), сухость во рту, похудение, множественные гнойничковые высыпания на коже. Считает себя больным около месяца. Гликемия натощак 16,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какой патофизиологический механизм развития данного заболевания?
3. Какие дополнительные обследования необходимо назначить данному больному?

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет, тип 1, впервые выявленный.
2. Аутоиммунное поражение бета-клеток поджелудочной железы с развитием абсолютной инсулиновой недостаточности.
3. Гликированный гемоглобин, общий анализ мочи, общий и биохимический анализы крови, уровень С-пептида.

С34 ПК-2.2.4. Больная А., 42 лет обратилась к эндокринологу по поводу случайно зафиксированных высоких цифр сахара крови до 8,1 ммоль/л. Доктор обратил внимание на необычную внешность: неравномерно увеличенные надбровные дуги, нижнюю челюсть, крупные кисти. При подробном опросе, выяснено, что за последние годы увеличение размеров обуви и головных уборов. Объективно: Кожа плотная, с глубокими складками, особенно на волосистой части головы. Рост - 170 см, масса тела 100 кг (ИМТ – 34,6 кг/м²). Отложение жира равномерное - с преимущественным распределением в области живота и бедер. Щитовидная железа не увеличена, функция ее не нарушена. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 160/90 мм.рт.ст. Пульс 90 в мин. ритмичный. Дополнительные исследования: ИФР-1: 1290 нг/мл. Стандартный тест толерантности к глюкозе (исследована венозная кровь): уровень глюкозы натощак 6,5 ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 10,4 ммоль/л. Пероральный глюкозотолерантный тест: натощак СТГ 6 нг/мл, через 2ч после нагрузки – СТГ 9 нг/мл. ТТГ 2,5 мМЕ/л. На рентгенограмме головы в боковой проекции – «двухконтурность» турецкого седла.

Вопросы:

1. Оцените результаты дополнительных обследований.
2. Какое дообследование необходимо для установления заключительного диагноза?
3. Сформулируйте диагноз (основной, осложнения и сопутствующие).

Эталоны ответов:

1. Повышение уровня ИФР-1. Отсутствие снижения уровня СТГ после углеводной нагрузки при проведении перорального глюкозотолерантного теста. Нарушенная

толерантность к углеводам. Нормальный уровень ТТГ. Подозрение на аденому гипофиза по данным рентгенографии головы.

2. МРТ головного мозга с в/в контрастированием.

3. Диагноз: Осн: Акромегалия, активная фаза (соматотропинома гипофиза). Осл: Нарушение толерантности к углеводам. Вторичная артериальная гипертензия I стадии, риск 3. Соп: Ожирение I степени, алиментарно-конституциональное, стабильная стадия.

С35 ПК-2.2.5. Больной К, 72г. Жалобы на острую приступообразную боль и судороги икроножных мышц при ходьбе более 100метров, почернение и боль первого пальца правой стопы. Более 10 лет страдает Сахарным диабетом 2го типа. Принимает Глимепирид 3мг, Метформин 1000мг. Гликемия на данной терапии 10-15 ммоль/л. Объективно: правая стопа отечная, гиперемирована, 1й палец правой стопы некротизирован, безболезненный при пальпации. УЗДС артерий ног: стенозирующий атеросклероз бедренной, подколенной, больше- и малоберцовых артерий, стеноз малоберцовой артерии справа до 90%.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. Какое осложнение развилось у данного больного?
3. Консультация какого смежного специалиста необходима данному больному?

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет, тип 2 (целевой уровень HbA1c менее 8,0%, целевая гликемия натощак менее 8,0 ммоль/л, через 2ч после еды – менее 11 ммоль/л).
2. Заболевания артерий нижних конечностей. Гангрена 1-го пальца правой стопы.
3. Консультация хирурга и сосудистого хирурга.

С36 ПК-2.2.6. Больная Е, 35лет обратилась на прием с жалобами на набор массы тела, головные боли, сухость во рту, жажду, высыпание на лице по типу акне, гирсутизм. Считает себя больной около 3х месяцев. Объективно: состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Кожные покровы сухие, бледные, на коже спине высыпания по типу фурункулеза. На боковых поверхностях живота багровые стрии. АД 190/110 мм.рт.ст. ЧСС 78 уд/мин. Живот увеличен за счет пжк. Отеки голеней и стоп. Результаты обследования: кортизол 195 (6,2–19,4), АКТГ менее 0,001 (до 46), альдостерон 141 (14-140). На КТ ОБП и ЗП: образование правого надпочечника.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо назначить данному больному?
3. Сформулируйте тактику лечения.

Эталоны ответов:

1. Синдром Иценко-Кушинга.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование глюкозы крови и уровня гликированного гемоглобина, уровень натрий, калия крови.
3. Оперативное лечение – аденомэктомия.

С37 ПК-2.2.7. Больная Ш, 31год, обратилась с жалобами на головную боль в затылочной области, головокружение, слабость, повышение АД. Считает себя больной около 3-4х месяцев, лечилась у терапевта по м/ж. Принимала Амлодипин, Индапамид, Вальсакор без видимого эффекта, отметила некоторое улучшение при добавлении к терапии Верошпирона 25мг утром. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы суховаты, обычной окраски. АД 220/120 мм.рт.ст., ЧСС 86 уд/мин. Живот мягкий

безболезненный. Пастозность голеней и стоп. УЗИ почечных артерий: без патологии. УЗИ почек: без патологии.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании данных анамнеза и объективного обследования?
2. Какие дополнительные обследования необходимо назначить данному больному?
3. Какой препарат будет наиболее эффективен для купирования артериальной гипертензии для данного больного?

Эталоны ответов:

1. Синдром Конна.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование уровень натрий, калия крови, уровень альдостерона, ренина, АКТГ, кортизола суточной мочи.
3. Препараты спиронолактона.

С38 ПК-2.2.8. Больная Д, 39лет, обратилась на прием с жалобами на слабость, утомляемость, ломкость ногтей, сонливость, снижение памяти, увеличение массы тела, отечность. Считает себя больной около 3х месяцев. Результаты обследования: ТТГ 32 мЕд/мл (0,4-4,3), Т4свободный – менее 1 (6,4-18,8), Ат к ТПО – более 500 (до 30). УЗИ ЩЖ: щитовидная железа не увеличена, объем 17,4 см3. Капсула уплотнена. В левой доле определяется узловое образование 0,4х0,3см, с перинодулярным кровотоком. THIRADS 2.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Сформулируйте тактику лечения.
3. Какие мероприятия по диспансерному наблюдению показаны данному больному?

Эталоны ответов:

1. Аутоиммунный тиреоидит, узловатая форма, гипотиреоз.
2. Левотироксин натрия в дозе 1,6-1,8мкг/кг массы тела.
3. Контроль Т4свободного при подборе дозы 1раз в 2-3 недели, далее ТТГ 1 раз в 3-6мес, УЗИ щитовидной железы 1р/год.

С39 ПК-2.2.9. Больной К, 45лет, обратился на прием с жалобами на нарушение глотания, дискомфорт в шее, особенно справа, осиплость голоса. Вышеуказанные жалобы беспокоят около полугода. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычных свойств. Щитовидная железа не увеличена, в проекции правой доли пальпируется узловатое образование. АД 120/80 мм.рт.ст. ЧСС 68 уд/мин. Отеков нет. Тиреоидная панель: ТТГ 1,6 (0,42-4,2), Т4свободный 13,4 (10,2-22,1), Ат к ТПО – 385 (до 30). УЗИ ЩЖ: щитовидная железа увеличена за счет правой доли. Капсула уплотнена. В правой доле определяется гипозоногенный узел с нечетким неровным контуром размерами 3,4х1,2см с интра- и перинодулярным кровотоком. THIRADS 4. ТАПБ: папиллярная карцинома щитовидной железы.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Нуждается ли данный больной в дообследовании для уточнения диагноза?
3. Сформулируйте тактику лечения.

Эталоны ответов:

1. Папиллярный Са правой доли щитовидной железы T0M0N0, эутиреоз.
2. Нет, не нуждается.
3. Оперативное лечение – тиреоидэктомия с региональной лимфодиссекцией.

С40 ПК-2.2.10. Больная Г., 62 года. Активных жалоб не предъявляет, обратилась к терапевту по поводу ежегодной диспансеризации. Около 3х лет назад эндокринологом выставлен диагноз: Сахарный диабет, тип 2 (целевой уровень HbA1c менее 7,0%, целевая гликемия натощак менее 7,0 ммоль/л, через 2ч после еды – менее 9,0 ммоль/л). Получает: Метформин 1000мг 2р/сут, соблюдает диету. На момент осмотра: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, HbA1c 6,3%.

Вопросы:

1. Оценить степень компенсации сахарного диабета.
2. Скорректируйте терапию (при необходимости).
3. Как часто необходимо производить контроль гликемии и уровня гликированного гемоглобина у данной больной?

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет компенсирован. Достигнута целевая гликемия натощак и целевой уровень гликированного гемоглобина.
2. Терапия в коррекции не нуждается.
3. Контроль гликемии 1р/сут в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4р/сут) 1р/неделю, контроль гликированного гемоглобина 1р/3мес.

С41 ПК-2.2.12. Больная Е, 35лет обратилась на прием с жалобами на набор массы тела, головные боли, сухость во рту, жажду, высыпание на лице по типу акне, гирсутизм. Считает себя больной около 3х месяцев. Объективно: состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Кожные покровы сухие, бледные, на коже спине высыпания по типу фурункулеза. На боковых поверхностях живота багровые стрии. АД 190/110 мм.рт.ст. ЧСС 78 уд/мин. Живот увеличен за счет пжк. Отеки голеней и стоп. Врачом-терапевтом заподозрен гиперкортицизм.

Вопросы:

1. Какие обследования необходимо провести, чтобы подтвердить наличие гиперкортицизма?
2. Какое обследование необходимо для проведения дифференциальной диагностики первичного и вторичного гиперкортицизма?
3. Какое инструментальное обследование будет наиболее информативно для визуализации кортикостеромы?

Эталоны ответов:

1. Малая дексаметазоновая проба, кортизол в вечерней слюне. При получении дискордантных результатов - кортизол в суточной моче.
2. Уровень АКТГ.
3. КТ ОБП и забрюшинного пространства и в/в контрастированием.

С42 ПК-2.2.13. Больной К, 47лет, обратился на прием с жалобами на дискомфорт в шее, особенно справа, осиплость голоса. Вышеуказанные жалобы беспокоят около полугода. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычных свойств. Щитовидная железа не увеличена, в проекции правой доли пальпируется узловое образование. АД 120/80 мм.рт.ст. ЧСС 68 уд/мин. Отеков нет. Тиреоидная панель: ТТГ 1,9 (0,42-4,2), Т4свободный 15,4 (10,2-22,1), Ат к ТПО – 285 (до 30). УЗИ ЩЖ: щитовидная железа увеличена за счет правой доли. Капсула уплотнена. В левой доле определяется гипоехогенный узел с нечетким неровным контуром размерами 3,4x1,2см с интра- и перинодулярным кровотоком. THIRADS 4.

Вопросы:

1. Что показывает классификация TIRADS?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какое дополнительное обследование показано данному пациенту?

Эталоны ответов:

1. Степень злокачественности узла на УЗИ.
2. Узловой зоб 0-1 степени, эутиреоз. Са щитовидной железы.
3. ТАПБ.

С43 ПК-2.3.3. Больная Л., 32 год. Жалобы на слабость, эмоциональную лабильность, бессонницу, повышенную потливость, чувство тревоги, отсутствие менструаций на протяжении 7 мес. В анамнезе: беременностей – 3, родов – 2. Дети здоровы. Самостоятельно выполнила тест на беременность – отрицательный. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые – без особенностей. ИМТ – 27,1. Щитовидная железа несколько увеличена при пальпации, безболезненна. АД 130/90 мм.рт.ст., ЧСС 96 уд/мин. Живот мягкие безболезненные. Отеков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторные обследования показано данной больной?
3. Какие дополнительные инструментальные обследования показано данной больной?

Эталоны ответов:

1. Вторичная аменорея. СПКЯ? Преждевременная недостаточность яичников? Гиперпролактинемия? Диффузно-токсический зоб?
2. Пролактин, ЛГ, ФСГ, эстрадиол, ТТГ, тестостерон общий, ДГАЭС, при необходимости проба с прогестероном.
3. УЗИ ВЖПО, УЗИ щитовидной железы, денситометрия. При подтверждении гиперпролактинемии – дополнительно МРТ головного мозга.

С44 ПК-2.3.4. Больной С., 35 года. Обратился с жалобами на слабость, жажду, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, нарушение зрения. Болеет около полугода. Объективно: состояние средней тяжести. Рост – 184см, вес – 143кг. Кожные покровы бледные, сухие. АД 150/100 мм.рт.ст., ЧСС 80 уд/мин. Живот мягкий б/болезненный. Отеки голеней и стоп. Гликемия натощак 7,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Рассчитайте ИМТ.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какое дополнительное обследование показано данному пациенту для уточнения диагноза?

Эталоны ответов:

1. 42,2 кг/м².
2. Ожирение 3ст (морбидное), алиментарно-конституциональное, стабильная стадия. Сахарный диабет, тип 2? Нарушение толерантности к углеводам?
3. Гликированный гемоглобин и/или пероральный глюкозотолерантный тест.

С45 ПК-2.3.5. Больной В, 33 года. Жалобы на резкую слабость, сильную боль в горле, шее, особенно при глотании и поворотах головы, лихорадку до 40 С. Неделю назад при падении с высота травмировал область шеи, с тех пор состояние ухудшалось. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Температура тела 39,4 С.

Шея в области щитовидной железы гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации, особенно справа. АД 100/60 мм.рт.ст ЧСС 110 уд/мин. Отеков нет. Общий анализ крови: Лц 19,5, Эр 4,3, Нв 139, НСТ 44,2%, Тц 259, п-10, с-70, э-1, л-18, м-1. Глюкоза 6,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое дополнительное обследование показано данному пациенту?
3. Сформулируйте принципы лечения.

Эталоны ответов:

1. Острый гнойный тиреоидит.
2. УЗИ щитовидной железы, ТТГ.
3. Антибиотикотерапия, НПВС. При формировании абсцесса – дренирование абсцесса или гемитиреоидэктомия.

С46 ПК-2.3.6. Беременная 26 недель, активных жалоб не предъявляет. Планово обратилась в женскую консультацию. Ранее эндокринной патологии выявлено не было.

Вопросы:

1. Какое обследование в обязательном порядке показано данной больной?
2. Какие изменения при проведении данного обследования будут свидетельствовать в пользу гестационного сахарного диабета?
3. Сформулируйте принципы лечения гестационного сахарного диабета.

Эталоны ответов:

1. Пероральный глюкозотолерантный тест.
2. Глюкоза натощак более 5,1 ммоль/л, но менее 7,0 ммоль/л, глюкоза через 1ч после нагрузки – более 10 ммоль/л, глюкоза через 2ч после нагрузки – более 8,5 ммоль/л, но менее 11,1 ммоль/л.
3. Диетотерапия, при неэффективности инсулинотерапия.

С47 ПК-2.3.8. Больной Ж, 49 лет. Жалобы на резкую слабость, чувство страха и тревоги, судороги кистей и предплечий, мышц лица, парестезии. Находится на стац.лечении в хирургическом отделении, где 2 дня назад была выполнена тиреоидэктомия по поводу диффузно-токсического зоба. Объективно: состояние тяжелое, сознание сопор. Кожные покровы бледные. Спазм мышц кистей, предплечий, лица. ЧСС 90 уд/мин, АД 100/80 мм.рт.ст. Живот напряжен. Кальций общий 1,0 ммоль/л, фосфор неорганический 2,3 ммоль/л, ПТГ 3 пг/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (основной и осложнения).
2. Оцените результаты обследований.
3. Сформулируйте тактику ведения данного больного.

Эталоны ответов:

1. Послеоперационный гипотиреоз и гипопаратиреоз (тиреоидэктомия по поводу ДТЗ).
Осл: Гипокальциемический криз.
2. Гипокальциемия, гиперфосфатемия. Снижение уровня ПТГ.
3. Кальция глюконат 20-60 мл в/в болюсно, и/или 1-2 ампулы 10% раствора кальция глюконата в 50-100 мл 0,9% раствора NaCl в/в в течение 10-20 минут. Препараты витамина D и его производных - Альфакальцидол 3-3,5 мкг/сут или Кальцитриол 1,5-2 мкг/сут перорально. Препараты, содержащие кальция карбонат 3000 мг по элементарному кальцию внутрь на 3-6 приемов в сутки во время или сразу после приема пищи.

С48 ПК-3.1.1. Больная Р, 68 лет. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, слабость и боли в ногах. Менопауза 15 лет. Обследована у невролога, выявлен компрессионный перелом L3 позвонка. Общий анализ крови – без особенностей. Витамин Д 10 нг/мл (менее 30 нг/мл дефицит).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить данной больной?
3. Сформулируйте тактику лечения.

Эталоны ответов:

1. Постменопаузальный остеопороз, с патологическими переломами, Т-критерий?
2. Уровень кальция общего, фосфора неорганического, общий белок альбумин, ПТГ, денситометрия.
3. Кальция карбонат 1000мг в сутки, Витамин Д 7000ЕД 1р/сут – 8 недель или витамин Д 5000ЕД 1р/сут – 12 недель, затем по 2000ЕД 1р/сут – длительно, бисфосфонаты (например, Золендроновая кислота в/в кап 1р/год) или деносуаб 1,0 п/к 1р/бмес.

С49 ПК-3.1.2. Больная Ш, 47лет, обратилась на прием с жалобами на резкую слабость, сильное сердцебиение, потливость, потерю массы тела, нарушение менструального цикла, эмоциональную лабильность, тремор рук, частый стоматит. Считает себя больной около 2х лет. Ранее был выставлен диагноз диффузно-токсического зоба, назначена консервативная терапия. Ухудшение около 2х месяцев назад. В настоящий момент получает Тиамазол 10мг/сут. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные, бархатистые. Щитовидная железа безболезненна, увеличена. Шейные, подмышечные, паховые л/узлы увеличены, безболезненны. АД 150/90 мм.рт.ст, ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий безболезненный. Печень +3см от края реберной дуги. Отеков нет. Тиреоидная панель: ТТГ менее 0,0005мМЕ/л (0,42-4,2), Т4свободный 78,5 пкмоль/л (10,2-22,1), Ат к ТПО – более 500 ЕД/л (до 30), Ат к рецепторам ТТГ – 22,6 ЕД\мл (до 1,72). Общий анализ крови: Лц 5,1, Эр 4,1, Нв 135, НСТ 41,1%, Тц 230, п-0, с-15, э-3, б-2, л-84, м-6. УЗИ ЩЖ: щитовидная железа увеличена, объем 60,2 см3, диффузные изменения паренхимы.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое осложнение развилось у данной больной? Какой патогенетический механизм его возникновения?
3. Сформулируйте дальнейшую тактику лечения пациентки.

Эталоны ответов:

1. Рецидив диффузно-токсического зоба 2ст, тиреотоксикоз.
2. Агранулоцитоз, в следствии длительного приема Тиамазола.
3. Госпитализация в эндокринологическое или терапевтическое отделение, отмена Тирозола и коррекция тиреотоксикоза преднизолоном и пропилтиоурацилом. В дальнейшем радикальная терапия – тиреоидэктомия или радиодтерапия.

С50 ПК-3.1.3. Больной Р., 55 лет. При прохождении диспансеризации жалоб не предъявляет. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост – 176см, вес – 125кг. АД 140/90 мм.рт.ст ЧСС 100 уд/мин. Пастозность голеней и стоп. Глюкоза натощак 6,0 ммоль/л, общий холестерин 9,4 ммоль/л.

Вопросы:

1. Рассчитайте ИМТ.

2. Сформулируйте диагноз.
Дайте рекомендации.

Эталоны ответов:

1. 40,3 кг/м².
2. Ожирение 3ст морбидное, алиментарно-конституциональное, стабильная стадия.
3. Рациональная диетотерапия с ограничением суточного калоража, дозированная физическая нагрузка (ходьба, ЛФК), проведение перорального глюкозотолерантного теста с целью выявления возможных нарушений углеводного обмена, контроль АД и ЧСС, при необходимости, коррекция артериальной гипертензии. Коррекция гиперлипидемии – Аторвастатин 40мг вечером.

C51 ПК-3.1.4. Больная И, 52года. По назначению терапевта в рамках проф.осмотра выполнила ПГТТ. В качестве «углеводной нагрузки» использовала 75г безводной глюкозы. Получены следующие результаты: глюкоза натощак – 6,9 ммоль/л, через 2ч после нагрузки – 11,5 ммоль/л (исследовалась капиллярная кровь). НВА1с 6,6%

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз .
2. Рассчитайте целевые уровни гликированного гемоглобина и гликемии.
3. Дайте рекомендации по лечению и мониторингу.

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет, тип 2, впервые выявленный.
2. Целевой уровень НВА1с менее 7,0%, целевая гликемия натощак менее 7,0 ммоль/л, через 2часа после еды – менее 9,0 ммоль/л).
3. Рациональная диетотерапия с ограничением легкоусвояемых углеводов и жиров, дозированная физическая нагрузка (ходьба, ЛФК), 1р/сут в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4р/сут) 1р/неделю, контроль гликированного гемоглобина 1р/3мес.

C52 ПК-5.1.3. Больной Д., 34 года. Активных жалоб не предъявляет. Проходит плановую диспансеризацию. Сахарный диабет 1-го типа с 5 лет. 10 лет находился на лечении в ОИТ по поводу гипогликемической комы. Получает инсулинотерапию в суточной дозе 42ЕД. Объективно: кожные покровы бледные, АД 170/120 мм.рт.ст. Отеки голеней и стоп.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие обязательные обследования рекомендованы данному пациенту?
3. Консультации каких смежных специалистов и как часто показаны данному больному?

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет, тип 2. Целевой уровень НВА1с менее 7,0%, целевая гликемия натощак менее 7,0 ммоль/л, через 2часа после еды – менее 9,0 ммоль/л).
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, билирубин общий, Калий, Натрий, кальций общий), проба Реберга, микроальбуминурия, ЭКГ, ФЛГ.
3. Консультация окулиста 1р/год, консультация кардиолога 1р/год, консультация нефролога, невролога – первично и далее 1р/год, осмотр эндокринолога – не реже 1р/год.

C53 ПК-5.1.6. Больная А, 71 год. Активных жалоб не предъявляет. Сахарный диабет, тип 2 около 20 лет. Получает: Гликлазид МВ 60мг утром, Метформин 1000мг 2р/сут.

Объективно: ИМТ – 29,1. АД 120/80 мм.рт.ст ЧСС 76 уд/мин. Отеков нет. HbA1c 6,8%. Гликемия натощак 7,2 ммоль/л

Вопросы:

1. Оцените степень компенсации сахарного диабета у данной больной?
2. Какие обязательные прививки рекомендованы данному пациенту?
3. Какие прививки вы бы рекомендовали к плановому применению у данной больной?

Эталоны ответов:

1. Компенсация достигнута. Достигнута целевая гликемия натощак и целевой уровень гликированного гемоглобина.
2. АДС 1р/10 лет.
3. Вакцинация против гриппа, COVID-19, пневмококковой инфекция, так как больные с сахарным диабетом входят в группы риска по данным заболеваниям.