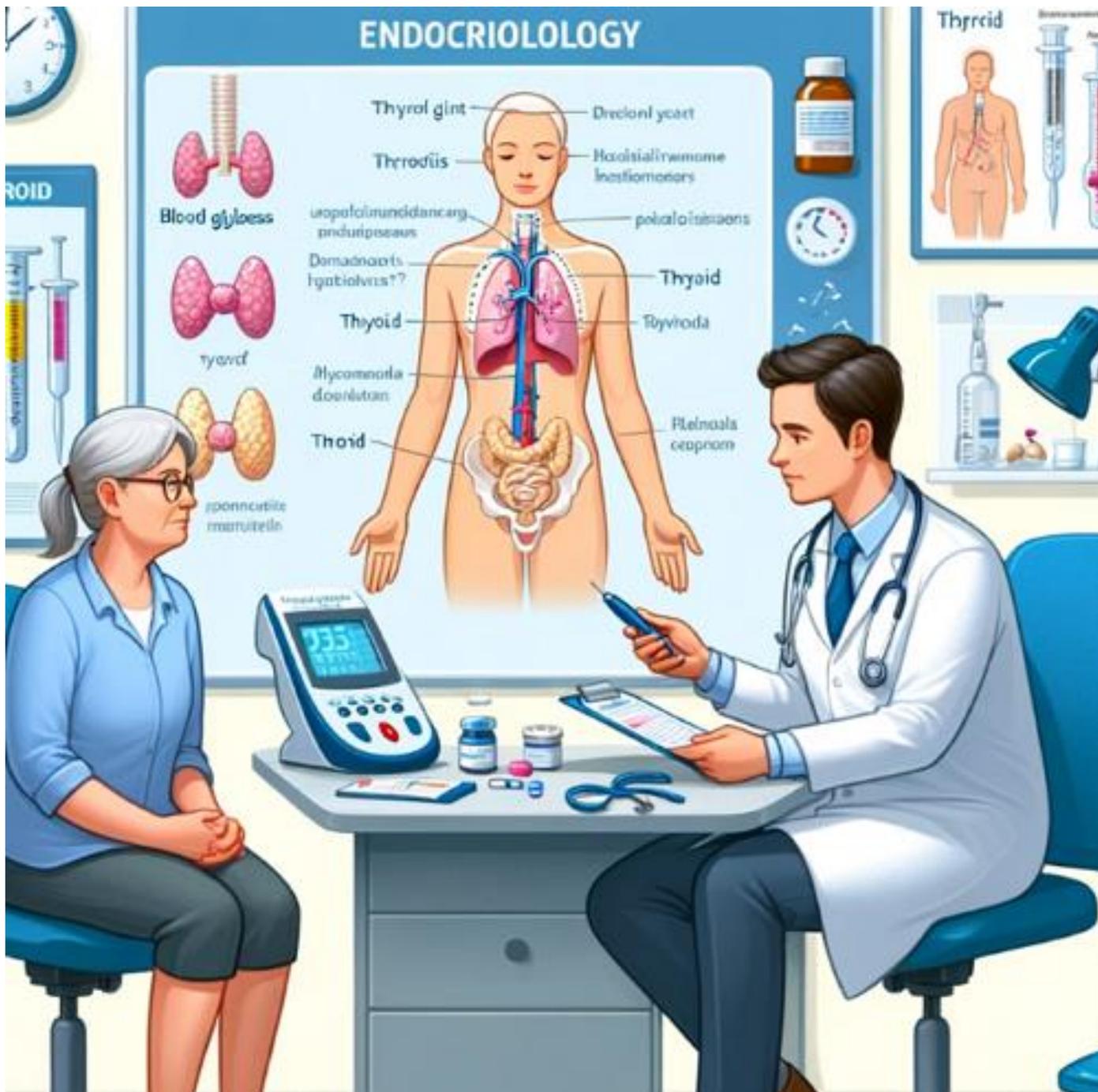


Эндокринология

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/endokrinolog/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 36 лет.

Жалобы

на

- быструю утомляемость, сонливость, снижение памяти,
- сухость кожи,
- выпадение волос на голове.

Анамнез заболевания

- В течение года беспокоит утомляемость, сонливость, снижение памяти.
- В течение месяца отмечает сухость кожных покровов, выпадение волос.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Работает менеджером.
- Перенесённые заболевания: детские инфекции.
- Беременности – 2, роды – 2.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 166 см, масса тела – 63 кг, индекс массы тела – $22,5 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,2^\circ\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, отмечаются плотные отеки голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 50 в минуту. АД – 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, пальпируется узловое образование в левой доле. Глазные симптомы отрицательные.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для обследования инструментальные методы исследования

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительно пациентке необходимо определить + _____ + сыворотки крови

Результат дополнительного обследования

Пациентке показано проведение

Результат дополнительного обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

Диагноз

Пациентке необходимо назначить

- тиамазол в дозе 30 мг
- левотироксин натрия в дозе 50 мкг
- левотироксин натрия в дозе 100 мкг
- йодид калия в дозе 200 мкг

Для контроля лечения необходимо оценить уровень

- ТТГ
- Т4 общего
- Т4 свободного
- Т3 свободного

Определение уровня ТТГ необходимо провести через + ____ + недель/недели после начала терапии

- 8
- 2
- 12
- 4

В случае наступления беременности пациентке необходимо рекомендовать

- уменьшить дозу левотироксина натрия на 30-50%
- заменить левотироксин натрия на йодид калия

- увеличить дозу левотироксина натрия на 30-50%
- отменить левотироксин натрия

После подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать

- 1 раз в 2 месяца
- 1 раз в год
- 1 раз в 2 года
- только при появлении жалоб

УЗИ щитовидной железы необходимо проводить + ____ + раза/раз в год

- 4
- 2
- 3
- 1

Профилактика осложнений первичного гипотиреоза заключается в

- 4
- 2
- 3
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме пациентка 21 года.

Жалобы

на

- * слабость, плохой аппетит,
- * похудание,
- * головокружение.

Анамнез заболевания

- * Пациентка затрудняется сказать, когда появилась слабость, снизился аппетит.
- * В течение последнего месяца похудела на 4 кг, появилось головокружение, особенно выраженное при перемене положения тела.
- * 2 месяца назад обращалась к врачу-психиатру с жалобами на плохое настроение, был назначен антидепрессант агомелатин 25 мг в сутки. В связи с

отсутствием положительного эффекта самостоятельно отменила лечение 3 недели назад.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Является студенткой.
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции.
- * Менструации регулярные, средней обильности, безболезненные.
- * Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, принимает левотироксин натрия около 10 лет.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сниженного питания, рост – 172 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – $18,7 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,4^\circ\text{C}$. Кожные покровы оттенка легкого загара, влажные, кожные складки и слизистая оболочка полости рта гиперпигментированы, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Лобковое оволосение по женскому типу, скудное. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации не увеличена, безболезненная, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании.

Для постановки диагноза необходимо определение + _____ + сыворотки крови утром натощак

- 4
- 2
- 3
- 1

Результаты обследования

Результаты обследования

Для косвенного подтверждения диагноза необходимо выполнить

- 4
- 2

- 3
- 1

Результаты дополнительных методов обследования

Определение антител к + _____ + позволяет идентифицировать этиологию заболевания

- 4
- 2
- 3
- 1

Результаты обследования

Какой диагноз вы поставите пациентке?

- 4
- 2
- 3
- 1

Диагноз

Пациентке необходимо назначить гидрокортизон в дозе + _____ +, флудрокортизон в дозе

- 25 мг в сутки в 2 приема; 100 мкг в сутки утром
- 50 мг в сутки в 2 приема; 200 мкг в сутки в два приема
- 50 мг вечером; 50 мкг вечером
- 10 мг утром; 50 мкг перед сном

Как альтернативу гидрокортизону можно назначать некоторым пациентам + _____ + мг/сутки

- дексаметазон 3
- дексаметазон 1
- преднизолон 15
- преднизолон 5

Оценивать адекватность заместительной терапии необходимо по

- уровню антител к 21-гидроксилазе
- уровню альдостерона

- уровню кортизола
- клиническому состоянию

Заместительную терапию пациентке необходимо продолжать

- в течение 12-18 месяцев
- до наступления беременности
- пожизненно
- до исчезновения антител к 21-гидроксилазе

На фоне заместительной терапии у пациентки отмечается повышение АД до 130/100 мм рт.ст.; вы порекомендуете ей

- снизить дозу гидрокортизона до 10 мг
- снизить дозу флудрокортизона до 50 мкг
- добавить к лечению торасемид 5 мг
- отменить флудрокортизон

У пациентки есть риск развития

- пернициозной анемии
- гормонально-неактивной опухоли надпочечника
- синдрома множественных эндокринных неоплазий 2 типа
- синдрома поликистозных яичников

Профилактика развития аддисонического криза при интеркуррентном заболевании заключается в

- увеличении дозы минералокортикоидов
- увеличении дозы глюкокортикоидов
- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты

Пациентам с первичной надпочечниковой недостаточностью, получающим заместительную терапию, показана консультация врача-эндокринолога 1 раз в

- увеличении дозы минералокортикоидов
- увеличении дозы глюкокортикоидов
- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 38 лет.

Жалобы

на

- * на периодически беспокоящую сухость во рту,
- * кожный зуд,
- * мелькание «мушек» перед глазами.

Анамнез заболевания

- * В течение нескольких месяцев беспокоит сухость во рту и кожный зуд.
- * Около недели отмечает появление «мушек» перед глазами.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает менеджером.
- * В течение последних 6 месяцев отмечает постепенное снижение веса на 5 кг.
- * В 16 лет установлен диагноз «сахарный диабет 1 типа», получает инсулин гларгин 32 Ед в сутки, инсулин аспарт по 8-10 Ед на основные приемы пищи, самоконтроль гликемии нерегулярный, последний визит к врачу-эндокринологу более года назад.
- * Перенесённые заболевания и операции: аппендэктомия в детстве.
- * Беременности – 1, роды –1 (масса тела ребенка при рождении – 3800 г).
- * Наследственность: у отца инфаркт миокарда.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит.
- * Питание включает продукты с большим количеством легкоусваиваемых углеводов, подсчет ХЕ не проводит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 174 см, масса тела – 51 кг, индекс массы тела – 16,8 кг/м², температура тела – 36,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Осмотр нижних конечностей: кожа чистая, сухая, пульсация на артериях стопы сохранена с обеих сторон, чувствительность не снижена.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- увеличении дозы минералокортикоидов
- увеличении дозы глюкокортикоидов
- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимо провести инструментальные методы обследования

- увеличении дозы минералокортикоидов
- увеличении дозы глюкокортикоидов
- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты

Результаты инструментальных методов обследования

Пациентке необходимо оценить

- увеличении дозы минералокортикоидов
- увеличении дозы глюкокортикоидов
- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты

Результаты дополнительных методов обследования

С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место

- увеличении дозы минералокортикоидов
- увеличении дозы глюкокортикоидов
- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты

Диагноз

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, ограничением животного белка (не более 1,0 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

- питание с исключением углеводов и большим количеством животного и растительного белка (20% от суточного рациона), физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)
- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, исключением животных жиров, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- общее потребление белков, жиров и углеводов, не отличающееся от такового у здорового человека

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < + _____ + %

- 6,0
- 6,5
- 7,0
- 7,5

Для компенсации углеводного обмена пациентке показано обучение в школе Диабета и

- самоконтроль гликемии, подсчет ХЕ, инсулинотерапия, метформин
- коррекция стандартных доз инсулинотерапии, питание с ограничением углеводов
- самоконтроль гликемии, подсчет ХЕ, интенсифицированная инсулинотерапия
- самоконтроль гликемии, подсчет ХЕ, дробная инсулинотерапия

Для лечения диабетической ретинопатии показано

- проведение витрэктомии
- назначение сулодексида
- проведение витрэктомии с эндолазеркоагуляцией
- проведение лазеркоагуляции сетчатки

Пациентке с диабетическим макулярным отеком может быть показана терапия

- инфликсимабом
- ранибезумабом
- метотрексатом
- этанерцептом

Необходим повторный контроль _HbA1c_ через + _____ + (в месяцах)

- 9
- 1
- 12
- 3

Проверка техники и осмотр мест введения инсулина должны проводиться не реже 1 раза в + _____ + месяцев

- 10
- 12
- 6
- 8

Применение антиоксидантов и витаминов при диабетической ретинопатии

- 10
- 12
- 6
- 8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому пришла пациентка 72 лет.

Жалобы

на

- * отеки на ногах,
- * одышку при обычной физической нагрузке,
- * на сухость во рту.

Анамнез заболевания

- * Несколько месяцев назад появилась одышка при ходьбе в обычном темпе, тогда же заметила отеки на ногах в области лодыжек.
- * В течение последнего месяца беспокоит сухость во рту.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Пенсионерка.
- * Перенесённые заболевания, операции: желчнокаменная болезнь (холецистэктомия в 42 года), периодически повышение артериального давления, максимально до 175 и 105 мм.рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает.

- * Наследственность: у отца сахарный диабет 2 типа.
- * Аллергоanamнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Часто употребляет конфеты, торты, хлебобулочные изделия.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 164 см, масса тела – 76 кг, индекс массы тела – $28,1 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,2^\circ\text{C}$. Кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, плотные отёки голеней. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 158/98 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 10
- 12
- 6
- 8

Результаты лабораторных методов обследования

Какое дополнительное исследование необходимо провести?

- 10
- 12
- 6
- 8

Результаты дополнительного обследования

Инструментальными исследованиями, которые необходимо провести пациентке, являются

- 10
- 12
- 6
- 8

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-anamнестических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований пациентке можно поставить диагноз

- 10
- 12
- 6
- 8

Диагноз

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является

HbA1c < + _____ + %

- 6,5
- 7,0
- 7,5
- 8,0

В качестве сахароснижающей терапии показано назначение

- метформина и саксаглиптина
- метформина и глибенкламида
- метформина и эмпаглифлозина
- акарбозы и глибенкламида

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 2
- 3
- 12
- 9

Пациентке необходимо рекомендовать проводить контроль глюкозы капиллярной крови + _____ + и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

- перед каждым приемом пищи
- 1 раз в неделю натощак
- 1 раз в сутки в разное время
- 2 раза в сутки утром и вечером

Для лечения сопутствующей патологии показано назначение

- верапамила, бисопролола, колестирамина и аспирина
- лизиноприла, бисопролола, гипотиозида и розувастатина

- метопролола, торасемида, фенофибрата и лизиноприла
- моксонидина, анаприлина, гипотиазида и розувостатина

При обследовании через 6 месяцев уровень HbA1c составил 8,4%. Пациентке показано назначение

- саксаглиптина
- инсулина ультракороткого действия
- пиоглитазона
- глибенкламида

Медикаментозная профилактика сахарного диабета 2 типа для лиц с избыточной массой тела, нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак заключается в приеме

- тиазолидиндионов
- ингибиторов дипептидилпептидазы-4
- метформина
- витамина Д

Немедикаментозная профилактика сахарного диабета 2 типа для лиц с избыточной массой тела, нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак заключается в

- тиазолидиндионов
- ингибиторов дипептидилпептидазы-4
- метформина
- витамина Д

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 58 лет.

Жалобы

на

- * сухость во рту,
- * жажду.

Анамнез заболевания

- * В течение нескольких месяцев беспокоит сухость во рту и жажда.
- * К врачу с подобными жалобами обратилась впервые.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает медсестрой.
- * В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 5 кг.
- * 6 лет назад установлен диагноз «артериальная гипертензия» (повышение артериального давления до 165/100 мм рт.ст., назначен Валсартан в дозе 180 мг).
- * Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия в детстве.
- * Беременности – 2, роды – 2 (вес детей при рождении 3500 г и 4100 г).
- * Наследственность: у матери мерцательная тахикардия, ишемический инсульт в 63 года.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит.
- * Часто употребляет конфеты и газированные напитки.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 167 см, масса тела – 71 кг, индекс массы тела – 25,4 кг/м², температура тела – 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 74 в минуту. АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- тиазолидиндионов
- ингибиторов дипептидилпептидазы-4
- метформина
- витамина Д

Результаты лабораторных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз

- Нарушение толерантности к глюкозе
- Сахарный диабет 2 типа
- Нарушение гликемии натощак
- Сахарный диабет 1 типа

Для уточнения стадии поражения почек необходимо

- Нарушение толерантности к глюкозе
- Сахарный диабет 2 типа
- Нарушение гликемии натощак
- Сахарный диабет 1 типа

Результаты дополнительных методов обследования

С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек

- С4, А3
- С3б, А2
- С3а, А3
- С2, А1

У пациентки присутствует следующая сопутствующая патология

- Артериальная гипертензия 2 ст, высокий сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 степени.
- Артериальная гипертензия 1 ст, низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.
- Артериальная гипертензия 2 ст, низкий сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени.
- Артериальная гипертензия 2 ст, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, ограничением животного белка (не более 1,0 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ограничением животного белка (не более 0,8 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, исключением животных жиров, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- питание с исключением углеводов и большим количеством животного и растительного белка (20% от суточного рациона), физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю), уменьшение массы тела

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < +_____+ %

- 7,0
- 5,5
- 7,5
- 6,0

В качестве сахароснижающей терапии следует назначить

- натеглинид
- глибенкламид
- инсулин короткого действия
- лираглутид

Для лечения осложнений сахарного диабета и сопутствующей патологии показано назначение

- моксонидина, бисопролола, гипотиозида
- верапамила, бисопролола, колестирамина
- индапамида, аторвастатина, валсартана
- метопролола, торасемида, фенофибрата

Необходим повторный контроль HbA1c через +_____+ месяца/месяцев

- 12
- 9
- 2
- 3

Оценка альбуминурии/протеинурии у больного с сахарным диабетом и хронической болезнью почек С3 должна проводиться 1 раз в +____+ месяца/месяцев

- 3
- 9
- 6
- 12

У пациентки на додиализных стадиях ХБП необходим контроль уровня витамина

- 3
- 9

- 6
- 12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому пришел пациент 49 лет.

Жалобы

на

- * сухость во рту,
- * жажду.

Анамнез заболевания

- * Около 3-х месяцев беспокоит сухость во рту и жажда.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает водителем.
- * Перенесённые заболевания: в течение 2-х лет в связи с повышением артериального давления самостоятельно стал принимать индапамид 2,5 мг в сутки, на этом фоне периодически при самоконтроле отмечает повышение артериального давления, максимально до 145 и 100 мм рт.ст.
- * Наследственность: у отца – инфаркт миокарда в 59 лет.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Питается нерегулярно, употребляет сладкие газированные напитки, жареные и копченые мясные продукты.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 184 см, масса тела – 93 кг, индекс массы тела – 27,4 кг/м², температура тела – 36,2°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 150/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 3

- 9
- 6
- 12

Результаты лабораторных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 3
- 9
- 6
- 12

Диагноз

Из сопутствующей патологии у пациента имеется (уровень общего холестерина – 6,9 ммоль/л, ЛПНП – 1,9 ммоль/л)

- Артериальная гипертензия 2 ст., низкий сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени
- Артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Дислипидемия. Избыточная масса тела
- Артериальная гипертензия 1 ст., средний риск сердечно-сосудистых осложнений. Дислипидемия. Избыточная масса тела
- Артериальная гипертензия 2 ст., высокий сердечно-сосудистых осложнений. Дислипидемия. Ожирение 2 степени

Рекомендации по изменению образа жизни включают + _____ + с целью снижения массы тела

- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание с исключением углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < + _____ + %

- 6,0
- 6,5

- 7,0
- 7,5

В качестве сахароснижающей терапии необходимо назначить

- комбинацию инсулина и пиоглитазона
- комбинацию метформина и вилдаглиптина
- монотерапию глибенкламидом
- комбинацию глибенкламида и репаглинида

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 2
- 9
- 12
- 3

Пациенту необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови + _____ + и проводить 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

- 2 раза в сутки утром и вечером
- 1 раз в неделю натощак
- перед каждым приемом пищи
- 1 раз в сутки в разное время

Для лечения сопутствующей патологии показано назначение

- эналаприла, нифедипина и аторвастатина
- моксонидина, бисопролола и гипотиозида
- верапамила, бисопролола и эзетимиба
- метопролола, торасемида и фенофибрата

При снижении скорости клубочковой фильтрации < 45 мл/час необходимо изменить дозу

- аторвастатина
- метформина
- вилдаглиптина
- нифедипина

Наблюдение пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку

- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей

- эхокардиографии
- результатов непрерывного мониторингования уровня глюкозы крови
- альбуминурии

Кратность ежегодного посещения врача-офтальмолога в рамках мониторинга больного сахарным диабетом без диабетической ретинопатии составляет + ___ + раза/раз в год

- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- эхокардиографии
- результатов непрерывного мониторингования уровня глюкозы крови
- альбуминурии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратился пациент 58 лет.

Жалобы

на

- * сухость во рту,
- * жажду.

Анамнез заболевания

Год назад при диспансерном обследовании на работе была выявлена гипергликемия натощак (7,6 ммоль/л), было рекомендовано обследование, однако пациент рекомендации не выполнил, к врачу не обращался. В течение 3-х месяцев стала беспокоить сухость во рту и жажда, боли в ногах по ночам.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает инженером.
- * Перенесённые заболевания: в течение 4-х лет в связи с повышением артериального давления получает моксонидин 0,4 мг в сутки, на этом фоне периодически при самоконтроле отмечает повышение артериального давления, максимально до 175 и 100 мм рт.ст.
- * Наследственность: у отца – сахарный диабет 2 типа.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит.
- * Питается нерегулярно, употребляет фастфуд.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 174

см, масса тела – 93 кг, индекс массы тела – 31 кг/м^2 , температура тела – $36,4^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Осмотр нижних конечностей: кожа сухая, участки гиперкератоза в областях избыточного давления на стопах, пульсация на артериях стоп и сухожильные рефлексы сохранены с обеих сторон, снижение температурной и тактильной чувствительности. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 155/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- эхокардиографии
- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови
- альбуминурии

Результаты лабораторных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- эхокардиографии
- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови
- альбуминурии

Диагноз

У пациента предполагается осложнение сахарного диабета в виде

- моторной нейропатии
- сенсорной нейропатии
- синдрома диабетической стопы
- автономной нейропатии

Для подтверждения наличия сенсорной полинейропатии пациенту необходимо провести

- КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника
- оценку нарушений чувствительности
- рентгенографию голени

- сцинтиграфию скелета

У пациента из сопутствующей патологии присутствует

- артериальная гипертензия 2 степени., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 2 ст.
- артериальная гипертензия 2 степени., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 1 ст.
- артериальная гипертензия 2 степени., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 1 ст.
- артериальная гипертензия 1 степени., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений, избыточная масса тела

Рекомендации для данного пациента по изменению образа жизни включают

- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- низкокалорийную диету с исключением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- высокобелковую диету с ограничением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)
- питание с исключением углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является

HbA1c < + _____ + %

- 6,5
- 7,0
- 7,5
- 6,0

В качестве стартовой сахароснижающей терапии необходимо назначить комбинацию инсулина

- базального и метформина
- короткого действия и розиглитазона
- базального и пиоглитазона
- короткого действия и глибенкламида

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 12
- 2
- 9

- 3

Для лечения сопутствующей патологии данному пациенту показано назначение

- эналаприла, нифедипина
- метопролола, торасемида
- моксонидина, бисопролола
- верапамила, бисопролола

Пациенту на комбинированной терапии пероральным сахароснижающим препаратом с базальным инсулином необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови

- не менее 2 раз в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
- натощак и перед каждым приемом пищи ежедневно
- не менее 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
- 1 раз в неделю натощак в разное время суток

Наблюдение пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку

- не менее 2 раз в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
- натощак и перед каждым приемом пищи ежедневно
- не менее 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
- 1 раз в неделю натощак в разное время суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратился пациент 50 лет.

Жалобы

на

- * периодически беспокоящую сухость во рту,
- * онемение и жжение в стопах.

Анамнез заболевания

- * в течение полугода беспокоят онемение и жжение в стопах,
- * накануне обращения появилась боль в правой ноге при ходьбе более 300 м.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает строителем.
- * Около 3 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, получает пероральную сахароснижающую терапию (метформин 2000 мг в сутки, алоглиптин 25 мг в сутки). Мониторинг гликированного гемоглобина и биохимического анализа крови проводился более года назад.
- * Около года отмечается повышение артериального давления до 165/100 мм рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает.
- * Перенесённые заболевания: простудные.
- * Наследственность: у деда сахарный диабет 2 типа.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курение.
- * Питание включает продукты с большим количеством простых углеводов и животных жиров.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 177 см, масса тела – 105 кг, индекс массы тела – $33,5 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 165/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Кожные покровы правой стопы бледные, холодные на ощупь, пульсация тыльной артерии правой стопы снижена. На дистальной фаланге безымянного пальца правой стопы язвенный дефект $0,5 \times 0,5$ см без гнойного отделяемого, без эритемы. Снижена тактильная и болевая чувствительность правой стопы. ЛПИ-0,8.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- не менее 2 раз в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
- натошак и перед каждым приемом пищи ежедневно
- не менее 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

- 1 раз в неделю натощак в разное время суток

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- не менее 2 раз в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
- натощак и перед каждым приемом пищи ежедневно
- не менее 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
- 1 раз в неделю натощак в разное время суток

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз - это

- не менее 2 раз в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
- натощак и перед каждым приемом пищи ежедневно
- не менее 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
- 1 раз в неделю натощак в разное время суток

Диагноз

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является

HbA1c < + _____ + %

- 8,0
- 6,5
- 7,0
- 7,5

Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

- Артериальная гипертензия 1 степени., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.
- Артериальная гипертензия 2 степени., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени.
- Артериальная гипертензия 2 степени., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени.

- Артериальная гипертензия 2 степени., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 степени.

Рекомендации данному пациенту по изменению образа жизни включают

- отказ от курения, уменьшение массы тела, гипокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, умеренные аэробные физические нагрузки не менее 150 минут в неделю (бег, плавание)
- уменьшение количества выкуриваемых сигарет и массы тела, питание с исключением углеводов и высоким содержанием белка, ношение разгрузочного башмака
- уменьшение количества выкуриваемых сигарет, питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- отказ от курения, уменьшение массы тела, гипокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ношение разгрузочного башмака

Для коррекции сахароснижающей терапии необходимо

- увеличить дозу алоглиптина
- заменить метформин на пиоглитазон
- добавить базальный инсулин
- добавить акарбозу

Пациенту с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы показаны

- мазовые повязки, противомикробная терапия и озонотерапия
- анальгетики, ампутация правой ноги на уровне нижней трети голени
- обработка раны и консультация сосудистого хирурга
- антибиотикотерапия и консультация хирурга-ортопеда

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 3
- 2
- 9
- 12

Через 6 месяцев после интенсификации сахароснижающей терапии у пациента уровень HbA1c составил 9,0 % . Пациенту необходимо

- назначить антибактериальный препарат, оставив прежнюю сахароснижающую терапию

- добавить инсулин короткого действия перед каждым приемом пищи
- отменить всю пероральную сахароснижающую терапию, назначить базис-болюсную инсулинотерапию
- отменить алоглиптин, интенсифицировать и оптимизировать инсулинотерапию

Профилактика образования язвенных дефектов в области стопы заключается в

- регулярном посещении кабинета диабетической стопы
- регулярных горячих ножных ваннах с удалением ороговевших слоев кожи стопы самостоятельно или родственниками
- регулярном посещении косметического салона для проведения педикюра
- посещении тренажерного зала с выполнением аэробных нагрузок

У пациента с сахарным диабетом 2 типа на инсулинотерапии необходимо осматривать места инъекции инсулина не реже 1 раза в +_____+ месяцев

- регулярном посещении кабинета диабетической стопы
- регулярных горячих ножных ваннах с удалением ороговевших слоев кожи стопы самостоятельно или родственниками
- регулярном посещении косметического салона для проведения педикюра
- посещении тренажерного зала с выполнением аэробных нагрузок

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому пришла пациентка 42 лет.

Жалобы

на

- * сухость во рту,
- * жажду,
- * частое мочеиспускание.

Анамнез заболевания

В течение последнего месяца беспокоит сухость во рту и жажда, учащенное мочеиспускание.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает воспитателем в детском саду.

- * Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия 16 лет назад.
- * Беременности – 3, роды – 3 (масса тела детей при рождении 3400 г, 3600 и 4700 г).
- * Наследственность: у матери – сахарный диабет.
- * Аллергоanamнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Часто употребляет мучные и кондитерские изделия, сладкие газированные напитки.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 168 см, масса тела – 79 кг, индекс массы тела – 28,2 кг/м², температура тела – 36,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 125/88 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- регулярном посещении кабинета диабетической стопы
- регулярных горячих ножных ваннах с удалением ороговевших слоев кожи стопы самостоятельно или родственниками
- регулярном посещении косметического салона для проведения педикюра
- посещении тренажерного зала с выполнением аэробных нагрузок

Результаты лабораторных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз

- регулярном посещении кабинета диабетической стопы
- регулярных горячих ножных ваннах с удалением ороговевших слоев кожи стопы самостоятельно или родственниками
- регулярном посещении косметического салона для проведения педикюра
- посещении тренажерного зала с выполнением аэробных нагрузок

Диагноз

После установки диагноза необходимо провести

- регулярном посещении кабинета диабетической стопы
- регулярных горячих ножных ваннах с удалением ороговевших слоев кожи стопы самостоятельно или родственниками
- регулярном посещении косметического салона для проведения педикюра
- посещении тренажерного зала с выполнением аэробных нагрузок

Результаты дополнительных методов обследования

Рекомендации по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела

- питание с исключением углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)
- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < +_____+ %

- 6,0
- 7,0
- 6,5
- 7,5

В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается

- метформин
- глибенкламид
- вилдаглиптин
- акарбоза

Необходим повторный контроль HbA1c через +_____+ месяца/месяцев

- 2
- 12
- 3
- 9

Пациентке необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови + _____ + и проводить гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) 1 раз в неделю

- перед каждым приемом пищи
- 1 раз в неделю натощак
- 1 раз в сутки в разное время
- 2 раза в сутки утром и вечером

Через 6 месяцев у пациентки уровень HbA1c 7,1% на монотерапии метформином в дозе 2000 мг. Вы порекомендуете

- добавить к метформину ингибиторы дипептидилпептидазы 4 типа
- отменить метформин и назначить препараты сульфонилмочевины
- увеличить дозу метформина
- продолжить терапию в прежнем режиме, исследовать HbA1c через 3 месяца

Целевой уровень холестерина ЛНП для данной пациентки составляет < + _____ + ммоль/л

- 2,5
- 1,8
- 4,5
- 1,4

Контролировать клинический анализ крови у больных с сахарным диабетом 2 типа без осложнений необходимо + _____ + раз/раза в год

- 2
- 3
- 4
- 1

Целевые цифры артериального давления у больных с сахарным диабетом без хронической болезни почек составляют для систолического АД + _____ + мм рт.ст., для диастолического АД + _____ + мм рт.ст.

- 2
- 3
- 4
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 53 лет.

Жалобы

на

- * на периодически беспокоящую сухость во рту,
- * кожный зуд,
- * мелькание «мушек» перед глазами.

Анамнез заболевания

- * В течение нескольких месяцев беспокоит сухость во рту и кожный зуд.
- * Около недели отмечает появление «мушек» перед глазами.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает менеджером.
- * В течение последних 6 месяцев отмечает постепенное снижение веса на 5 кг.
- * Около 2 лет установлен диагноз «артериальная гипертензия» (повышение артериального давления до 160/100 мм рт.ст., назначен лозартан в дозе 100 мг).
- * Перенесённые заболевания: простудные.
- * Беременности – 1, роды – 1 (масса тела ребенка при рождении – 4200 г).
- * Наследственность: у отца инфаркт миокарда.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит.
- * Питание включает продукты с большим количеством простых углеводов и животных жиров.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 164 см, масса тела – 98 кг, индекс массы тела – $36,5 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 2
- 3
- 4
- 1

Результаты лабораторных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 2
- 3
- 4
- 1

Диагноз

Пациентке необходимо провести дополнительные методы обследования

- 2
- 3
- 4
- 1

Результаты дополнительных методов обследования

С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место

- препролиферативная диабетическая ретинопатия OU
- пролиферативная диабетическая ретинопатия OU
- непролиферативная диабетическая ретинопатия OU
- препролиферативная диабетическая ретинопатия с макулопатией OU

У пациентки из сопутствующей патологии присутствуют

- Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст.
- Артериальная гипертензия 2 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 ст.
- Артериальная гипертензия 1 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.
- Артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст.

В качестве сахароснижающей терапии необходимо назначить

- монотерапию вилдаглиптином
- алоглиптин и лираглутид
- метформин и дапаглифлозин
- монотерапию метформином

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является

HbA1c < + ____ + %

- 6,0
- 5,5
- 7,0
- 7,5

Для лечения осложнений сахарного диабета и сопутствующей патологии показано назначение

- верапамила, бисопролола и колестирамина
- моксонидина, бисопролола и гипотиазида
- фуросемида, анаприлина, актовегина
- аторвастатина, лозартана, индапамида

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 9
- 12
- 3
- 2

Через 6 месяцев после начала терапии у пациентки выявлен острый цистит, HbA1c 7,0 % . Пациентке необходимо

- перевести на базис-болюсную инсулинотерапию
- оставить прежнюю сахароснижающую терапию
- отменить метформин
- отменить дапаглифлозин

Оценка креатинина и мочевины, липидов сыворотки, скорости клубочковой фильтрации у больного сахарным диабетом 2 типа должна проводиться не реже 1 раза в + ____ + месяца/месяцев

- 24
- 36
- 12
- 18

Профилактика прогрессирования диабетической ретинопатии у данной пациентки заключается в достижении уровня гликированного гемоглобина менее + ____ + %

- 24
- 36
- 12
- 18

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 56 лет.

Жалобы

на

- * сухость во рту,
- * жажду,
- * избыточный вес.

Анамнез заболевания

- * В течение 3 лет отмечает увеличение массы тела на 10 кг.
- * Неоднократно пыталась соблюдать диету с целью снижения массы тела без эффекта.
- * В течение последнего месяца беспокоит сухость во рту и жажда.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает бухгалтером.
- * Перенесённые заболевания, операции: желчнокаменная болезнь (холецистэктомия 2 года назад), гестационный сахарный диабет, периодически повышение артериального давления, максимально до 165 и 100 мм рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает.
- * Беременности – 2, роды – 2 (масса тела детей при рождении 3400 г и 4200 г).
- * Наследственность: у матери – инфаркт миокарда в 64 года.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Часто употребляет хлебобулочные изделия, шоколад, газированные напитки, жареные и копченые мясные продукты.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 164 см, масса тела – 83 кг, индекс массы тела – $30,9 \text{ кг/м}^2$, температура тела –

36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 146/88 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 24
- 36
- 12
- 18

Результаты лабораторных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 24
- 36
- 12
- 18

Диагноз

Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки?

- Артериальная гипертензия 2 ст., высокий сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 степени.
- Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени.
- Артериальная гипертензия 1 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Избыточная масса тела.
- Артериальная гипертензия 2 ст., низкий сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени.

Рекомендации данной пациентке по изменению образа жизни включают

- высокобелковую диету с ограничением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание с исключением углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)

- низкокалорийную диету с исключением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является

HbA1c < + ____ + %

- 7,0
- 5,5
- 6,0
- 7,5

В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается

- глибенкламид
- вилдаглиптин
- акарбоза
- метформин

Необходим повторный контроль HbA1c через + ____ + месяца/месяцев

- 3
- 9
- 2
- 12

Пациентке необходимо рекомендовать проводить самоконтроль гликемии + _____ + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

- 1 раз в сутки в разное время
- перед каждым приемом пищи
- 1 раз в неделю натощак
- 2 раза в сутки утром и вечером

При дообследовании выявлен уровень холестерина 7,8 ммоль/л. Для лечения сопутствующей патологии показано назначение

- метопролола, торасемида и фенофибрата
- верапамила, бисопролола и колестирамина
- моксонидина, бисопролола и гипотиозида
- эналаприла, нифедипина и аторвастатина

При снижении скорости клубочковой фильтрации <45 мл/мин/ $1,73$ м² необходима коррекция дозы

- метформина
- нифедипина
- аторвастатина
- гликлазида

Наблюдение пациентки с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку

- эхокардиографии
- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови
- альбуминурии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей

Кратность посещения врача-офтальмолога в рамках мониторинга пациента с сахарным диабетом без диабетической ретинопатии составляет + _____ + раза/раз в год

- эхокардиографии
- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови
- альбуминурии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приёме у врача-терапевта участкового пациент 43 лет.

Жалобы

на

* сухость во рту,;

* жажду;

* избыточный вес.

Анамнез заболевания

Около 3-х месяцев беспокоит сухость во рту и жажда, с подросткового возраста имеет избыточную массу тела.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает системным администратором.
- * Перенесённые заболевания: 2 года назад установлен диагноз «артериальная гипертензия» (повышение артериального давления максимально до 175 и 105 мм рт.ст.), получает эналаприл 10 мг в сутки.
- * Наследственность: у отца – ожирение и сахарный диабет 2 типа.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит.
- * Питается нерегулярно, любит и часто употребляет фастфуд.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 176 см, масса тела – 113 кг, индекс массы тела – $36,5 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,3^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 128/98 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- эхокардиографии
- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови
- альбуминурии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей

Результаты лабораторных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- эхокардиографии
- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови
- альбуминурии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей

Диагноз

Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

- Артериальная гипертензия 1 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Избыточная масса тела.
- Артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 3 ст.
- Артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 ст.
- Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 ст.

Рекомендации для данного пациента по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела и

- питание с исключением углеводов и высоким содержанием белка, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)
- высокобелковую диету с ограничением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- низкокалорийную диету с исключением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < + _____ + %

- 7,5
- 6,0
- 7,0
- 6,5

В качестве приоритетного препарата сахароснижающей терапии необходимо назначить

- лираглутид
- репаглинид
- глибенкламид
- актрапид

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 9
- 2
- 3
- 12

Пациенту необходимо проводить самоконтроль гликемии + _____ + и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

- перед каждым приемом пищи
- 2 раза в сутки утром и вечером
- 1 раз в сутки в разное время
- 1 раз в неделю натощак

Для лечения артериальной гипертензии к эналаприлу целесообразно добавить

- бисопролол
- торасемид
- моксонидин
- гидрохлортиазид

Для диагностики наличия диабетической нефропатии пациенту необходимо

- провести экскреторную урографию
- провести дуплексное ультразвуковое исследование сосудов почек
- провести пробу Зимницкого
- оценить альбуминурию

Данному пациенту рекомендовано проведение самоконтроля артериального давления

- 2-3 раза в день
- 2-3 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 3 месяца

Для непролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерны + ____ + на глазном дне

- 2-3 раза в день
- 2-3 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 3 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 27 лет.

Жалобы

на

- * похудание, повышенный аппетит, повышенную возбудимость, плохой сон;
- * сердцебиение,
- * потливость,
- * ломкость ногтей,
- * слезотечение, покраснение глаз.

Анамнез заболевания

- * В течение трех месяцев после сильного психо-эмоционального стресса стала отмечать сердцебиение, повышение аппетита, ломкость ногтей, снижение веса, нарушился сон, стала эмоционально лабильной, раздраженной, появились слезотечение и инъекция склер, нарушение менструального цикла по типу олигоменореи.
- * В связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов пришла на прием к участковому врачу-терапевту.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает учителем.
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции.
- * Беременности – 1, роды – 1.
- * Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз, принимает левотироксин около 10 лет.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 168 см, масса тела – 59 кг, индекс массы тела – 21 кг/м^2 , температура тела – $37,0^\circ\text{C}$. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 110 в минуту. АД – 130/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа видна при осмотре области шеи, деформирует ее, при пальпации умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании. Тремор рук. ОУ отек век, умеренная гиперемия конъюнктивы, экзофтальм, ретракция верхнего века – 1 мм, положительный симптом Грефе.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 2-3 раза в день
- 2-3 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 3 месяца

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 2-3 раза в день
- 2-3 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 3 месяца

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 2-3 раза в день
- 2-3 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 3 месяца

Диагноз

Перед назначением лечения пациенту необходимо исследовать

- клинический и биохимический анализы крови
- тиреолиберин и паратиреоидный гормон
- иммунограмму и цитокиновый профиль
- кальцитонин и тиреоглобулин

Пациентке необходимо назначить

- тиамазол 30 мг, анаприлин 120 мг в сутки
- тиамазол 30 мг, преднизолон в режиме пульс терапии
- преднизолон 20 мг, анаприлин 40 мг в сутки
- индометацин 75 мг, анаприлин 40 мг в сутки

Для решения вопроса о снижении дозы тиреостатических препаратов необходимо провести

- исследование АТ к ТПО и АТ к ТГ
- УЗИ щитовидной железы

- сцинтиграфию щитовидной железы
- исследование св. Т4 в сыворотке крови

Определение уровня св. Т4 необходимо провести через + _____ + недель/недели от начала лечения

- 3-4
- 12-14
- 16-18
- 1-2

Лечение тиамазолом необходимо продолжать + _____ + месяцев

- 12-18
- 4-6
- 24-36
- 8-10

Пациентке рекомендована консультация

- офтальмолога
- дерматолога
- невролога
- психиатра

В связи с наличием эндокринной офтальмопатии пациентке надо порекомендовать глазные капли с

- дексаметазоном
- гипромеллозой
- гентамицином
- тетризолином

Для снижения риска прогрессирования эндокринной офтальмопатии пациентке следует дать рекомендации

- исключить из рациона мясные блюда
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- прекратить курение
- включить в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка

Профилактика прогрессирования эндокринной офтальмопатии заключается в

- исключить из рациона мясные блюда

- уменьшить количество употребляемых углеводов
- прекратить курение
- включить в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 39 лет.

Жалобы

на

- * головные боли,
- * слабость.

Анамнез заболевания

- * Около года назад было выявлено повышение артериального давления до 150/100 мм рт.ст., в качестве гипотензивной терапии получает эналаприл 10 мг в сутки.
- * В течение 2 лет наблюдается у врача-гинеколога с олигоменореей.
- * 3 месяца назад появилась и стала нарастать мышечная слабость в ногах.
- * В течение года поправилась на 8 кг.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает преподавателем.
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции.
- * Менструации нерегулярные (менструальный цикл от 28 до 45 дней), скудные, безболезненные.
- * Беременностей 2 (в 29 и 36 лет, наступили самостоятельно, протекали без угрозы прерывания, роды в срок).
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, распределение подкожно-жировой клетчатки по абдоминальному типу, рост – 165 см, масса тела – 72 кг, индекс массы тела – $26,7 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,8^\circ\text{C}$. Лицо лунообразное, рубец щек. Кожные покровы: на лице, спине, груди – элементы пиодермии, на боковых поверхностях брюшной стенки, в поясничной области – бордовые стрии до 2 см в ширину, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких –

лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации безболезненная, не увеличена, подвижная при глотании, узловые образования не пальпируются. Глазных симптомов нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение

- исключить из рациона мясные блюда
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- прекратить курение
- включить в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка

Результаты гормонального метода обследования

Для подтверждения заболевания необходимо провести

- исключить из рациона мясные блюда
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- прекратить курение
- включить в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка

Результаты дополнительных методов обследования

Для дифференциальной диагностики патогенетических вариантов заболевания необходимо выполнить

- исключить из рациона мясные блюда
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- прекратить курение
- включить в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка

Для топической диагностики пациентке необходимо провести

- исключить из рациона мясные блюда
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- прекратить курение
- включить в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка

С учетом полученных данных обследования, проведение селективного забора из нижних каменистых синусов пациентке

- показано в случае отказа от операции
- не требуется
- показано в любом случае
- требуется в связи с молодым возрастом

Какой диагноз вы поставите пациентке?

- показано в случае отказа от операции
- не требуется
- показано в любом случае
- требуется в связи с молодым возрастом

Диагноз

Методом выбора лечения кортикотропиномы является

- лечение агонистами дофамина
- двусторонняя адреналэктомия
- трансназальная селективная аденомэктомия
- пожизненная терапия блокаторами стероидогенеза

Предиктором успешного лечения является

- женский пол
- возраст пациентки менее 40 лет
- наличие в анамнезе двух беременностей
- размер опухоли менее 10 мм

При неэффективности первого нейрохирургического вмешательства повторная операция возможна не ранее чем через

- 3 недели
- 2 месяца
- 6 месяцев
- 2 года

После нейрохирургического лечения ремиссия заболевания с низким риском рецидива регистрируется при

- нормальных значениях альдостерона в раннем послеоперационном периоде

- нормальных значениях АКТГ и кортизола в раннем послеоперационном периоде
- высоких (выше верхнего нормативного значения) значениях АКТГ в раннем послеоперационном периоде
- лабораторно подтвержденной (кортизол в крови менее 50 нмоль/л) надпочечниковой недостаточности в раннем послеоперационном периоде

Восстановление трудоспособности после патогенетического лечения происходит в течение

- 3-12 месяцев
- 3-4 недель
- 6-8 недель
- 1-2 недель

В течение первого года после операции пациентку необходимо вызывать на осмотр

- 3-12 месяцев
- 3-4 недель
- 6-8 недель
- 1-2 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 34 лет

Жалобы

- * боль при глотании
- * боли по передней поверхности шеи, иррадиирующие в околоушную область, шею, затылок
- * сердцебиение
- * потливость
- * повышение температуры тела до 38,2 °С

Анамнез заболевания

* 4 недели назад заболела гриппом (диагноз подтвержден лабораторно), была лихорадка до 39° С, слабость, на 3-и сутки начался ринит. Через неделю от начала заболевания чувствовала себя удовлетворительно, жалоб не предъявляла, была выписана на работу. Накануне визита к терапевту стала

отмечать боль по передней поверхности шеи, иррадиирующую в околоушную область и затылок, боль при глотании, сердцебиение, потливость.

* в связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов и повышением температуры тела до 38,2° С пришла на прием к участковому врачу-терапевту

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает преподавателем в ВУЗе.
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции
- * Беременности – 2, роды – 2.
- * Наследственность: неотягощена.
- * Аллергоанамнез: неотягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,62 м, вес 56 кг, индекс массы тела 21,5 кг/м², t тела 38,4°С. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 110 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа видна при осмотре области шеи, при пальпации плотная, резко болезненная, кожные покровы шеи обычной окраски, гиперемии нет. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Тремор рук. Глазные симптомы - положительный симптом Грефе.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 3-12 месяцев
- 3-4 недель
- 6-8 недель
- 1-2 недель

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для обследования инструментальными методами исследования являются

- 3-12 месяцев
- 3-4 недель
- 6-8 недель

- 1-2 недель

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 3-12 месяцев
- 3-4 недель
- 6-8 недель
- 1-2 недель

Диагноз

Тест Крайля заключается в

- уменьшении болезненности и снижении СОЭ через 24-72 часа при назначении осельтамивира в дозе 150 мг в сутки
- уменьшении болезненности в области шеи и снижении СОЭ через 24-72 часа при назначении 20-30 мг преднизолона
- снижении до нормальных значений свободного Т3 через 24-72 часа при назначении анаприлина в дозе 120 мг
- компенсации тиреотоксикоза при назначении тиамазола в дозе 30 мг через 24-72 часа

Пациентке необходимо назначить

- преднизолон 30 мг в сутки
- осельтамивир в дозе 150 мг в сутки
- метилпреднизолон в режиме пульс терапии
- амоксициллин 500 мг 3 раза в сутки

Критерием для снижения дозы преднизолона служит

- нормальный захват ^{99m}Tc -пертехнетата при сцинтиграфии щитовидной железы
- уменьшение (исчезновение) болей в щитовидной железе, нормализация СОЭ
- исчезновение «облаковидных» зон в ткани щитовидной железы при УЗИ
- снижение абсолютного количества лимфоцитов и появление лейкоцитоза в клиническом анализе крови

Учитывая наличие тиреотоксикоза, пациентке необходимо назначить

- анаприлин
- тиамазол

- пропилтиоурацил
- раствор Люголя

Лечение преднизолоном проводят в течение + _____ + месяцев

- 24-36
- 12-18
- 2-3
- 6-8

При снижении дозы преднизолона к лечению можно добавить

- напроксен
- карбонат лития
- физиотерапевтические процедуры
- ацетилсалициловую кислоту

Через 2-4 месяца от начала заболевания развивается + _____ + стадия

- латентная
- гипертиреоидная
- гипотиреоидная
- хроническая

В большинстве случаев подострый тиреоидит заканчивается

- развитием многоузлового зоба
- выздоровлением
- развитием многоузлового токсического зоба
- развитием стойкого гипотиреоза

Левотироксин натрия, назначенный во время гипотиреоидной фазы подострого тиреоидита, должен быть

- развитием многоузлового зоба
- выздоровлением
- развитием многоузлового токсического зоба
- развитием стойкого гипотиреоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 57 лет.

Жалобы

на

- * похудание,
- * плохой сон, раздражительность,
- * сердцебиение,
- * потливость.

Анамнез заболевания

- * В течение полугода похудела на 4 кг, появились сердцебиение, потливость, нарушился сон, стала эмоционально лабильной, раздражительной.
- * В анамнезе – узловой зоб в течение 15 лет, проводилась тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (заключение: коллоидный зоб), лечение не получала.
- * В связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов пришла на прием к врачу-терапевту участковому.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает кассиром.
- * Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, аппендэктомия в 12 лет.
- * Беременности – 1, роды – 1.
- * Наследственность: неотягощена.
- * Аллергоанамнез: неотягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 172 см, масса тела – 61 кг, индекс массы тела – $20,3 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $37,0^\circ\text{C}$. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 96 в минуту. АД – 130/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа при пальпации умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании, в правой доле пальпируется узловое образование. Положительные симптомы Кохера, Грефе.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- развитием многоузлового зоба
- выздоровлением

- развитием многоузлового токсического зоба
- развитием стойкого гипотиреоза

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом исследования является

- развитием многоузлового зоба
- выздоровлением
- развитием многоузлового токсического зоба
- развитием стойкого гипотиреоза

Результаты инструментальных методов обследования

Для проведения дифференциальной диагностики необходимо

- развитием многоузлового зоба
- выздоровлением
- развитием многоузлового токсического зоба
- развитием стойкого гипотиреоза

Результаты дополнительных обследований

Какой предполагаемый основной диагноз?

- развитием многоузлового зоба
- выздоровлением
- развитием многоузлового токсического зоба
- развитием стойкого гипотиреоза

Диагноз

Тактика лечения пациентки заключается в

- тиреостатической терапии в течение 12-18 месяцев
- радиочастотной абляции узлового образования щитовидной железы
- приеме йодида калия длительно
- тиреоидэктомии или радиойодтерапии

Перед хирургическим лечением пациентке необходимо назначить

- индометацин, йодид калия до компенсации тиреотоксикоза
- преднизолон, дигоксин в течение 6-8 недель
- раствор Люголя, ивабрадин в течение 6-8 недель
- тиамазол, пропранолол до компенсации тиреотоксикоза

Перед назначением тиреостатической терапии пациентке необходимо оценить

- иммунограмму и цитокиновый профиль
- кальцитонин и тиреоглобулин
- клинический и биохимический анализы крови
- тиреолиберин и паратиреоидный гормон

Определение уровня св. Т4 необходимо провести через + _____ + недель/недели от начала лечения

- 7-8
- 3-4
- 10-11
- 1-2

После тиреоидэктомии пациентке показана пожизненная терапия

- левотироксином натрия
- йодидом калия
- трийодтиронином
- тиамазолом

Для оценки адекватности заместительной терапии пациентке необходимо контролировать уровень

- тиреотропного гормона
- тиреоглобулина
- Т3 свободного
- Т4 свободного

После радикального лечения и подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать

- 1 раз в 2 месяца
- только при появлении жалоб
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в год

Для пожилых лиц с узловым токсическим зобом и противопоказаниями к оперативному лечению и радиойодтерапии может быть рекомендована/рекомендовано

- 1 раз в 2 месяца

- только при появлении жалоб
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 35 лет

Жалобы

- * похудание, повышенный аппетит, повышенную возбудимость, плохой сон
- * сердцебиение
- * потливость

Анамнез заболевания

- * в течение нескольких месяцев стала отмечать сердцебиение и потливость, похудела за полгода на 4 кг, стала эмоционально лабильной, раздраженной
- * в связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов пришла на прием к участковому врачу-терапевту

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально
- * Работает архивариусом
- * Перенесённые заболевания: инфекционный паротит
- * Беременности – 1, роды – 1
- * Наследственность: неотягощена
- * Аллергоанамнез: неотягощен
- * Вредные привычки: курение

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,68 м, вес 59 кг, индекс массы тела 21 кг/м^2 , t тела $37,0^\circ\text{C}$. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, бархатистые, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 108 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации увеличена - размер доли больше дистальной фаланги обследуемой, умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании. Тремор рук. OU положительный симптом Грефе.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 1 раз в 2 месяца
- только при появлении жалоб
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в год

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- 1 раз в 2 месяца
- только при появлении жалоб
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в год

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 1 раз в 2 месяца
- только при появлении жалоб
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в год

Диагноз

Перед назначением лечения пациентке необходимо исследовать биохимию крови с оценкой печеночных трансаминаз, билирубина и

- иммунограмму
- клинический анализ крови
- паратиреоидный гормон
- кальцитонин сыворотки крови

Пациентке необходимо назначить

- преднизолон 20 мг, пропранолол 40 мг в сутки
- тиамазол 30 мг, преднизолон в режиме пульс терапии
- индометацин 75 мг, пропранолол 40 мг в сутки
- тиамазол 30 мг, пропранолол 120 мг в сутки

Пациентка обратилась через 2 недели после начала терапии с жалобами на боль в горле и повышение температуры до 38,2° С. Дальнейшая тактика заключается в

- назначении антибактериальной и жаропонижающей терапии
- отмене тиамазола, срочном назначении клинического анализа крови
- уменьшении дозы тиамазола, назначении терапии глюкокортикоидами
- отмене тиамазола и назначении пропилтиоурацила

Получены результаты клинического анализа крови: абс. количество нейтрофилов – $0,4 \times 10^9$ /л. Дальнейшая тактика лечения заключается в

- назначении сульфаниламидов
- плановой консультации гематолога
- госпитализации
- назначении глюкокортикоидов

Пациентка выписана из гематологического отделения в удовлетворительном состоянии, в клиническом анализе - нормальная формула крови, предъявляет жалобы на сердцебиение, потливость, дрожь в теле. Необходимо

- направить на курс лечения гемосорбцией
- назначить пропилтиоурацил по 100 мг 3 раза в сутки
- назначить тиамазол 10 мг и преднизолон 5 мг в сутки
- направить на радикальное лечение тиреотоксикоза

При планировании хирургического лечения тиреотоксикоза операцию рекомендуется провести в объеме

- тиреоидэктомии
- гемитиреоидэктомии
- субтотальной резекции щитовидной железы
- тиреоидэктомии с лимфодиссекцией

После тиреоидэктомии пациентка получает 100 мкг левотироксина натрия, необходимо оценить уровень ТТГ через +____+ недель/недели после операции

- 2-4
- 10-12
- 16-18
- 6-8

Для снижения риска развития эндокринной офтальмопатии следует рекомендовать

- исключить из рациона мясные блюда
- включать в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка
- отказаться от курения
- уменьшить количество употребляемых углеводов

Для профилактики гипопаратиреоза после тиреоидэктомии рекомендуется назначение препаратов

- исключить из рациона мясные блюда
- включать в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка
- отказаться от курения
- уменьшить количество употребляемых углеводов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 26 лет.

Жалобы

на

- * выпадение волос на голове
- * сердцебиение
- * потливость

Анамнез заболевания

- * 3 месяца назад – срочные роды. Вес ребенка при рождении 3100 г, рост 49 см. В настоящее время - физиологическая лактация.
- * в течение последней недели отметила появление сердцебиения и потливости.
- * около месяца назад стали выпадать волосы на голове

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Является домохозяйкой.
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции
- * Беременности – 1, роды – 1.
- * Наследственность: не отягощена.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,62 м, вес 56 кг, индекс массы тела $21,5 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,4^\circ\text{C}$. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 100 в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации безболезненная, 0 ст. по ВОЗ. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Легкий тремор пальцев рук. Глазные симптомы - положительный симптом Грефе

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- исключить из рациона мясные блюда
- включать в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка
- отказаться от курения
- уменьшить количество употребляемых углеводов

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы исследования

- исключить из рациона мясные блюда
- включать в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка
- отказаться от курения
- уменьшить количество употребляемых углеводов

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- исключить из рациона мясные блюда
- включать в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка
- отказаться от курения
- уменьшить количество употребляемых углеводов

Диагноз

Пациентке необходимо

- прекратить лактацию
- динамическое наблюдение
- назначить преднизолон в дозе 30 мг
- назначить тиамазол в дозе 20 мг

В качестве симптоматической терапии тиреотоксикоза пациентке могут быть назначены

- прекратить лактацию
- динамическое наблюдение
- назначить преднизолон в дозе 30 мг
- назначить тиамазол в дозе 20 мг

Дополнительная информация

Пациентка вернулась на прием через 4 месяца, после периода улучшения самочувствия появились сонливость и апатия. После обследования выявлено: ТТГ – 7,6 мЕд/л, Т4 св. – 18 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л).

У пациентки имеет место

- субклинический гипотиреоз
- манифестный гипотиреоз
- субклинический тиреотоксикоз
- манифестный тиреотоксикоз

Учитывая наличие субклинического гипотиреоза, пациентке необходимо рекомендовать

- контроль ТТГ, Т4св. в динамике
- левотироксин натрия в дозе 2,2 мкг/кг
- УЗИ щитовидной железы
- левотироксин натрия в дозе 0,9 мкг/кг

ТТГ и Т4 св. необходимо проконтролировать через + _____ + месяца/месяцев

- 12-16
- 8-10
- 1-2
- 3-6

Пациентка вернулась через 6 месяцев. Жалоб нет. При обследовании ТТГ – 1,2 мЕд/л, Т4 св. – 19 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л). У пациентки имеет место

- спонтанная ремиссия
- субклинический тиреотоксикоз
- субклинический гипотиреоз
- медикаментозный эутиреоз

Послеродовый тиреоидит имеет + _____ + этиологию

- идиопатическую
- вирусную
- бактериальную
- аутоиммунную

Заместительная терапия левотироксином натрия в случае субклинического гипотиреоза показана при повышении уровня ТТГ в крови более + _____ + мЕд/л

- 12
- 4
- 5
- 10

При аутоиммунном тиреоидите и физиологической лактации препараты йода

- 12
- 4
- 5
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 29 лет

Жалобы

на

- * сухость кожи
- * сонливость

Анамнез заболевания

* в течение года беспокоит сонливость, снижение памяти, сухость кожных покровов

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

- * Работает водителем
- * Перенесённые заболевания: гепатит А в детстве
- * Наследственность: неотягощена.
- * Аллергоanamнез: неотягощен.
- * Вредные привычки: курение

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,81 м, вес 79 кг, индекс массы тела $23,9 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы с участками депигментации, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 66 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, узлы не пальпируются. Глазные симптомы отрицательные.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 12
- 4
- 5
- 10

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы исследования

- 12
- 4
- 5
- 10

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 12
- 4
- 5

- 10

Диагноз

Пациенту необходимо рекомендовать

- левотироксин натрия из расчета 0,9 мкг/кг массы тела
- повторный осмотр через 12 месяцев
- йодид калия 200 мкг в сутки
- повторить ТТГ, Т4св. через 3 месяца

При повторном исследовании через 3 месяца - ТТГ – 12,1 (норма 0,4-4,0 мЕд/л), Т4 св. – 8,1 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л)

Пациенту необходимо назначить левотироксин натрия в расчетной дозе + _____ + мкг

- 125
- 100
- 200
- 150

Контроль лечения проводится по уровню

- Т4 общего
- ТТГ
- Т4 свободного
- Т3 свободного

Определение уровня ТТГ необходимо провести через + _____ + недель/недели

- 4
- 5
- 8
- 2

При обследовании через 8 недель ТТГ – 1,8 мЕд/л, необходимо рекомендовать

- продолжить проводимую терапию
- отменить левотироксин натрия
- уменьшить дозу левотироксина натрия на 30%
- увеличить дозу левотироксина натрия на 30%

Вследствие хронической передозировки левотироксина может развиваться

- остеопороз
- хронический запор
- острый психоз
- претибиальная микседема

После подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать

- 1 раз в 2 года
- 1 раз в 2 месяца
- 1 раз в год
- только при появлении жалоб

Исследование динамики содержания циркулирующих антител к щитовидной железе при аутоиммунном тиреоидите для оценки его прогрессирования

- проводят ежегодно
- проводят раз в 5 лет
- проводят каждые 6 месяцев
- не проводят

Приём + _____ + может снижать абсорбцию левотироксина натрия в кишечнике, что потребует увеличение его дозы

- проводят ежегодно
- проводят раз в 5 лет
- проводят каждые 6 месяцев
- не проводят

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 37 лет.

Жалобы

- * сухость кожи
- * сонливость
- * ломкость ногтей, выпадение волос

Анамнез заболевания

- * в течение полугода беспокоит сонливость, сухость кожных покровов, ломкость

ногтей, выпадение волос

* около года страдает олигоменореей

Анамнез жизни

* Работает бортпроводницей

* Перенесённые заболевания: аппендэктомия в 14 лет

* Наследственность: неотягощена.

* Аллергоанамнез: неотягощен.

* Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,74 м, вес 80 кг, индекс массы тела $26,5 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, отмечаются периорбитальные отеки. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 58 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, узлы не пальпируются. Глазные симптомы отрицательные.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- проводят ежегодно
- проводят раз в 5 лет
- проводят каждые 6 месяцев
- не проводят

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- проводят ежегодно
- проводят раз в 5 лет
- проводят каждые 6 месяцев
- не проводят

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым диагнозом данной пациентки является

- проводят ежегодно
- проводят раз в 5 лет
- проводят каждые 6 месяцев
- не проводят

Диагноз

Пациентке необходимо рекомендовать

- повторить ТТГ, Т4св. через 3 месяца
- левотироксин натрия из расчета 2,2 мкг/кг массы тела
- левотироксин натрия из расчета 1,6 мкг/кг массы тела
- йодид калия 200 мкг в сутки

Контроль лечения проводится по уровню

- ТТГ
- Т4 общего
- Т4 свободного
- Т3 свободного

**Определение уровня ТТГ необходимо провести не ранее, чем через + _____ +
недель/недели**

- 8
- 4
- 2
- 12

**Целевым уровнем ТТГ на фоне заместительной терапии гипотиреоза является
+ _____ + мЕд/л**

- 0,4 – 4,0
- 4,0 – 10,0
- 2,5 – 5,0
- 0,1 – 1,0

**При повторном исследовании через 2 месяца - ТТГ – 7,1 (норма 0,4-4,0 мЕд/л),
пациентке рекомендовано**

- уменьшить дозу левотироксина натрия
- добавить трийодтиронин
- отменить левотироксин натрия
- увеличить дозу левотироксина натрия

Наиболее вероятной причиной олигоменореи при гипотиреозе является

- дефицит массы тела
- преждевременная недостаточность яичников
- синдром резистентных яичников
- гиперпролактинемия

Вследствие хронической передозировки левотироксина натрия может развиваться

- претибиальная микседема
- хронический запор
- остеопороз
- острый психоз

В случае наступления беременности у данной пациентки необходимо

- отменить левотироксин натрия
- оставить дозу левотироксина натрия прежней
- увеличить дозу левотироксина натрия на 30%
- уменьшить дозу левотироксина натрия на 30%

К препаратам, снижающим абсорбцию левотироксина натрия, относится

- отменить левотироксин натрия
- оставить дозу левотироксина натрия прежней
- увеличить дозу левотироксина натрия на 30%
- уменьшить дозу левотироксина натрия на 30%

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 55 лет

Жалобы

- * На сухость во рту
- * Общую слабость
- * Чувство онемения, зябкости в нижних конечностях

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3-х последних месяцев

Анамнез жизни

- * Не работает.

* Перенесенные заболевания: Правосторонняя среднедолевая пневмония в 42 года.

* Беременности – 1, роды – 1.

* Наследственность: неотягощена.

* Аллергоanamнез: аллергическая реакция на витамины группы В - крапивница.

* Вредные привычки: курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,62 м, вес 76 кг, индекс массы тела $29,1 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 74 в минуту. АД 165/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Снижение тактильной чувствительности на нижних конечностях, другие виды чувствительности сохранены. Пульсация на *a.dorsalis pedis* сохранена.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- отменить левотироксин натрия
- оставить дозу левотироксина натрия прежней
- увеличить дозу левотироксина натрия на 30%
- уменьшить дозу левотироксина натрия на 30%

Результаты лабораторных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз - это

- отменить левотироксин натрия
- оставить дозу левотироксина натрия прежней
- увеличить дозу левотироксина натрия на 30%
- уменьшить дозу левотироксина натрия на 30%

Диагноз

Для диагностики нарушения тактильной чувствительности необходимо

- поставить градуированный камертон (128 Гц) на медиальную поверхность головки 1-й плюсневой кости
- определить сухожильные рефлексы (ахиллов, коленный) с помощью неврологического молоточка

- провести пассивное сгибание в суставах пальцев стопы в положении больного лежа с закрытыми глазами
- последовательно прикоснуться концом монофиламента к различным участкам кожи стопы

По данным физикального осмотра у пациентки имеет место

- диабетическая нейропатия, моторный тип
- автономная форма нейропатии, кардиальная форма
- диабетическая нейропатия, сенсо-моторный тип
- диабетическая нейропатия, сенсорный тип

Из сопутствующей патологии у пациентки присутствует

- артериальная гипертензия 2 ст, низкий сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени
- артериальная гипертензия 2 ст, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Избыточная масса тела
- артериальная гипертензия 1 ст, низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Избыточная масса тела
- ишемическая болезнь сердца. Артериальная гипертензия 2 ст, очень высокий сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 степени

Рекомендации данной пациентке по изменению образа жизни включают

- питание с исключением углеводов и большим количеством животного и растительного белка (20% от суточного рациона), физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)
- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, исключением животных жиров, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, ограничением животного белка (не более 1,0 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является

HbA1c < + _____ + %

- 8,0
- 6,5
- 7,0
- 7,5

В качестве сахароснижающей терапии необходимо назначить

- метформин и гликлазид МВ
- метформин, глибенкламид и аналог инсулина короткого действия
- инсулин короткого действия и пиоглитазон
- глибенкламид и аналог инсулина короткого действия

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 9
- 2
- 3
- 12

Пациентка провела контроль гликированного гемоглобина через 6 месяцев, индивидуальная цель не достигнута, темп снижения <1,5%, необходимо добавить к сахароснижающей терапии

- аналог инсулина длительного действия
- глибенкламид микронизированный
- аналог инсулина ультракороткого действия
- инсулин средней продолжительности и короткого действия

Оценка альбуминурии должна проводиться 1 раз в + _____ + месяца/месяцев

- 6
- 3
- 12
- 9

Осмотр ног пациента с сахарным диабетом 2 типа должен проводиться

- 6
- 3
- 12
- 9

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 42 лет

Жалобы

Жалоб не предъявляет, пришла на диспансеризацию

Анамнез заболевания

- * Хронические заболевания отрицает
- * Отмечает набор массы тела за последние 5 лет на 10 кг
- * В ходе диспансеризации впервые выявлено повышение глюкозы капиллярной крови до 6,7 ммоль/л

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально
- * Работает продавцом
- * Перенесённые заболевания: простудные
- * Беременности – 1, роды – 1 (вес ребенка при рождении 4400 г)
- * Наследственность: у матери инфаркт миокарда в 54 года
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,65 м, вес 88 кг, индекс массы тела $32,6 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 6
- 3
- 12
- 9

Результаты лабораторных методов обследования

Какой диагноз можно поставить на основании анамнестических и клинико-лабораторных данных?

- 6
- 3
- 12
- 9

Диагноз

У пациентки присутствует сопутствующая патология

- артериальная гипертензия 2 степени. Ожирение 2 степени
- артериальная гипертензия 1 степени. Избыточная масса тела
- артериальная гипертензия 2 степени. Ожирение 1 степени
- артериальная гипертензия 1 степени. Ожирение 1 степени.

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- питание с исключением углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю), уменьшение массы тела
- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < +____ + %

- 6,5
- 7,5
- 7,0
- 6,0

В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается

- вилдаглиптин
- акарбоза
- глибенкламид
- метформин

Пациентке необходимо рекомендовать проводить самоконтроль гликемии не менее +_____ + раз/раза в сутки и один гликемический профиль в неделю

- 1
- 3
- 2

- 4

Патогенез сахарного диабета 2 типа заключается в

- аутоиммунном поражении β -клеток поджелудочной железы
- инсулинорезистентности и дефекте секреции инсулина
- идиопатической деструкции β -клеток поджелудочной железы
- нарушении секреции инсулина вследствие генетического дефекта β -клеток

Для лечения артериальной гипертензии пациентке показано назначение

- верапамила, бисопролола
- моксонидина, бисопролола
- эналаприла, нифедипина
- метопролола, торасемида

Эффективность сахароснижающей терапии оценивается по + _____ + через 3-6 месяцев после начала лечения

- суточной глюкозурии
- глюкозе плазмы крови натощак
- гликированному гемоглобину
- суточному профилю гликемии

Для профилактики поздних осложнений сахарного диабета показано достижение целевого уровня холестерина ЛНП < + ____ + ммоль/л

- 2,0
- 1,4
- 2,5
- 1,8

Для профилактики микро – и макро-сосудистых осложнений сахарного диабета показано достижение целевого уровня артериального давления + _____ + мм.рт.ст.

- 2,0
- 1,4
- 2,5
- 1,8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 73 лет.

Жалобы

- * На сухость во рту,
- * жажду,
- * кожный зуд.

Анамнез заболевания

Около полугода периодически беспокоят сухость во рту, жажда и кожный зуд.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Пенсионер.
- * Перенесённые заболевания: полтора года назад перенес ОИМ, проведено стентирование ПКА, принимает нифедипин 60 мг в сутки, индапамид 2,5 мг в сутки, эналаприл 20 мг в сутки, в анамнезе повышение АД до 180 и 110 мм.рт.ст.
- * Наследственность: не отягощена.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит.
- * Питается нерегулярно, употребляет сладости, жареные и копченые мясные продукты. Не нуждается в помощи при выполнении мероприятий повседневной активности.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,72 м, вес 96 кг, индекс массы тела 32 кг/м^2 , t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пастозность голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 135/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 2,0
- 1,4
- 2,5
- 1,8

Результаты лабораторных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных исследований можно предположить диагноз

- 2,0
- 1,4
- 2,5
- 1,8

Диагноз

Патогенез сахарного диабета 2 типа заключается в

- инсулинорезистентности и дефекте секреции инсулина
- нарушении секреции инсулина вследствие генетического дефекта β -клеток
- идиопатической деструкции β -клеток поджелудочной железы
- аутоиммунном поражении β -клеток поджелудочной железы

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $HbA1c < + \underline{\quad} + \%$

- 8,0
- 7,5
- 6,5
- 7,0

Наиболее рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- метформин и агонист рецептора ГПП-1
- инсулина длительного действия и пиоглитазон
- глибенкламид и инсулин короткого действия
- агонист рецептора ГПП-1 и ингибитор ДПП-4

В случае необходимости интенсификации терапии, с учетом анамнеза и объективного статуса, пациенту будет противопоказано назначение

- инсулина
- пиоглитазона
- вилдаглиптина
- дапаглифлозина

У пациента выявлен уровень холестерина липопротеидов низкой плотности 1,7 ммоль/л. В данном случае показана/показано

- терапия фенофибратом
- назначение аторвастатина
- динамическое наблюдение без терапии
- терапия эзетимибом

Пациенту, перенесшему острый инфаркт миокарда со стентированием более года назад, показана + _____ + терапия

- антиагрегантная
- двойная антиагрегантная
- антиангинальная
- антикоагулянтная

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 12
- 2
- 3
- 9

Пациенту, находящемуся на пероральной сахароснижающей терапии, рекомендуется проводить самоконтроль гликемии + _____ + и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

- не менее 1 раза в сутки в разное время
- не менее 1 раза в неделю натощак
- не менее 2 раз в сутки утром и вечером
- перед каждым приемом пищи

Наблюдение пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа с артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку

- альбуминурии
- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- эхокардиографии

Кратность ежегодного посещения врача офтальмолога в рамках мониторинга основного заболевания составляет + _____ + раза/раз в год

- альбуминурии
- результатов непрерывного мониторингования уровня глюкозы крови
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- эхокардиографии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 28 лет.

Жалобы

- * на сухость во рту,
- * жажду,
- * учащенное мочеиспускание,
- * снижение массы тела,
- * общую слабость.
- * тошноту, однократную рвоту

Анамнез заболевания

- * около 2-х месяцев беспокоит сухость во рту и жажда, учащенное мочеиспускание
- * за последние 2,5 месяца отметил снижение массы тела на 10 кг

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает программистом.
- * Перенесённые заболевания: простудные, хронический вазомоторный ринит.
- * Наследственность: неотягощена.
- * Аллергоанамнез: неотягощен.
- * Вредные привычки: курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Питается регулярно.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Отмечается запах моченых яблок изо рта. Телосложение нормостеническое, рост 1,72 м, вес 61 кг, индекс массы тела 20,6 кг/м², t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 86 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- альбуминурии
- результатов непрерывного мониторингования уровня глюкозы крови
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- эхокардиографии

Результаты лабораторных методов обследования

Данному больному можно поставить предварительный диагноз

- альбуминурии
- результатов непрерывного мониторингования уровня глюкозы крови
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- эхокардиографии

Диагноз

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- назначении инсулина длительного действия с гликлазидом
- назначении инфузионной терапии с бикарбонатами
- госпитализации в стационар
- назначении пероральной сахароснижающей терапии

Пациент завершил стационарное лечение, выписан на инсулинотерапии в базис-болюсном режиме. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $HbA_{1c} < + \underline{\hspace{1cm}} + \%$

- 5,5
- 6,5
- 7,0
- 6,0

Побочным эффектом инсулинотерапии является

- риск гипогликемии
- желудочно-кишечный дискомфорт
- увеличение риска переломов трубчатых костей
- потенциальный риск панкреатитов

Необходим повторный контроль HbA_{1c} через $+ \underline{\hspace{1cm}} +$ месяца/месяцев

- 9
- 3
- 12
- 2

Пациенту необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови

- не менее 4 раз ежедневно
- 2 раза в сутки утром и вечером
- 1 раз в сутки
- 1 раз в неделю натощак

В клинической картине диабетического кетоацидоза часто развивается

- кардиалгия
- мышечная боль
- полиморфная неврологическая симптоматика
- абдоминальный синдром

Основной задачей во время физической нагрузки является

- поддержание гликемии на уровне 5,5 ммоль/л
- употребление углеводов в большом количестве
- исключение энергозатратных видов спорта, отдав предпочтение пешим прогулкам
- профилактика гипогликемии, связанной с физической активностью

Рекомендации по питанию при 1 типе сахарного диабета заключаются в

- общем потреблении белков, жиров и углеводов, не отличающемся от такого у здорового человека
- низкобелковой диете с исключением легкоусваиваемых углеводов и животных жиров, уменьшении массы тела
- повышении калорийности рациона до 4000 ккал в сутки с целью увеличения массы тела
- высокобелковой диете с ограничением легкоусваиваемых углеводов и животных жиров, уменьшении массы тела

Скрининг диабетической нефропатии проводится у пациентов с сахарным диабетом 1 типа

- только при наличии артериальной гипертензии
- сразу при постановке диагноза
- через 1 год от дебюта сахарного диабета

- через 5 лет от дебюта сахарного диабета

Кратность посещения врача офтальмолога в рамках мониторинга сахарного диабета составляет не реже +_____+ раза/раз в год

- только при наличии артериальной гипертензии
- сразу при постановке диагноза
- через 1 год от дебюта сахарного диабета
- через 5 лет от дебюта сахарного диабета

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 63 лет

Жалобы

- * на сухость во рту,
- * жажду,
- * онемение стоп, слабость в ногах,
- * боли в ногах (преимущественно ночью)

Анамнез заболевания

- * В течение 6 лет страдает сахарным диабетом 2 типа
- * Принимает Метформин 1000 мг 2 р/д, Гликлазид МВ – 30 мг перед завтраком.
- * Эпизодов гипогликемии нет.
- * В течение 3 месяцев гликемия натощак при самоконтроле 9-14 ммоль/л.
- * Гликированный гемоглобин – 7,8%.
- * Осложнений диабета ранее не диагностировано.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Пенсионер.
- * Перенесённые заболевания: Артериальная гипертензия 3 степени. Максимальный подъем АД до 190/100 мм. рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг
- * Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Часто употребляет хлебо-булочные изделия, газированные напитки, жареные и копченые мясные продукты.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,78 м, вес 102 кг, индекс массы тела $32,19 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Методами исследования, обязательными для постановки диагноза, являются

- только при наличии артериальной гипертензии
- сразу при постановке диагноза
- через 1 год от дебюта сахарного диабета
- через 5 лет от дебюта сахарного диабета

Результаты лабораторных методов обследования

Данному больному можно поставить диагноз

- только при наличии артериальной гипертензии
- сразу при постановке диагноза
- через 1 год от дебюта сахарного диабета
- через 5 лет от дебюта сахарного диабета

Диагноз

Сопутствующей патологией у пациента является артериальная гипертензия + ____ + степени, + _____ + риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение + ____ + степени

- 3; очень высокий; 2
- 3; очень высокий; 1
- 2; высокий риск; 2
- 2; очень высокий; 1

Рекомендации по медикаментозному лечению осложнений сахарного диабета у пациента включают назначение

- прегабалина
- диклофенака
- дексаметазона
- вазaproстана

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < + ____ + %

- 7,0
- 8,0
- 6,5
- 7,5

Для интенсификации сахароснижающей терапии назначается метформин в дозе 1000 мг 2 р/день и гликлазид МВ в дозе + _____ + мг 1 р/день

- 60
- 180
- 120
- 90

Повторный контроль HbA1c необходим через + _____ + месяца/месяцев

- 3
- 12
- 9
- 2

Основой успешного лечения диабетической нейропатии является/являются

- применение баллонной ангиопластики сосудов нижних конечностей
- соблюдение низкокалорийной диеты с исключением любых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- применение физиотерапевтического лечения
- достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей гликемии

Для исключения диабетической ретинопатии необходимо провести

- компьютерную периметрию
- реоофтальмографию
- офтальмоскопию при расширенном зрачке
- гониоскопию

При снижении скорости клубочковой фильтрации <30 мл/мин у пациента с сахарным диабетом необходимо отменить

- гликлазид МВ
- амлодипин

- метформин
- аторвастатин

Пациенты с диабетической дистальной нейропатией входят в группу риска развития

- лактат-ацидоза
- инфаркта миокарда
- гиперосмолярной комы
- синдрома диабетической стопы

Специфическим для сахарного диабета фактором риска развития инсульта является

- лактат-ацидоза
- инфаркта миокарда
- гиперосмолярной комы
- синдрома диабетической стопы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 65 лет

Жалобы

на эпизоды тошноты, потливости, чувства голода в дневное время, купирующиеся приемом пищи

Анамнез заболевания

- * В течение 8 лет страдает сахарным диабетом.
- * Принимает метформин 1000 мг 2 р/д, глибенкламид 3,5 мг 2 р/д.
- * Самоконтроль гликемии не осуществляет, последний контроль HbA1c 12 месяцев назад – 8.4%
- * Осложнений диабета ранее не диагностировано.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает курьером.
- * Перенесённые заболевания: гипертоническая болезнь II стадии. Максимальный подъем АД до 180/100 мм. рт. ст. Адаптирован к АД 135-140/85 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг

* Наследственность: сахарный диабет 2 типа у матери.

* Аллергоanamнез: не отягощен.

* Вредные привычки: курение

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,75 м, вес 84 кг, индекс массы тела 28 кг/м^2 , t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 88 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Для обследования пациенту необходимо назначить

- лактат-ацидоза
- инфаркта миокарда
- гиперосмолярной комы
- синдрома диабетической стопы

Результаты лабораторных методов обследования

Данному больному можно поставить диагноз

- лактат-ацидоза
- инфаркта миокарда
- гиперосмолярной комы
- синдрома диабетической стопы

Диагноз

У пациента выявлена микроальбуминурия 70 мг/г. Учитывая СКФ - 61 мл/мин/1,73 кв.м, ХБП соответствует стадии

- С4А1
- С2А2
- С1А1
- С3А3

Рекомендации по лечению сахарного диабета у пациента включают

- снижение дозы глибенкламида и добавление инсулина длительного действия
- отмену глибенкламида и назначение инсулина короткого действия

- отмену глибенкламида и метформина
- отмену глибенкламида и назначение ингибитора ДПП 4

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $HbA_{1c} < + \underline{\hspace{1cm}} + \%$

- 6,5
- 7,5
- 7,0
- 8,0

Мероприятия по купированию гипогликемии у больных с сахарным диабетом, получающих сахароснижающую терапию, необходимо начинать при гликемии менее $+ \underline{\hspace{1cm}} +$ ммоль/л

- 3,9
- 3,3
- 2,2
- 2,8

Повторный контроль HbA_{1c} необходим через $+ \underline{\hspace{1cm}} +$ месяц/месяцев

- 9
- 12
- 3
- 2

Рекомендации по профилактике гипогликемических состояний заключаются в

- снижении физических нагрузок
- регулярном самоконтроле гликемии
- дробном приеме легкоусваиваемых углеводов
- снижении целевого уровня гликированного гемоглобина

К мероприятиям по купированию легкой гипогликемии относят

- прием 1-2 ХЕ легкоусваиваемых углеводов
- в/в струйное введение 40 – 100 мл 40 % раствора глюкозы
- прием 1-2 ХЕ сложных углеводов
- в/в капельное введение 5–10 % раствора глюкозы

При снижении скорости клубочковой фильтрации < 30 мл/мин у пациента с сахарным диабетом необходимо отменить

- метформин

- гликлазид МВ
- аторвастатин
- амлодипин

Пероральный глюкозотолерантный тест проводится при глюкозе плазмы натощак + _____ + ммоль/л

- 6,1-6,9
- 5,6-6,1
- 7,1-7,8
- 6,2-7,0

Особенностью ИБС при сахарном диабете является

- 6,1-6,9
- 5,6-6,1
- 7,1-7,8
- 6,2-7,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 71 года.

Жалобы

на

- * онемение стоп,
- * снижение чувствительности стоп,
- * боли и слабость в ногах при подъеме на 2-3 этаж и преодолении 200-300 метров

Анамнез заболевания

- * В течение 20 лет страдает сахарным диабетом 2 типа
 - * Принимает Метформин 1000 мг 2 р/д, Гликлазид МВ – 60 мг перед завтраком
 - * Эпизодов гипогликемии нет.
 - * В течение 3 месяцев гликемия натощак при самоконтроле до 10 ммоль/л
 - * Гликированный гемоглобин 8,5%, общий холестерин – 5,2 ммоль/л
- Из осложнений диабета – диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Пенсионер

- * Перенесённые заболевания: ИБС. Гипертоническая болезнь. Максимальный подъем АД до 190/100 мм.рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг, бисопролол 5 мг утром
- * Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца.
- * Аллергоanamнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,80 м, вес 100 кг, индекс массы тела $30,8 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Обязательными методами исследования для выявления макрососудистых осложнений сахарного диабета являются

- 6,1-6,9
- 5,6-6,1
- 7,1-7,8
- 6,2-7,0

Результаты обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 6,1-6,9
- 5,6-6,1
- 7,1-7,8
- 6,2-7,0

Диагноз

Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

- Артериальная гипертензия 2 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени
- Артериальная гипертензия 2 степени, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 степени
- Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 степени

- Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени

К терапии необходимо добавить

- клопидогрел, розувастатин
- ацетилсалициловую кислоту, эзетимиб
- габапентин, трамадол
- вазапрантан, эноксапарин

При развитии критической ишемии нижних конечностей с умеренным риском потери конечности пациенту необходимо проведение

- реваскуляризации артерий конечности
- разгрузки пораженной конечности
- тромболитической терапии
- интенсификации сахароснижающей терапии

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < + ____ + %

- 8,0
- 6,5
- 7,0
- 7,5

Для интенсификации сахароснижающей терапии к лечению необходимо добавить

- алоглиптин
- репаглинид
- глибенкламид
- инсулин лизпро

При снижении скорости клубочковой фильтрации <45 мл/мин необходимо провести коррекцию дозы

- метформина
- гликлазида МВ
- алоглиптина
- амлодипина

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяц/месяцев

- 2

- 12
- 7
- 3

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- агонисты ГПП-1 + прандиальный инсулин
- базальный инсулин + тиазолидиндионы
- агонисты ГПП-1 + ингибиторы ДПП-4
- ингибиторы ДПП-4 + метформин

Трофические нарушения мягких тканей нижних конечностей могут развиваться

- преимущественно на стадии подтвержденного ЗАНК
- на любой стадии ЗАНК
- исключительно на стадии КИНК
- только на стадии риска развития ЗАНК

Ежегодный офтальмологический осмотр пациентов с СД 2 типа должен включать обязательную + _____ + при расширенном зрачке

- преимущественно на стадии подтвержденного ЗАНК
- на любой стадии ЗАНК
- исключительно на стадии КИНК
- только на стадии риска развития ЗАНК

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 64 лет.

Жалобы

на сухость во рту, частое и обильное мочеиспускание

Анамнез заболевания

- * Страдает артериальной гипертензией в течение 5 лет
- * перенесла ОНМК по ишемическому типу 2 года назад

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * пенсионерка
- * В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 6 кг
- * 7 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение

артериального давления до 175/105 мм рт ст). Получает периндоприл 8 мг, гипотиазид 12,5 мг, розувастатин 10 мг

* Перенесённые заболевания: холецистэктомия 10 лет назад, ОНМК по ишемическому типу 2 года назад

* Беременности – 4, роды – 2.

* Наследственность: у матери - артериальная гипертензия, ишемический инсульт в возрасте 58 лет, у отца – рак прямой кишки.

* Аллергоanamнез: не отягощен.

* Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,62 м, вес 71 кг, индекс массы тела 27,3 кг/м², t тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 64 в минуту. АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- преимущественно на стадии подтвержденного ЗАНК
- на любой стадии ЗАНК
- исключительно на стадии КИНК
- только на стадии риска развития ЗАНК

Результаты лабораторных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных исследований?

- преимущественно на стадии подтвержденного ЗАНК
- на любой стадии ЗАНК
- исключительно на стадии КИНК
- только на стадии риска развития ЗАНК

Пациентке выполнен расчёт СКФ: СКД-ЕРІ – 48,3 мл/мин/1,73 кв.м Для уточнения стадии поражения почек необходимо

- преимущественно на стадии подтвержденного ЗАНК
- на любой стадии ЗАНК
- исключительно на стадии КИНК

- только на стадии риска развития ЗАНК

Соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи составил 450 мг/г. С учетом полученных данных обследования (СКД-ЕРІ – 48,3 мл/мин/1,73 кв.м) у пациентки имеет место диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек

- С3а, А3
- С2, А2
- С4, А3
- С3б, А3

Фактором риска развития сахарного диабета 2 типа является

- операция на поджелудочной железе в анамнезе
- окружность талии > 88 см у женщин и > 102 см у мужчин
- приверженность к продуктам, содержащим легкоусвояемые углеводы
- избыточная масса тела

Рекомендации по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела и

- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ограничением животного белка (не более 0,8 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, исключением животных жиров, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание с исключением углеводов и большим количеством животного и растительного белка (20% от суточного рациона), физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, ограничением животного белка (не более 1,0 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < + ____ + %

- 6,5
- 7,0
- 7,5
- 8,0

В качестве сахароснижающей терапии надо назначить

- вилдаглиптин и метформин
- актрапид и пиоглитазон
- глибенкламид и инсулин лизпро
- метформин и глибенкламид

У пациентки уровень холестерина ЛНП - 2,2 ммоль/л. Учитывая отсутствие достижения целевых значений, показано

- увеличение дозы розувастатина
- добавление к лечению фенофибрата
- добавление к лечению колестирамина
- назначение сеанса плазмафереза

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяц/месяцев

- 7-8
- 1-2
- 9-12
- 3-6

Оценка альбуминурии/протеинурии должна проводиться один раз в + _____ + месяца/месяцев

- 3
- 6
- 12
- 9

Исследование гемоглобина, уровня железа, ферритина сыворотки крови у пациента с хронической болезнью почек С3аА3 и сахарным диабетом 2 типа должно проводиться + _____ + раз /раза в год

- 3
- 6
- 12
- 9

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 32 лет.

Жалобы

- * приступы сердцебиения, внутренней дрожи, потливости
- * сухость во рту, жажду

Анамнез заболевания

- * около двух месяцев назад впервые возник приступ, сопровождающийся страхом, повышением артериального давления до 220/100 мм.рт.ст., сердцебиением и потливостью.
- * приступы продолжаются около 1 часа, возникают 1-2 раза в неделю, проходят самостоятельно
- * к врачу с данными жалобами обратился впервые
- * лекарственную терапию не получает

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Автослесарь.
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции, ОРВИ
- * Наследственность: у отца медуллярный рак щитовидной железы
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. нормального питания, рост 1,76 м, вес 72 кг, индекс массы тела $23,2 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту. Лежа АД 120/75 мм рт. ст., стоя 85/65 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. При осмотре конфигурация области шеи не изменена, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании, не увеличена. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазных симптомов нет.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 3
- 6
- 12
- 9

Результаты лабораторных методов обследования

С учетом выявленных изменений пациенту показано проведение

- 3
- 6
- 12
- 9

Результаты дополнительного обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 3
- 6
- 12
- 9

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- 3
- 6
- 12
- 9

Диагноз

Терапией выбора феохромоцитомы является

- левосторонняя адреналэктомия
- назначение комбинации альфа- и бета-адреноблокаторов
- двухсторонняя адреналэктомия
- назначение альфа-метилпаратирозина

В качестве предоперационной подготовки пациенту необходимо назначить

- блокаторы рецепторов ангиотензина
- альфа-адреноблокаторы
- блокаторы рецепторов альдостерона
- антагонисты кальция

Лечение нарушенной толерантности к глюкозе в данном случае заключается в

- ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении акарбозы
- ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении пиоглитазона
- ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе
- ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении метформина

У пациента есть риск развития интраоперационного осложнения в виде

- гипогликемического состояния
- неуправляемой гемодинамики
- судорожного синдрома
- гипергликемического состояния

Пациенту была проведена лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия. Для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено после восстановительного периода через + _____ + недели/недель после операции

- 2-4
- 14-16
- 10-12
- 6-8

Учитывая наследственность пациента по медуллярному раку щитовидной железы, необходимо определить уровень + _____ + в крови

- паратиреоидного гормона
- тиреоглобулина
- тиреотропного гормона
- кальцитонина

Функциональная топическая диагностика феохромоцитомы заключается в проведении сцинтиграфии всего тела с

- метайодбензилгуанидином
- F¹⁸-дигидроксифенилаланином
- технеция-пертехнетатом
- F¹⁸-фтордезоксиглюкозой

Результатом метаболизма норадреналина внутри хромофинных клеток является образование

- метайодбензилгуанидином
- F^{18} -дигидроксифенилаланином
- технеция-пертехнетатом
- F^{18} -фтордезоксиглюкозой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К., 28 лет, поступила в эндокринологическое отделение

Жалобы

- жажда и сухость во рту
- ежедневное выделение около 10 литров светлой мочи
- тошнота, вздутие живота
- плохой сон, связанный с частыми мочеиспусканиями и приемом жидкости
- выраженная слабость, сухость кожи

Анамнез заболевания

Впервые жалобы на жажду и полиурию появились около года назад, самочувствие не страдало. Постепенно степень выраженности симптомов нарастала, в связи с чем госпитализирована для обследования и лечения.

Анамнез жизни

- * Работает на госслужбе
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции
- * Беременности-3 (хроническое невынашивание), роды-1 путём кесарева сечения на 35 неделе
- * Наследственность: у отца подагра
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое. Рост-172 см, вес-90 кг, ИМТ- 30,4 кг/м². Кожные покровы сухие, обычной окраски. Оволосение по женскому типу. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичны. ЧСС 76 в мин. АД -110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна и подвижна при пальпации и глотании, мягко-эластической консистенции.

Необходимыми для подтверждения диагноза лабораторными методами обследования являются

- метайодбензилгуанидином
- F¹⁸-дигидроксифенилаланином
- технеция-пертехнетатом
- F¹⁸-фтордезоксиглюкозой

Результаты лабораторных методов обследования

Для уточнения диагноза необходимо провести

- метайодбензилгуанидином
- F¹⁸-дигидроксифенилаланином
- технеция-пертехнетатом
- F¹⁸-фтордезоксиглюкозой

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики показано проведение

- метайодбензилгуанидином
- F¹⁸-дигидроксифенилаланином
- технеция-пертехнетатом
- F¹⁸-фтордезоксиглюкозой

Результаты обследования

Тест с десмопрессином

|====

| Час | Объём мочи | Осмоляльность мочи, мОсм/кг | АД, пульс | Жалобы, общее самочувствие

| 7-й час пробы с сухоедением | 140 | 153 | - | Нестерпимая жажда, слабость, головная боль

| *Прием 0,1 мг десмопрессина peros, больной разрешено пить воду* | | | |

| 8-9 | - | 458 | 110/75, 78 | Уменьшение жажды, гиперемия лица

|====

Ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона

Кортизол в 8 утра 37 нмоль/л

Пероральный глюкозотолерантный тест

Глюкоза натощак-4,5 ммоль/л

Глюкоза через 120 мин после приёма 75 г глюкозы-7,2 ммоль/л

Проба с инсулиновой гипогликемией

Кортизол на фоне развития гипогликемии- 560 нмоль/л

Учитывая клинические и лабораторные данные, больной можно поставить диагноз

- метайодбензилгуанидином
- F¹⁸-дигидроксифенилаланином
- технеция-пертехнетатом
- F¹⁸-фтордезоксиглюкозой

Диагноз

Для выявления причины заболевания необходимо выполнить

- КТ почек
- УЗИ почек
- МРТ гипофиза
- доплерографию сосудов головного мозга

Лечение центрального несахарного диабета проводят

- хирургическим методом
- десмопрессином
- нестероидными противовоспалительными средствами
- тиазидными диуретиками

Выбор фармацевтической формы препарата десмопрессина и подбор дозы должны проводиться

- индивидуально
- по полу и возрасту
- по объёму диуреза
- по массе тела

При лечении десмопрессином необходимо инструктировать пациентов пить

- только при жажде

- не менее 2 литров жидкости в сутки
- как можно больше
- не более 3 литров жидкости в сутки

Минимальная разовая доза десмопрессина при инициации терапии составляет + _____ + мг

- 1,5
- 0,5
- 1
- 0,1

Пациентке выполнено МРТ головного мозга с контрастированием - патологии не выявлено. Рекомендуется проведение МРТ в динамике каждые + _____ + месяца/месяцев в течение первых двух лет

- 10-12
- 7-9
- 3-6
- 1-2

При появлении у пациентки головной боли, тошноты, головокружения на фоне приема десмопрессина необходимо контролировать уровень

- калия
- вазопрессина
- глюкозы
- натрия

В случае наступления беременности у пациентки оценку компенсации центрального несахарного диабета необходимо проводить по

- калия
- вазопрессина
- глюкозы
- натрия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов в палату. Пациентка К., 23-х лет, находится в отделении эндокринологии на 9-ой неделе беременности.

Жалобы

В связи с тяжестью состояния контакт с пациенткой невозможен.

Анамнез заболевания

По данным истории болезни, сахарный диабет 1 типа выявлен 20 лет назад. Самоконтроль гликемии регулярный. Получает по 6-8 ЕД инсулина Лизпро перед основными приемами пищи, инсулин Гларгин 18 ЕД на ночь. Настоящая беременность первая. В последнюю неделю стала отмечать снижение гликемии по сравнению с состоянием до беременности. Накануне в связи с эпизодом потери сознания госпитализирована в эндокринологическое отделение для коррекции сахароснижающей терапии. Со слов соседки по палате, почувствовала головокружение, тошноту, после чего упала на пол без сознания.

Анамнез жизни

- * Работает менеджером
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции
- * Наследственность неотягощена
- * Аллергоанамнез: отрицает
- * Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние тяжелое. На вопросы не отвечает, глаза не открывает, сухожильные рефлексы сохранены. Температура тела 36,6°C. Телосложение нормостеническое. Рост 162 см, вес 50 кг. Кожные покровы чистые, влажные, бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. ЧД 17 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 98 в мин. АД 90/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Щитовидная железа не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная при пальпации, подвижная при глотании. Глазные симптомы отрицательные.

Необходимым лабораторным методом исследования для постановки диагноза является

- калия
- вазопрессина
- глюкозы
- натрия

Результаты лабораторного метода обследования

Пациентке на основании данных анамнеза, клинических проявлений и результатов обследования можно поставить диагноз

- калия
- вазопрессина
- глюкозы
- натрия

Диагноз

Пациентке необходимо ввести + _____ + мл 40% раствора глюкозы внутривенно струйно

- 40-100
- 10-20
- 150-200
- 20-30

Пациентке введено 100 мл 40% раствора глюкозы. Сознание полностью не восстановилось, гликемия 3.2 ммоль/л. Необходимо

- ввести ещё 40 мл 40% раствора глюкозы
- ввести ещё 100 мл 40% раствора глюкозы
- повторить анализ крови на глюкозу через 30 минут
- начать в/в капельное введение 5-10 % раствора глюкозы

Сознание пациентки восстановилось, проведена коррекция доз инсулинотерапии. Рекомендован самоконтроль гликемии не менее + _____ + раз в сутки

- 7
- 6
- 3
- 5

Гликемия натощак/перед едой/на ночь/ночью во время беременности должна быть < + _____ + ммоль/л

- 6,1
- 5,0
- 5,3
- 5,5

Гликемия через 2 часа после еды во время беременности должна быть < + _____ + ммоль/л

- 7,0

- 8,0
- 6,7
- 7,8

Пациентка осмотрена офтальмологом. Выявлена пролиферативная ретинопатия. Пациентка нуждается в

- лазеркоагуляции после родов
- срочной лазеркоагуляции
- дальнейшем наблюдении офтальмологом 1 раз в триместр
- назначении сулодексида

Для беременных с сахарным диабетом 1 типа при гликемии >11 ммоль/л обязательным является

- осмотр офтальмолога
- УЗИ плода
- срочная госпитализация
- самоконтроль кетонурии

**Перевод на помповую инсулинотерапию возможен + _____ +
беременности**

- на 16-18 неделе
- не позднее 12-13 недели
- в течение всей
- не ранее 12-13 недели

**Риск развития гипогликемических состояний увеличивается + _____ +
недели беременности**

- после 36
- с 28 по 32
- до 6
- с 14 по 26

При планировании беременности уровень гликированного гемоглобина должен быть < + _____ + %

- после 36
- с 28 по 32
- до 6
- с 14 по 26

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка П., 34-х лет, поступила в терапевтическое отделение на 25-ой неделе беременности

Жалобы

- повышение АД до 145/90 мм рт ст
- общая слабость

Анамнез заболевания

Настоящая беременность первая. Протекала без осложнений. Повышение АД отмечает около 2 недель. Во время беременности прибавила в весе 8 кг. Госпитализирована в плановом порядке для обследования и подбора терапии.

Анамнез жизни

- * Работает преподавателем
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции
- * Наследственность: у матери сахарный диабет 2 типа
- * Аллергоанамнез: отрицает.
- * Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Телосложение нормостеническое. Рост 169 см, вес 85 кг. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. ЧД 17 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 85 в мин. АД 145/85 мм рт. ст. Печень не увеличена. Щитовидная железа не увеличена, мягко-эластически консистенции, безболезненная при пальпации, подвижная при глотании. Глазные симптомы отрицательные.

Необходимым методом диагностики нарушений углеводного обмена во время беременности на данном сроке является

- после 36
- с 28 по 32
- до 6
- с 14 по 26

Результаты обследования

Пациентка нуждается в консультации эндокринолога в связи с обнаружением у неё

- после 36
- с 28 по 32
- до 6
- с 14 по 26

Диагноз

Лечение гестационного сахарного диабета начинается с

- назначения препаратов метформина
- модификации образа жизни
- интенсифицированной инсулинотерапии
- назначения ингибиторов α -гликозидаз

Ежедневный самоконтроль гликемии на диетотерапии при ГСД включает измерение уровня глюкозы

- натощак и через 1 час от начала основных приемов пищи
- через 2 часа от начала основных приемов пищи и перед сном
- натощак, через 30 минут после еды, перед сном и ночью
- за 1 час до и через 1 час после завтрака, обеда и ужина

Глюкоза плазмы через 1 час после еды при самоконтроле должна быть менее + _____ + ммоль/л

- 7,8
- 8,5
- 6,1
- 7,0

Через 1 неделю при повторной консультации эндокринолога и оценке дневника самоконтроля выявлено 4 нецелевых значения гликемии через 1 час после еды (при соблюдении рекомендаций по диетотерапии). Пациентка нуждается в

- инсулинотерапии
- назначении метформина
- уменьшении количества употребляемых углеводов менее 9 ХЕ
- уменьшении калорийности пищи до 900 ккал в сутки

С учетом наличия постпрандиальной гипергликемии пациентке необходимо назначить инсулин + _____ + действия

- ультракороткого
- сверхдлительного
- средней продолжительности
- длительного

Стартовая доза инсулина ультракороткого действия составит

- 1 ЕД на 10-12 г углеводов
- 2 ЕД на 10-12 г углеводов
- 0,1 ЕД/кг массы тела
- 0,2 ЕД/кг массы тела

Во время беременности при гестационном сахарном диабете инсулин ультракороткого действия оптимально вводить

- во время каждого приёма пищи независимо от уровня гликемии
- за 15-20 мин до приёма пищи, сопровождавшегося постпрандиальной гипергликемией
- через час после приема пищи, если гликемия выше 7,0 ммоль/л
- за 5-10 мин до приёма пищи, сопровождавшегося постпрандиальной гипергликемией

Для лечения артериальной гипертензии пациентке необходимо назначить

- метилдопа
- лозартан
- эналаприл
- фуросемид

Частота самоконтроля гликемии у пациенток с ГСД на инсулинотерапии должна составлять не менее + _____ + раз/раза в сутки

- 7
- 4
- 5
- 6

При гликемии натощак после родов <7 ммоль/л пероральный глюкозотолерантный тест проводится через + _____ + недели/недель после родов

- 7
- 4
- 5
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов в 8 часов вечера постовой медсестрой хирургического отделения в палату к пациенту, находящемуся в бессознательном состоянии.

Жалобы

Не предъявляет по тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Со слов соседей по палате, пациент менее часа назад жаловался им на слабость, головокружение, головную боль. Он был несколько возбужден, недоволен необходимостью приема большого объема раствора Лавакولا при подготовке к предстоящей на завтра колоноскопии. Сомневался, продолжить ли прием его таблетированных препаратов. От вызова врача отказался. Он сказал, что «полежит и ему станет легче». Через некоторое время, при попытке справиться о его самочувствии, они отметили, что он без сознания, и вызвали дежурную сестру.

Анамнез жизни

Мужчина 74 л., несколько месяцев назад выявлен рак толстой кишки. В истории болезни при первичном осмотре указано, что у пациента имеется гипертоническая болезнь 2 стадии, сахарный диабет 2 типа, субкомпенсированная форма. Регулярно принимает метопролол и производное сульфонилмочевины Глибенкламид.

Объективный статус

Состояние тяжелое, кома 1 ст. Кожные покровы бледно-розовые, холодный пот, отеков нет. ЧДД – 20 в мин, дыхание при аускультации везикулярное, хрипов нет. Пульс – 110 в мин, АД – 160/90 мм рт.ст. Живот не вздут, не напряжен.

Для постановки диагноза в первую очередь необходимо выполнить

- 7
- 4
- 5
- 6

Результаты обследования

Тяжесть состояния обусловлена

- острым инфарктом миокарда
- гипогликемией
- острым нарушением мозгового кровообращения
- ортостатическим коллапсом

Данное состояние соответствует + _____ + гипогликемии

- средней
- умеренной
- легкой
- тяжелой

Наиболее вероятными причинами гипогликемии являются

- прием β -блокатора и эмоциональное перенапряжение
- прием препаратов сульфонилмочевины и пропуск приема пищи
- пропуск приема β -блокатора, пропуск приема пищи
- пропуск приема препарата сульфонилмочевины и прием большого объема Лавакولا

С целью оказания первичной помощи необходимо

- посадить пациента и влить в полость рта сладкий раствор
- придать положение Тренделенбурга и положить под язык кусок сахара
- уложить пациента на бок и освободить полость рта (при необходимости) от остатков пищи
- придать возвышенное положение и положить под язык кусок сахара

Для лечения выявленной у пациента тяжелой гипогликемии необходимо внутривенно струйно ввести раствор декстрозы + ____ + % + _____ + мл

- 40; 250-500
- 40; 40-100
- 40; 5-10
- 5; 500-1000

При невозможности проведения внутривенной инъекции допускается подкожное или внутримышечное введение 1 мл раствора

- 40; 250-500
- 40; 40-100

- 40; 5-10
- 5; 500-1000

Дополнительная информация

Несмотря на введение 100 мл 40% раствора декстрозы, у пациента отмечается сохранение коматозного состояния. При повторном измерении уровень глюкозы крови составил 2,9 ммоль/л.

Необходимо незамедлительно ввести

- внутривенно капельно 5-10% раствор глюкозы
- подкожно или внутримышечно еще 1 мл раствора тиамина
- подкожно или внутримышечно еще 1 мл раствора адреналина
- внутривенно дробно 50-100 мл 40% раствора декстрозы

Медицинская сестра просит назвать необходимый для капельного введения объем 5% раствора декстрозы. Вы сообщаете ей, что

- внутривенно капельно 5-10% раствор глюкозы
- подкожно или внутримышечно еще 1 мл раствора тиамина
- подкожно или внутримышечно еще 1 мл раствора адреналина
- внутривенно дробно 50-100 мл 40% раствора декстрозы

Через 20 мин после проводимого лечения

Через 20 мин после проводимого лечения у пациента отмечается положительная динамика. Уровень сознания соответствует глубокому сопору. Пульс – 90 в мин, АД – 120/70 мм.рт.ст.

Учитывая сохраняющееся у пациента нарушение сознания, вы планируете

- перевод пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии
- осуществить инфузию маннитола перед переводом в отделение реанимации и интенсивной терапии в связи с угрозой развития отека мозга
- проведение компьютерной томографии головы для выявления отека головного мозга
- вызов бригады скорой медицинской помощи и перевод пациента в стационар неврологического профиля

К вам обратились родственники пациента. Они взволнованы и интересуются возможным исходом ситуации. Вы сообщаете им, что

- приступ длительностью даже более 60 мин может быть успешно купирован без каких-либо негативных последствий для пациента
- приступ длительностью менее 30 мин может быть успешно купирован без каких-либо негативных последствий для пациента

- несмотря на положительную динамику вероятность благоприятного исхода невысока
- утрата сознания при гипогликемии длительностью более 5 мин вызывает необратимые повреждения головного мозга

Из всех осложнений сахарного диабета, сопровождающихся нарушением сознания, наиболее быстрым течением характеризуется

+ _____ + кома

- приступ длительностью даже более 60 мин может быть успешно купирован без каких-либо негативных последствий для пациента
- приступ длительностью менее 30 мин может быть успешно купирован без каких-либо негативных последствий для пациента
- несмотря на положительную динамику вероятность благоприятного исхода невысока
- утрата сознания при гипогликемии длительностью более 5 мин вызывает необратимые повреждения головного мозга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Д., 52 лет, находится в кардиологическом отделении в связи с повышением артериального давления до 200/110 мм рт.ст.

Жалобы

- * эпизоды повышения артериального давления до 210/120 мм рт. ст., сопровождающиеся носовыми кровотечениями, появлением «мушек» перед глазами
- * мышечная слабость, иногда-судороги в ногах

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые отметила повышение артериального давления до 140-150/85-90 мм рт.ст. Наблюдалась терапевтом по месту жительства, принимала лозартан 100 мг с гидрохлортиазидом 25 мг-без выраженного положительного эффекта. В дальнейшем длительное время получала различную гипотензивную терапию с включением диуретиков. На этом фоне отмечались эпизоды повышения АД до 210/120 мм рт.ст., в последний месяц стала нарастать мышечная слабость, появились судороги в ногах.

Анамнез жизни

- * Работает продавцом
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции, ЖКБ, холецистэктомия 10 лет

назад

* Наследственность: неотягощена

* Аллергоanamнез: неотягощён

* Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Т° тела 36,7°С. Телосложение нормостеническое. Рост-165 см, вес-60 кг, ИМТ- 22,0 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 56 в мин. АД -170/95 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна и подвижна при пальпации и глотании, мягко-эластической консистенции.

Необходимыми для диагностики лабораторными методами обследования являются определение

- приступ длительностью даже более 60 мин может быть успешно купирован без каких-либо негативных последствий для пациента
- приступ длительностью менее 30 мин может быть успешно купирован без каких-либо негативных последствий для пациента
- несмотря на положительную динамику вероятность благоприятного исхода невысока
- утрата сознания при гипогликемии длительностью более 5 мин вызывает необратимые повреждения головного мозга

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для подтверждения диагноза инструментальным методом диагностики является

- приступ длительностью даже более 60 мин может быть успешно купирован без каких-либо негативных последствий для пациента
- приступ длительностью менее 30 мин может быть успешно купирован без каких-либо негативных последствий для пациента
- несмотря на положительную динамику вероятность благоприятного исхода невысока
- утрата сознания при гипогликемии длительностью более 5 мин вызывает необратимые повреждения головного мозга

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить пациентке с учетом данных анамнеза и результатов лабораторного и инструментального методов обследования?

- приступ длительностью даже более 60 мин может быть успешно купирован без каких-либо негативных последствий для пациента
- приступ длительностью менее 30 мин может быть успешно купирован без каких-либо негативных последствий для пациента
- несмотря на положительную динамику вероятность благоприятного исхода невысока
- утрата сознания при гипогликемии длительностью более 5 мин вызывает необратимые повреждения головного мозга

Диагноз

Клинико-морфологическим вариантом первичного гиперальдостеронизма в данном случае является

- односторонняя надпочечниковая гиперплазия
- аденома левого надпочечника
- идиопатический гиперальдостеронизм
- вторичный гиперальдостеронизм

Методом выбора в лечении первичного гиперальдостеронизма с односторонней гиперпродукцией альдостерона является

- назначение эплеренона
- лапароскопическая адреналэктомия
- назначение спиронолактона
- терапия преднизолоном

Перед хирургическим лечением необходимо выполнить

- селективный забор крови из каменистых синусов
- селективный забор крови из вен надпочечников
- генетическое тестирование на семейные формы первичного гиперальдостеронизма
- магнитно-резонансную томографию надпочечников

Предоперационная подготовка включает

- нормализацию артериального давления и коррекцию гипокалиемии
- инфузию 2000 мл 0,9% раствора хлорида натрия
- исключение препаратов, влияющих на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему

- назначение минимально титрованной дозы дексаметазона перед сном

Пациентка отказалась от оперативного вмешательства. В этом случае ей показано назначение

- антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- кардиоселективных бета - адреноблокаторов
- блокаторов альфа1-адренорецепторов
- блокаторов имидазолиновых рецепторов

К селективным антагонистам минералокортикоидных рецепторов относится препарат

- триамтерен
- верапамил
- спиронолактон
- эплеренон

Противопоказанием к назначению антагонистов минералокортикоидных рецепторов является

- ХБП 4 стадии
- ХБП 2 стадии
- пожилой возраст
- печеночная недостаточность

К гипотензивным препаратам с минимальным влиянием на уровень альдостерона относится

- доксазозин
- каптоприл
- амилорид
- бисопролол

Крайне редким проявлением первичного гиперальдостеронизма является

- доксазозин
- каптоприл
- амилорид
- бисопролол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Е., 27 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской многопрофильной больницы после синкопального состояния.

Жалобы

Жалобы и анамнез собраны со слов мужа. Контакт с пациенткой затруднён в связи с тяжестью состояния.

- головокружение при смене положения из горизонтального в вертикальное
- выраженную мышечную слабость
- похудение на 3 кг за последние 3 месяца на фоне снижения аппетита
- тошноту, рвоту, боли в животе
- пристрастие к соленой пище

Анамнез заболевания

В течение последних 3 месяцев отмечала снижение аппетита, появилась тяга к соленой пище. Стала замечать быстрое наступление усталости, особенно во второй половине дня, беспокоили головокружения, кожные покровы стали более смуглыми. Состояние ухудшилось 3 дня назад на фоне ОРВИ и постепенно прогрессировало: выросли общая и мышечная слабость, усилилась пигментация кожных покровов, появились тошнота, многократная рвота, боли в животе. АД не измеряла, однако в связи с кратковременной потерей сознания вызвана бригада скорой медицинской помощи, зафиксировано АД 70/40 мм рт.ст.

Анамнез жизни

- * Работает менеджером
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции
- * Беременность отрицает
- * Наследственность: неотягощена
- * Аллергоанамнез: неотягощён
- * Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Уровень сознания-оглушение. Т° тела 37,1°С. Дезориентирована в месте, времени, ситуации; на вопросы отвечает с задержкой, невпопад. Периодически засыпает. Положение пассивное из-за мышечной слабости. Телосложение астеническое. Рост-151 см, вес-49 кг, ИМТ-21,5 кг/м². Кожные покровы сухие, диффузно гиперпигментированы (цвет загара), особенно в области колен, локтей, кожных и ладонных складок, локально пятнами витилиго; эластичность и тургор кожи снижены. Значительно снижено оволосение лобковой и подмышечных зон (эпиляции не было).

Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отёков нет. Носовое дыхание затруднено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 98 в мин. АД -70/40 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Гиперемия зева. Живот запавший, несколько чувствительный и напряженный в мезо- и эпигастрии. Печень не увеличена. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна и подвижна при пальпации и глотании, мягко-эластической консистенции.

Необходимыми для подтверждения диагноза лабораторными методами обследования являются определение

- доксазозин
- каптоприл
- амилорид
- бисопролол

Результаты лабораторных методов обследования

После стабилизации состояния пациентки, на фоне временной отмены терапии, необходимо провести

- доксазозин
- каптоприл
- амилорид
- бисопролол

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной с учетом клинических и лабораторных данных?

- доксазозин
- каптоприл
- амилорид
- бисопролол

Диагноз

Пациентке выполнен анализ крови на антитела к 21-гидроксилазе. Титр 1:40 (повышен) говорит о/об + _____ + характере поражения надпочечников

- аутоиммунном
- идиопатическом

- метастатическом
- инфекционном

Терапию аддисонического криза проводят предпочтительно препаратом

- преднизолона
- флудрокортизона
- гидрокортизона
- дексаметазона

Доза гидрокортизона при подозрении на аддисонический криз должна составлять

- 50 мг внутривенно
- 100 мг внутривенно
- 100 мг внутримышечно
- 500 мг перорально

Дальнейшее парентеральное введение гидрокортизона в первые сутки проводится в дозе + _____ + мг

- 200
- 500
- 50
- 100

Скорость регидратации в 1-й час должна составлять + _____ + мл

- 2000
- 1500
- 3000
- 1000

Регидратация проводится + _____ + % раствором

- 0,9; NaCl
- 0,45; NaCl
- 2; бикарбоната натрия
- 40; глюкозы

При переводе на таблетированные формы препаратов пациентке необходимо назначить

- гидрокортизон 50 мг утром, флудрокортизон 50 мг вечером

- гидрокортизон 25 мг в сутки в 2 приема, флудрокортизон 50 мкг в сутки утром
- гидрокортизон 10 мг в сутки в 2 приема, флудрокортизон 50 мкг в сутки утром
- гидрокортизон 25 мг утром, флудрокортизон 100 мг в два приёма

В случае развития неосложненного ОРВИ пациентке рекомендовано

- увеличить дозу флудрокортизона в 2-3 раза
- увеличить дозу гидрокортизона в 2-3 раза
- продолжить терапию без изменений
- перейти на парентеральное введение гидрокортизона

Через 2 года у данной пациентки выявлен хронический аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз, что указывает на наличие

- увеличить дозу флудрокортизона в 2-3 раза
- увеличить дозу гидрокортизона в 2-3 раза
- продолжить терапию без изменений
- перейти на парентеральное введение гидрокортизона

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет направлен нефрологом диализного центра к врачу-эндокринологу.

Жалобы

Боли в коленных суставах, в грудном отделе позвоночника, головные боли на фоне повышения АД.

Анамнез заболевания

Терминальная стадия поражения почек в исходе хронического гломерулонефрита диагностирована 15 лет назад, тогда же сформирована артерио-венозная фистула на левом предплечье, в дальнейшем лечение программным гемодиализом получал в амбулаторном режиме по 4 часа 3 раза в неделю. Со слов пациента, отмечалось повышение паратгормона до 2500 пг/мл со времени начала заместительной почечной терапии, показатели кальциемии не известны. Кратковременно получал препараты кальция, активного метаболита витамина D, цинакалцета (дозы и кратность приема не помнит). 3 года назад при проведении гастроскопии, со слов пациента, диагностирована язвенная болезнь желудка с желудочно-кишечным кровотечением, проводилось консервативное лечение. Противоанемическую

терапию (препараты рекомбинантного эритропоэтина и железа) пациент эпизодически получает также с начала гемодиализа под контролем общего анализа крови.

Анамнез жизни

Перелом костей левого предплечья 7 лет назад (производственная травма).

Сопутствующие заболевания: хронический бронхит.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Эпиданамнез: контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Наследственность неотягощена.

Образ жизни: бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное.

Курит 1 пачку сигарет в 3 дня.

Является инвалидом I группы, в настоящее время не работает.

Трудовой анамнез: в течение 10 лет работал клепальщиком на предприятии.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное.

Телосложение правильное, гиперстеническое. Вес 76,8 кг. Рост 173 см. Индекс массы тела 25,7 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Контуры левого предплечья деформированы за счет множественных аневризм артерио-венозной фистулы, фистула функционирует. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Периферические отеки не определяются. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненна, подвижна. Пульс ритмичный 72 уд/мин, частота сердечных сокращений 72 уд/мин. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. При осмотре патологические пульсации не определяются. Тоны сердца приглушены. Число дыханий в 1 мин. 14, дыхание везикулярное с жестким оттенком. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Анурия, стул регулярный, без особенностей.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся определение в крови уровней

- увеличить дозу флудрокортизона в 2-3 раза
- увеличить дозу гидрокортизона в 2-3 раза
- продолжить терапию без изменений
- перейти на парентеральное введение гидрокортизона

Результаты лабораторных методов обследования

К дополнительным параметрам, необходимым для оценки состояния костной ткани у пациента, относятся

- увеличить дозу флудрокортизона в 2-3 раза
- увеличить дозу гидрокортизона в 2-3 раза
- продолжить терапию без изменений
- перейти на парентеральное введение гидрокортизона

Результаты обследования

В качестве инструментального метода диагностики минерально-костных нарушений у пациента необходимо использовать

- увеличить дозу флудрокортизона в 2-3 раза
- увеличить дозу гидрокортизона в 2-3 раза
- продолжить терапию без изменений
- перейти на парентеральное введение гидрокортизона

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования ?

- увеличить дозу флудрокортизона в 2-3 раза
- увеличить дозу гидрокортизона в 2-3 раза
- продолжить терапию без изменений
- перейти на парентеральное введение гидрокортизона

Диагноз

Среди проявлений минерально-костных нарушений у пациента необходимо также оценить наличие

- микроцитарной анемии
- эрозий желудка
- кальцификации сосудов
- нефрокальциноза

Первоначально данному пациенту необходимо рекомендовать прием + _____ + под динамическим контролем показателей фосфорно-кальциевого обмена в сыворотке крови

- альфакальцидола и карбоната кальция
- севеламера гидрохлорида и альфакальцидола
- деносумаба и цинакалцета
- цинакалцета и севеламера гидрохлорида

Для достижения целевых показателей паратгормона пациенту следует назначить цинакалцет при

- достижении нормокальциемии
- сохранении гипокальциемии
- достижении нормофосфатемии
- развитии гипофосфатемии

Пациенту рекомендована коррекция питания с ограничением приема фосфора в продуктах питания до +_____+ мг/сут

- 800-1000
- 200-500
- 1500-1800
- 2000-2500

Для оценки эффективности проводимой терапии контроль уровня кальция крови рекомендуется осуществлять не реже 1 раза в +____+ месяц/месяца/месяцев

- 1
- 5
- 4
- 2

Для оценки эффективности проводимой терапии контроль уровня фосфора крови рекомендуется осуществлять не реже 1 раза в +____+ месяц/месяца/месяцев

- 1
- 6
- 12
- 2

При сохранении у пациента гиперфосфатемии, несмотря на достижение нормокальциемии и соблюдение рекомендаций по коррекции питания, к терапии рекомендовано добавить

- севеламера гидрохлорид

- железа III полимальтозат
- магния гидроксид
- калия перманганат

Показанием к проведению паратиреоидэктомии у данного пациента может служить

- севеламера гидрохлорид
- железа III полимальтозат
- магния гидроксид
- калия перманганат

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С. 38 лет обратился на прием к эндокринологу по рекомендации нефролога диализного центра.

Жалобы

На выраженную слабость, судороги и боли в икроножных мышцах, боли в позвоночнике.

Анамнез заболевания

В 20 лет диагностирован гломерулонефрит и повышение креатинина на фоне часто рецидивирующей ангины, получал высокие дозы антибактериальных препаратов. В 27 лет на фоне обострения гломерулонефрита отмечено резкое снижение почечной функции, инициирована заместительная почечная терапия программным гемодиализом (2017 г). 6 месяцев назад впервые выявлено повышение паратгормона до 3799 пг/мл, кальций общий 2,27 ммоль/л, фосфор 1,52 ммоль/л. Получал терапию цинакалцетом 30 мг/сут, однако в связи с плохой переносимостью самостоятельно отменил. Далее назначалась терапия: этелкальцетид 2,5 мг 1 раз в неделю, колекальциферол по 2 капли в день, альфакальцидол 0,25 мкг в сутки. Длительное время отмечает повышение АД, максимально до 150/100 мм рт. ст.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: Хроническая болезнь почек 5D в исходе хронического гломерулонефрита. Артериальная гипертензия II стадии 2 степени, риск 4. Нефрогенная анемия.

Переломы костей в анамнезе: низкотравматичные переломы правой ключицы, правой бедренной кости (2013 г.), правого голеностопного сустава (2018 г.)

Вредные привычки: курение по 1 пачке сигарет в день.

Семейный анамнез не отягощен.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Трудовой анамнез: Пациент не работает, является инвалидом 2 группы. Ранее работал водителем-дальнобойщиком.

Эпиданамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Сухой вес 60 кг. Рост 169 см. Индекс массы тела на сухой вес – $21,0 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы чистые. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Костная система: отмечается искривление позвоночника, за жизнь уменьшился на 5 см в росте. Отмечается пастозность голеней.

Щитовидная железа не увеличена. Сердечно-сосудистая система: Частота сердечных сокращений 70 уд./мин, АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон, анурия.

Для постановки диагноза необходимо исследовать в крови уровень

- севеламера гидрохлорид
- железа III полимальтозат
- магния гидроксид
- калия перманганат

Результаты обследования

Необходимыми для уточнения диагноза инструментальными методами обследования являются

- севеламера гидрохлорид
- железа III полимальтозат
- магния гидроксид
- калия перманганат

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования ?

- севеламера гидрохлорид
- железа III полимальтозат
- магния гидроксид
- калия перманганат

Диагноз

Пациенту рекомендовано питание с ограничением

- клетчатки
- животных жиров
- фосфора
- кальция

Наибольшее количество легкоусвояемого фосфора содержат

- горох, фасоль, соя, чечевица
- мясные консервы, копченые колбасы, субпродукты
- картофель, свекла, морковь, лук
- шоколад, какао, кофе

Пациенту рекомендовано потребление фосфора не более + _____ + мг в течение суток

- 1500-1800
- 2000-2500
- 300-500
- 800-1000

При отсутствии снижения уровня фосфора крови на фоне диетотерапии пациенту целесообразно назначить

- цинакалцет
- севеламер
- альфакальцидол
- ибандронат

Для снижения уровня паратиреоидного гормона в крови, в случае отсутствия нормализации уровня фосфора на фоне проводимой терапии, пациенту целесообразно назначить

- альфакальцидол
- кальцитриол
- ацетат кальция
- парикальцитол

С парикальцидом нецелесообразно комбинировать + _____ + во избежание токсического влияния на костную ткань

- гидроксид алюминия
- севеламера гидрохлорид
- лантана карбонат
- севеламера карбонат

После назначенного лечения необходим регулярный контроль анализа крови на

- калий, натрий, хлориды, кальций общий, аланинаминотрансферазу, аспартатаминотрансферазу
- витамин В12, холестерин общий, триглицериды, магний
- кальций общий, альбумин, паратиреоидный гормон, фосфор, щелочную фосфатазу
- 25(ОН)витамин D, кальций общий, калий, натрий, хлориды

Показанием к проведению паратиреоидэктомии у пациента служит

- повышение уровня паратгормона более 1000 пг/мл в течение более 6 месяцев
- дефицит витамина D
- гипокальциемия менее 1,8 ммоль/л
- гиперфосфатемия

Перед планированием паратиреоидэктомии выполняется

- повышение уровня паратгормона более 1000 пг/мл в течение более 6 месяцев
- дефицит витамина D
- гипокальциемия менее 1,8 ммоль/л
- гиперфосфатемия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 48 лет обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На дискомфорт в области шеи, периодические головные боли, боли и тяжесть в нижних конечностях, быструю утомляемость, общую слабость.

Анамнез заболевания

Вышеперечисленные жалобы наблюдаются в течение последних 2 лет. При самостоятельном обследовании в гормональном анализе крови выявлено

повышение уровня паратгормона до 95,3 пг/мл, что и послужило поводом для обращения к специалисту.

Анамнез жизни

Перенесенные состояния: переломы костей, операции в анамнезе отрицает.

Сопутствующие заболевания: хронические заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Эпиданамнез: контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Наследственный анамнез: у матери сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, у отца рак щитовидной железы.

Вредные привычки отрицает.

Гинекологический анамнез: менструальный цикл регулярный, 30 дней, менструации по 6-7 дней, без особенностей. Беременности 3, роды 1.

Образ жизни: бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное.

Трудовой анамнез: работает экономистом на предприятии в течение 22 лет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Масса тела 65 кг. Рост 168,0 см. Индекс массы тела 23,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Костных деформаций нет, движения в крупных суставах в полном объеме. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, пальпаторно узлы не определяются. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст., пульс 85 уд/мин, ритмичный. ЧДД 16/мин., дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей.

Для постановки диагноза пациентке необходимо исследовать в крови уровень

- повышение уровня паратгормона более 1000 пг/мл в течение более 6 месяцев
- дефицит витамина D
- гипокальциемия менее 1,8 ммоль/л
- гиперфосфатемия

Результаты обследования

Для подтверждения диагноза дополнительно в крови следует определить уровень

- повышение уровня паратгормона более 1000 пг/мл в течение более 6 месяцев
- дефицит витамина D
- гипокальциемия менее 1,8 ммоль/л
- гиперфосфатемия

Результаты обследования

С целью дифференциальной диагностики первичного и вторичного гиперпаратиреоза необходимо выполнить

- повышение уровня паратгормона более 1000 пг/мл в течение более 6 месяцев
- дефицит витамина D
- гипокальциемия менее 1,8 ммоль/л
- гиперфосфатемия

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом у пациентки является

- повышение уровня паратгормона более 1000 пг/мл в течение более 6 месяцев
- дефицит витамина D
- гипокальциемия менее 1,8 ммоль/л
- гиперфосфатемия

Диагноз

Причиной заболевания является

- почечная недостаточность
- аденома околощитовидной железы
- психоэмоциональный стресс
- дефицит витамина D

Пациентке рекомендуется лечение препаратами

- колекальциферола
- магния гидроксида
- альфакальцидола
- кальция карбоната

Лечение дефицита витамина D у пациентки рекомендуется проводить суммарной насыщающей дозой колекальциферола + _____ + ME

- 200 000
- 600 000
- 400 000
- 100 000

Проявление токсичности витамина D возможно при его уровне в крови > + _____ + нг/мл

- 200
- 150
- 50
- 100

Отсутствие повышения уровня 25(OH)D в сыворотке крови при условии полной комплаентности пациентки лечению требует исключения

- железодефицитной анемии
- синдрома мальабсорбции
- сахарного диабета
- острого цистита

При сохранении повышенного уровня паратгормона до 70 пг/мл и нормокальциемии 2,25 ммоль/л после устранения дефицита витамина D у пациентки через 3 месяца диагностируется

- идиопатический гиперпаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- третичный гиперпаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз

Для профилактики патологии костной системы наряду с коррекцией уровня витамина D пациентке рекомендуется потребление кальция с пищей не менее + _____ + г.

- 1,0
- 0,5
- 2,5
- 0,8

Для профилактики дефицита витамина D и рецидива вторичного гиперпаратиреоза пациентке рекомендуется получать не менее + _____ + МЕ витамина D в сутки

- 1,0
- 0,5
- 2,5
- 0,8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 23 лет обратился к врачу-эндокринологу

Жалобы

На лабильность настроения, склонность к депрессиям, утомляемость, снижение либидо, увеличение области грудных желез

Анамнез заболевания

В детстве развивался соответственно возрасту, однако половое созревание наступило с задержкой и проходило слабо выражено. В течение 8 лет нарастает слабость, появилась склонность к депрессиям. Постепенно стала увеличиваться масса тела, особенно в области ягодиц, бедер и грудных желез, последние два года начал отмечать умеренную болезненность в грудных железах при прикосновении. Половой жизнью никогда не жил.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * курение, употребление алкоголя отрицает;
- * в настоящий момент не учится, не работает. Образование среднее;
- * аллергических реакций не было;
- * отец 56 лет, артериальная гипертензия, мать 58 лет, здорова;
- * семейный анамнез по эндокринным заболеваниям не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 187 см, вес 90 кг, ИМТ 25,7 кг/м² гиноидный тип телосложения, увеличена область грудных желез, при пальпации отмечается умеренная болезненность. Оволосение по женскому типу, маленькие плотные яички. Высокий голос. Размах рук – 188 см. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 77 уд. в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами исследования являются

- 1,0
- 0,5
- 2,5
- 0,8

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом исследования является

- 1,0
- 0,5
- 2,5
- 0,8

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 1,0
- 0,5
- 2,5
- 0,8

Диагноз

Также у пациента имеется

- гипофизарный нанизм
- гипокортицизм
- гиперкортицизм
- гинекомастия

Причиной гинекомастии в данной ситуации является

- относительное повышение уровня пролактина
- усиление ароматизации андрогенов в эстрогены
- относительное повышение уровня эстрогенов
- абсолютное повышение уровня эстрогенов

У данного пациента имеет место + _____ + гипогонадизм

- вторичный
- первичный
- третичный
- периферический

У данного пациента можно диагностировать + ____ + степень гинекомастии

- III
- IV
- II
- I

У пациента с таким же диагнозом может быть следующий хромосомный набор

- 45 X/46 XY
- 46 XX/47 XY
- 45 X/47 XXX
- 47 XXУ/46 XY

Установленным фактором, влияющим на риск возникновения синдрома Клайнфельтера, является

- возраст отца
- 47 хромосом у родителей
- возраст матери
- недоношенность плода

После полноценного обследования данному пациенту должен быть назначен

- антиэстроген
- хорионический гонадотропин человека
- тестостерон
- гонадотропин комбинированный

Методом лечения гинекомастии, сохраняющейся после нормализации уровня тестостерона, в данном случае будет являться

- мастэктомия
- отмена тестостерона
- назначение агонистов рецепторов дофамина
- увеличение дозы тестостерона

Если при повторном проведении УЗИ грудных желез возникнет подозрение на злокачественное поражение грудных желез, необходимо терапию тестостероном

- мастэктомия
- отмена тестостерона
- назначение агонистов рецепторов дофамина
- увеличение дозы тестостерона

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 18 лет обратился к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На слабость, недостаточно «мужественный внешний вид», нарушение восприятия запахов.

Анамнез заболевания

До 14 лет развивался нормально, затем начал постепенно отставать от сверстников в половом развитии (голос остался высоким, плечи узкими, половые органы соответствуют возрасту начала пубертата). С детского возраста отмечает нарушение восприятия запахов – при консультации оториноларинголога не выявлено анатомических нарушений носового хода.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * в настоящий момент обучается в колледже;
- * отец 40 лет, мать 38 лет, есть сестра 5 лет - все здоровы. Семейный анамнез по эндокринным заболеваниям не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 180 см, вес 79 кг, ИМТ 24,7 кг/м². Гиноидный тип телосложения. Оволосение по женскому типу, маленькие яички, при пальпации мягкие. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 70 уд. в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Для постановки диагноза при гормональном исследовании крови необходимо определить

- мастэктомия
- отмена тестостерона
- назначение агонистов рецепторов дофамина
- увеличение дозы тестостерона

Результаты обследования

Обязательным инструментальным методом обследования у данного пациента будет являться

- мастэктомия
- отмена тестостерона
- назначение агонистов рецепторов дофамина
- увеличение дозы тестостерона

Результаты инструментального метода обследования

При обследовании пациента с подтвержденным гипогонадизмом, наиболее целесообразно исследовать

- мастэктомия
- отмена тестостерона
- назначение агонистов рецепторов дофамина
- увеличение дозы тестостерона

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- мастэктомия
- отмена тестостерона
- назначение агонистов рецепторов дофамина
- увеличение дозы тестостерона

Диагноз

Ведущим синдромом у данного пациента является + _____ + гипогонадизм

- гипергонадотропный
- нормагонадотропный
- гипогонадотропный
- смешанный

Наиболее вероятной причиной состояния данного пациента является

- родовая травма
- генетическая патология
- опухолевый процесс
- аутоиммунный процесс

У данного пациента отмечается нарушение на уровне

- гипофиза
- гипоталамуса
- гонад
- андрогенных рецепторов

Для лечения гипогонадизма у данного пациента возможно назначение

- дофаминомиметиков
- гонадотропинов
- антиэстрогенов
- глюкокортикоидов

В курсовом режиме к лечению гонадотропинами можно добавить

- аминокислоты
- тестостерон
- преднизолон
- препараты кальция

При правильно подобранном и своевременном лечении возможно полное восстановление фертильности, если сохраняется чувствительность

- периферических тканей к тестостерону
- гипофиза к гонадотропинам
- рецепторов яичек к гонадотропинам
- гипоталамуса к тестостерону

**Первое контрольное обследование целесообразно проводить через
+ _____ + месяца/месяцев после начала терапии**

- 4-5
- 10-12
- 6-8
- 1-3

У пациента имеется сестра 5 лет (отец и мать общие). Девочки данным заболеванием страдают

- 4-5
- 10-12
- 6-8
- 1-3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился к врачу-эндокринологу после длительного обследования по поводу бесплодия

Жалобы

Бесплодие, снижение либидо

Анамнез заболевания

В течение последних двух лет активно пытается зачать ребенка. После исключения женского фактора бесплодия прошел обследование: выявлена олигоспермия по данным спермограммы. Полгода назад стал отмечать снижение либидо.

При гормональном исследовании крови два месяца назад уровень тестостерона 8,8 нмоль/л, за 3 дня до настоящей консультации (при повторном измерении) 8,3 нмоль/л. Также исследованы уровень пролактина, ТТГ – в референсном диапазоне.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголь – 100-150 г коньяка 2 раза в неделю.

Работает, женат, двое детей (17 и 10 лет).

Аллергических реакций не было.

Родители: отец 65 лет (гипертоническая болезнь), мать 62 года (сахарный диабет 2 типа).

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 174 см, вес 72 кг, ИМТ 23,78 кг/м². Оволосение по мужскому типу. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 72 уд. в 1 мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым лабораторным методом исследования является определение

- 4-5
- 10-12
- 6-8
- 1-3

Результаты лабораторного метода обследования

Для определения формы гипогонадизма необходимо исследование уровня

- 4-5
- 10-12
- 6-8
- 1-3

Результаты обследования

В данной ситуации для постановки диагноза необходимо рассчитать

- 4-5
- 10-12
- 6-8
- 1-3

Результаты обследования

Ведущим синдромом у данного пациента, вероятнее всего, является

+ _____ + гипогонадизм

- 4-5
- 10-12
- 6-8
- 1-3

Диагноз

Наиболее вероятной причиной гипогонадизма является

- алкогольная интоксикация
- генетическое заболевание
- перенесенная детская инфекция
- возрастной андрогенодефицит

Пациенту назначен хорионический гонадотропин. Рекомендуемая частота введения препарата составляет 1 раз в

- 10 дней
- 3 дня
- день
- в неделю

Хорионический гонадотропин человека является препаратом для

+ _____ + введения

- внутривенного
- внутримышечного
- внутрикожного
- перорального

Перед назначением терапии хорионическим гонадотропином необходимо исключить

- доброкачественную гиперплазию предстательной железы
- туберкулез
- опухоли яичек
- депрессию

В случае отсутствия положительной динамики по данным спермограммы через год после лечения (уровень тестостерона достиг целевых значений), возможно рекомендовать

- использование методов экстракорпорального оплодотворения
- увеличение дозы гонадотропинов
- добавление антиэстрогенов
- продолжение терапии гонадотропинами до получения положительной динамики

После осуществления репродуктивных планов проводят перевод на терапию тестостероном. При отсутствии противопоказаний и побочных эффектов назначение препаратов тестостерона рекомендуется

- пожизненно
- на 5 лет
- на 1 год
- на 3 года

До начала лечения тестостероном необходимо оценить уровень

- простатспецифического антигена
- хорионического гонадотропина

- альфа-фетопротеина
- раковоэмбрионального антигена

Снижение уровня тестостерона в среднем происходит с + _____ + лет

- простатспецифического антигена
- хорионического гонадотропина
- альфа-фетопротеина
- раковоэмбрионального антигена

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 23 лет. Направлена гинекологом

Жалобы

На нерегулярные менструации, избыточный рост волос на лице, избыточную массу тела.

Анамнез заболевания

Нерегулярные менструации с менархе, с максимальными задержками до 2 месяцев.

Избыточный рост волос начала отмечать примерно с 15 лет, в основном над верхней губой, на нижней части подбородка.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: отрицает.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональных вредностей не имела.

Аллергоанамнез не отягощен.

Наследственность: сахарный диабет 2 типа у бабушки.

Гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, mensis нерегулярные, умеренные, безболезненные. Беременности – 0.

Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 172 см, вес 93 кг, ИМТ= 31,4 кг/м². Кожа чистая, обычной влажности.

Отмечается избыточный рост волос на лице, внутренней поверхности бедер, по Шкале Ферримана - 13 баллов.

Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно.

Стрий нет, отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза являются исследования крови на

- простатспецифического антигена
- хорионического гонадотропина
- альфа-фетопротеина
- раковоэмбрионального антигена

Результаты исследования крови на

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- простатспецифического антигена
- хорионического гонадотропина
- альфа-фетопротеина
- раковоэмбрионального антигена

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить пациентке на основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- простатспецифического антигена
- хорионического гонадотропина
- альфа-фетопротеина
- раковоэмбрионального антигена

Диагноз

При наличии гирсутизма дифференциальную диагностику синдрома поликистозных яичников следует проводить с

- надпочечниковой недостаточностью
- синдромом Шерешевского-Тернера
- синдромом резистентных яичников
- врожденной дисфункцией коры надпочечников

Для скрининга нарушения углеводного обмена необходимо провести

- исследование глюкозурии
- определение кетонурии
- оральный глюкозотолерантный тест
- исследование инсулина крови натощак

При проведении ОГТТ гликемия натощак - 5,6 ммоль/л, через 120 минут после приема 75 г глюкозы - 9,1 ммоль/л. Выявленное нарушение углеводного обмена у пациентки соответствует

- сахарному диабету 2 типа
- нарушению гликемии натощак
- нарушению толерантности к глюкозе
- сахарному диабету 1 типа

Первостепенным в лечении данной пациентки является

- удаление волос косметически методом фотоэпиляции
- назначение сибутрамина в комбинации с целлюлозой
- модификация образа жизни
- стимуляция овуляции кломифеном

Препаратами выбора для лечения данной пациентки являются

- препараты прогестерона
- селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов
- комбинированные оральные контрацептивы
- антагонисты андрогенов

Препараты, содержащие + _____ + , не должны рассматриваться как препараты первой линии терапии СПКЯ

- ципротерон
- гестагены
- эстрогены
- прогестин

Одним из комбинированных оральных контрацептивов с антиандрогенным действием является

- логест
- марвелон
- диане-35
- регулон

В случае непереносимости комбинированных контрацептивов для лечения гирсутизма возможно назначение

- антиэстрогенов
- антиандрогенов

- дофаминомиметиков
- бигуанидов

Учитывая выявленное нарушение углеводного обмена, возможно назначение

- антиэстрогенов
- антиандрогенов
- дофаминомиметиков
- бигуанидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 63 лет

Жалобы

- * на сухость во рту,
- * жажду,
- * онемение стоп,
- * боли в ногах (преимущественно ночью)

Анамнез заболевания

- * В течение 6 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, диабетической нейропатией.
- * Принимает Метформин 1000 мг 2 р/д, Гликлазид МВ – 30 мг перед завтраком.
- * Эпизодов гипогликемии нет.
- * В течение 3 месяцев гликемия натощак при самоконтроле 9-14 ммоль/л.
- * Гликированный гемоглобин – 8,8%.
- * Осложнений диабета ранее не диагностировано.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Пенсионер.
- * Перенесённые заболевания: гипертоническая болезнь III стадии. Максимальный подъем АД до 190/100 мм. рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг
- * Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Часто употребляет хлебо-булочные изделия, газированные напитки, жареные и копченые мясные продукты.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,78 м, вес 102 кг, индекс массы тела $32,19 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Методами исследования, обязательными для постановки диагноза, являются

- антиэстрогенов
- антиандрогенов
- дофаминомиметиков
- бигуанидов

Результаты лабораторных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- антиэстрогенов
- антиандрогенов
- дофаминомиметиков
- бигуанидов

Диагноз

Сопутствующей патологией у пациента является

- артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 1 степени
- артериальная гипертензия 2 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 1 степени
- артериальная гипертензия 2 степени, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 2 степени
- артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 2 степени

Рекомендации по медикаментозному лечению осложнений сахарного диабета у пациента включают назначение

- габапентина
- диклофенака

- вазапростана
- дексаметазона

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < + ____ + %

- 7,5
- 7,0
- 8,0
- 6,5

Для интенсификации сахароснижающей терапии у данного пациента назначается метформин в дозе 1000 мг 2 р/день и гликлазид МВ в дозе + _____ + мг 1 р/день

- 60
- 90
- 120
- 180

Повторный контроль HbA1c необходим через + _____ + месяца/месяцев

- 3
- 2
- 9
- 12

При снижении скорости клубочковой фильтрации <30 мл/мин /1,73 м² необходимо отменить

- 3
- 2
- 9
- 12

С учетом ранее проведенных исследований можно предположить у пациента + _____ + форму синдрома диабетической стопы

- нейроишемическая
- ишемическую
- нейропатическую
- прогредиентную

Для уточнения состояния артериального кровотока необходимо измерение + _____ + индекса

- периферического
- кровоснабжения
- лодыжечно-плечевого
- пропульсивного

На наличие заболевания артерий нижних конечностей будет указывать величина лодыжечно-плечевого индекса

- $\leq 0,9$
- $\geq 1,0$
- $\leq 1,3$
- $\geq 1,3$

Основой успешной профилактики синдрома диабетической стопы является/являются

- $\leq 0,9$
- $\geq 1,0$
- $\leq 1,3$
- $\geq 1,3$

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 28 лет обратился к урологу.

Жалобы

На общую слабость, снижение настроения, снижение полового влечения, умеренно выраженные боли в поясничной области.

Анамнез заболевания

В детстве рос и развивался соответственно возрасту. Четыре года назад перенес травму мошонки, наблюдался у уролога. Снижение либидо отмечает в течение последнего года.

Месяц назад после появления болей в поясничной области обследован у травматолога – перелом исключен. Направлен на рентгеновскую абсорбционную денситометрию: выявлено снижение минеральной плотности костной ткани в области шейки левого бедра Z-score = - 1,5 SD и правого бедра Z-score = - 1,4 SD; в поясничном отделе позвоночника - Z-score total = -2,6 SD.

Уровень общего кальция и паратгормона - в референсном диапазоне.
Назначена терапия бисфосфонатами.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.
Не курит, спиртные напитки не употребляет.
Работает официантом, не женат.
Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 169 см, вес 66 кг, ИМТ – 23,1 кг/м², распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Оволосение по мужскому типу. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 74 уд. в 1 мин, АД 105/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления в норме. Щитовидная железа мягко-эластичной консистенции, узловые образования не пальпируются.

На первом этапе пациенту необходимо определение

- $\leq 0,9$
- $\geq 1,0$
- $\leq 1,3$
- $\geq 1,3$

Результаты обследования

Из инструментальных методов обследования, пациенту необходимо провести

- $\leq 0,9$
- $\geq 1,0$
- $\leq 1,3$
- $\geq 1,3$

Результаты инструментального метода обследования

На основании проведенного обследования пациенту поставлен диагноз

+ _____ + гипогонадизм

- $\leq 0,9$
- $\geq 1,0$
- $\leq 1,3$
- $\geq 1,3$

Диагноз

По времени развития гипогонадизм относится к

- постпубертатному
- препубертатному
- пубертатному
- взрослому

Наиболее вероятной причиной развития гипогонадизма в данном случае является

- травма яичек
- синдром Клайнфельтера
- крипторхизм
- токсическое поражение яичка

Из возможных осложнений гипогонадизма, у данного пациента развился

- гипотония
- дисгенезия яичек
- остеопороз
- метаболический синдром

Данному пациенту необходимо назначить

- хорионический гонадотропин
- рекомбинантный лютеинизирующий гормон
- терапию препаратами тестостерона
- препарат из группы антиэстрогенов

Обсуждены все варианты введения тестостерона, и, по желанию пациента, было принято решение о назначении + _____ + - трансдермального препарата тестостерона

- небидо
- андриола
- омнадрена 250
- андрогеля

При трансдермальном способе нанесения препарата тестостерона на открытые участки тела имеется риск

- воздействия тестостерона на людей, находящихся в тесном контакте
- фотосенсибилизации

- нефизиологической вариабельности уровня тестостерона в течение суток
- невозможности быстрой отмены препарата при развитии побочных эффектов

Первое контрольное обследование после назначения терапии трансдермальным препаратом тестостерона рекомендовано проводить через + _____ + месяца

- 6-12
- 1-3
- 12-24
- 3-6

Преимуществом трансдермального способа применения тестостерона по сравнению с пероральным является

- положительное влияние на эректильную функцию
- избегание инактивации и метаболизма препарата в печени
- возможность сочетания с ХГЧ и антиэстрогенами
- более короткий период действия

У пациента до обследования имелось небольшое повышение ЛПНП и триглицеридов. Вероятнее всего терапия андрогенами повлияет на эти показатели

- положительное влияние на эректильную функцию
- избегание инактивации и метаболизма препарата в печени
- возможность сочетания с ХГЧ и антиэстрогенами
- более короткий период действия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 29 лет наблюдается у эндокринолога в течение последнего года по поводу ожирения.

Жалобы

На лабильность настроения, снижение либидо.

Анамнез заболевания

В детстве развивался соответственно возрасту. Избыточный вес с подросткового возраста, максимально до 120 кг (ИМТ - 39,2 кг/м²). В течение последнего года наблюдается у эндокринолога, гипотиреоз, гиперкортицизм исключены).

Рекомендована гипокалорийная диета, расширение физических нагрузок. На этом фоне похудел на 18 кг. Вышеуказанные жалобы отмечает в течение последних 3 месяцев.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.

Курение, употребление алкоголя отрицает.

Образование высшее. Работает инженером-конструктором.

Аллергических реакций не было.

Родители относительно здоровы (отец 52 года, мать 50 лет).

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 175 см, вес 102 кг, ИМТ 33, 31 кг/м², распределение подкожной жировой клетчатки по андроидному типу (ОТ 102 см). Оволосение по мужскому типу. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 82 уд. в 1 мин, АД 125/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Щитовидная железа мягко-эластичной консистенции, узловые образования не пальпируются.

Пациенту необходимо провести исследование крови для определения уровня

- положительное влияние на эректильную функцию
- избегание инактивации и метаболизма препарата в печени
- возможность сочетания с ХГЧ и антиэстрогенами
- более короткий период действия

Результаты обследования

Выяснилось, что гормональное исследование крови было выполнено через час после мастурбации (для исследования спермограммы). Какой показатель должен быть пересмотрен в обязательном порядке?

- положительное влияние на эректильную функцию
- избегание инактивации и метаболизма препарата в печени
- возможность сочетания с ХГЧ и антиэстрогенами
- более короткий период действия

Результаты обследования

При проведении пробы с кломифеном, необходимо оценить уровни

- положительное влияние на эректильную функцию

- избегание инактивации и метаболизма препарата в печени
- возможность сочетания с ХГЧ и антиэстрогенами
- более короткий период действия

Результаты обследования

Наиболее вероятно у пациента имеется + _____ + гипогонадизм

- положительное влияние на эректильную функцию
- избегание инактивации и метаболизма препарата в печени
- возможность сочетания с ХГЧ и антиэстрогенами
- более короткий период действия

Диагноз

Ведущей причиной развития гипогонадизма у данного пациента является

- генетическое заболевание
- ожирение
- старение
- гиперпролактинемия

Механизм развития гипогонадизма обусловлен

- генетическим дефектом
- дефицитом гонадотропин-релизинг гормона
- усилением ароматизации андрогенов в эстрогены
- нарушением синтеза тестостерона вследствие дефектов ферментных систем, отвечающих за биосинтез стероидов

Ведущая немедикаментозная рекомендация заключается в

- отказе от курения
- отказе от алкоголя
- снижении массы тела
- удлинении времени сна

Учитывая результаты пробы, рекомендовано назначение кломифена в дозе + _____ + мг в день

- 20-40
- 300-500
- 150-200
- 50-100

Фармакологическое действие кломифена в данном случае преимущественно характеризуется как

- андрогенное
- антиандрогенное
- гестагенное
- антиэстрогенное

Также к терапии возможно добавление

- гидроксипрогестерона капроат
- флутамида
- хорионического гонадотропина
- тамоксифена

Терапия антиэстрогенами назначается курсами на + ____ + мес.

- 1-2
- 3-6
- 9-12
- 7-8

Для диагностики первичного и вторичного гипогонадизма возможно проведение пробы с

- 1-2
- 3-6
- 9-12
- 7-8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 28 лет обратился к урологу.

Жалобы

На общую слабость, снижение настроения, снижение полового влечения, умеренно выраженные боли в поясничной области.

Анамнез заболевания

В детстве рос и развивался соответственно возрасту. Четыре года назад перенес травму мошонки, наблюдался у уролога. Снижение либидо отмечает в течение последнего года.

Месяц назад после появления болей в поясничной области обследован у

травматолога – перелом исключен. Направлен на рентгеновскую абсорбционную денситометрию: выявлено снижение минеральной плотности костной ткани в области шейки левого бедра Z-score = - 1,5 SD и правого бедра Z-score = - 1,4 SD; в поясничном отделе позвоночника - Z-score total = -2,6 SD. Уровень общего кальция и паратгормона - в референсном диапазоне. Назначена терапия бисфосфонатами.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.
Не курит, спиртные напитки не употребляет.
Работает официантом, не женат.
Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 169 см, вес 66 кг, ИМТ – 23,1 кг/м², распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Оволосение по мужскому типу. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 74 уд. в 1 мин, АД 105/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления в норме. Щитовидная железа мягко-эластичной консистенции, узловые образования не пальпируются.

На первом этапе пациенту необходимо определение

- 1-2
- 3-6
- 9-12
- 7-8

Результаты обследования

Из инструментальных методов обследования, пациенту необходимо провести

- 1-2
- 3-6
- 9-12
- 7-8

Результаты инструментального метода обследования

На основании проведенного обследования пациенту поставлен диагноз

+ _____ + гипогонадизм

- 1-2
- 3-6
- 9-12
- 7-8

Диагноз

По времени развития гипогонадизм относится к

- постпубертатному
- взрослому
- препубертатному
- пубертатному

Наиболее вероятной причиной развития гипогонадизма в данном случае является

- синдром Клайнфельтера
- травма яичек
- токсическое поражение яичка
- крипторхизм

Из возможных осложнений гипогонадизма, у данного пациента развился

- гипотония
- метаболический синдром
- остеопороз
- дисгенезия яичек

Данному пациенту необходимо назначить

- препарат из группы антиэстрогенов
- хорионический гонадотропин
- рекомбинантный лютеинизирующий гормон
- терапию препаратами тестостерона

Пациенту назначен с его согласия парентеральный препарат

- Андрогель
- Небидо
- Кломифен
- Андриол

Препарат Небидо вводится внутримышечно каждые + _____ + недель/недели

- 2-3
- 10-14
- 4-6
- 8-10

Для оценки эффективности терапии необходимо определение концентрации общего тестостерона и гонадотропинов в сыворотке крови

- через 10 дней после очередной инъекции
- перед очередной инъекцией
- независимо от инъекции
- через 3 дня после очередной инъекции

Абсолютным противопоказанием к назначению андрогенотерапии является

- рак предстательной железы
- акне
- артериальная гипертензия
- гинекомастия

Причиной гипогонадизма, обусловленного резистентностью органов-мишеней, является

- рак предстательной железы
- акне
- артериальная гипертензия
- гинекомастия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 24 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На немотивированную слабость, утомляемость, эпизоды боли при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

Обозначенные жалобы беспокоят в течение последнего года. Обратился к терапевту по месту жительства. Проходил обследование с подозрением на уролитиаз, был выявлен коралловидный конкремент правой почки. При дальнейшем обследовании выявлено увеличение общего кальция крови до

2.85 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием).
Уровень креатинина 65 мкмоль/л.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.

Хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональные вредности отрицает.

Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 175 см, масса тела – 73 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 61 в минуту, АД – 127/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым для уточнения генеза гиперкальциемии лабораторным методом исследования является определение в крови уровня

- рак предстательной железы
- акне
- артериальная гипертензия
- гинекомастия

Результаты обследования

Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как

- первичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз

Предпочтительным первым этапом визуализации при первичном гиперпаратиреозе является

- ультразвуковое исследование околощитовидных желез
- ПЭТ/КТ шеи с фтордезоксиглюкозой
- МРТ шеи с контрастным усилением

- ультразвуковое исследование щитовидной железы

При выполнении УЗИ околощитовидных желез были выявлены образования в проекции 3 желез. С учетом клинико-anamnestических данных, у пациента целесообразно исследование в крови уровня

- ультразвуковое исследование околощитовидных желез
- ПЭТ/КТ шеи с фтордезоксиглюкозой
- МРТ шеи с контрастным усилением
- ультразвуковое исследование щитовидной железы

Результаты обследования

Гиперпролактинемия была подтверждена при контрольном определении. При выполнении МРТ головного мозга была выявлена макроаденома гипофиза.

У пациента следует подозревать

- ультразвуковое исследование околощитовидных желез
- ПЭТ/КТ шеи с фтордезоксиглюкозой
- МРТ шеи с контрастным усилением
- ультразвуковое исследование щитовидной железы

Диагноз

Для верификации диагноза у пациента необходимо исследовать мутацию в гене

- ультразвуковое исследование околощитовидных желез
- ПЭТ/КТ шеи с фтордезоксиглюкозой
- МРТ шеи с контрастным усилением
- ультразвуковое исследование щитовидной железы

Результаты обследования

Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациента должна заключаться в

- первичном хирургическом лечении
- назначении цинакальцета
- хирургическом вмешательстве при возникновении патологического перелома
- динамическом наблюдении

Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза у пациента должно быть проведено в объеме

- удаление самой крупной околощитовидной железы
- удаление 2 из 4 околощитовидных желез
- удаление всех визуально измененных околощитовидных желез
- субтотальная паратиреоидэктомия

Увеличить вероятность радикальной паратиреоидэктомии может интраоперационное

- назначение цинакальцета
- определение уровня паратгормона
- мониторинг ЭКГ
- введение глюконата кальция

Тактика ведения пациента с пролактиномой заключается в проведении

- трансфеноидадной аденомэктомии
- консервативной терапии
- лучевой терапии
- динамического наблюдения

В качестве препарата первой линии при пролактиноме назначается

- бромокриптин
- хинаголид
- октреотид
- каберголин

При синдроме МЭН1 происходит

- бромокриптин
- хинаголид
- октреотид
- каберголин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 27 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На немотивированную слабость, утомляемость, потливость.

Анамнез заболевания

Обозначенные жалобы в течение последнего года. Обратился к терапевту по месту жительства. Проходил обследование с подозрением на уролитиаз, был выявлен коралловидный конкремент левой почки. При дальнейшем обследовании выявлено увеличение общего кальция крови до 2.75 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Креатинин 73 мкмоль/л.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.

Хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональные вредности отрицает.

Аллергический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 179 см, масса тела – 77 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Обращает на себя внимание утолщение пальцев рук (со слов, больше не может надеть обручальное кольцо). Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 61 в минуту, АД – 127/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым для уточнения генеза гиперкальциемии лабораторным методом исследования является определение в крови уровня

- бромкриптин
- хинаголид
- октреотид
- каберголин

Результаты обследования

Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как

- первичный гиперпаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз

При выполнении УЗИ околощитовидных желез были выявлены образования в проекции 2 желез. С учетом клинико-anamнестических данных, у пациента целесообразно исследование уровня в крови

- первичный гиперпаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз

Результаты обследования

Уровень гормона роста в ОГТТ во всех точках более 1.0 нг/мл. При выполнении МРТ головного мозга была выявлена макроаденома гипофиза. Пациент подозрителен в отношении

- первичный гиперпаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз

Диагноз

Для верификации диагноза у пациента необходимо исследовать мутацию в гене

- первичный гиперпаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз

Результаты обследования

Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациента должна заключаться в

- назначении цинакальцета
- динамическом наблюдении
- первичном хирургическом лечении
- хирургическом вмешательстве при возникновении патологического перелома

Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза у пациента должно быть проведено в объеме

- удаления самой крупной околощитовидной железы
- удаления всех визуально измененных околощитовидных желез
- субтотальной паратиреоидэктомии
- удаления 2 из 4 околощитовидных желез

Увеличить вероятность радикальной паратиреоидэктомии может интраоперационное

- мониторингирование ЭКГ
- назначение цинакальцета
- введение глюконата кальция
- определение уровня паратгормона

Методом выбора при лечении соматотропиномы у пациента является

- лучевая терапия
- назначение темозоломида
- транссфеноидальная аденомэктомия
- назначение тиамазола

При рецидиве акромегалии после хирургического лечения возможно назначение

- аналогов соматостатина
- деносумаба
- антагонистов соматостатина
- тиамазола

Распространенность первичного гиперпаратиреоза среди пациентов с синдромом множественной эндокринной неоплазии тип 1 составляет + ____ + %

- 35
- 95
- 55
- 75

При синдроме МЭН1 происходит

- 35
- 95
- 55
- 75

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет была направлена на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На немотивированную слабость, утомляемость, задержки менструаций до нескольких месяцев .

Анамнез заболевания

Обозначенные жалобы в течение последних 2 лет. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Была выявлена гиперпролактинемия до 2556 (до 500) мкМЕ/мл, показатели ФСГ – 6.57 мМЕ/мл, ЛГ 3.5 мМЕ/мл. Прием препаратов, влияющих на уровень пролактина, отрицает.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать пациентки наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.

Перенесла перелом левой лучевой кости при падении с высоты собственного роста 8 месяцев назад.

Другие хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональные вредности отрицает.

Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 179 см, масса тела – 61 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Молочные железы – без особенностей, галакторея отсутствует. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 63 в минуту, АД – 127/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым для подтверждения диагноза гиперпролактинемии лабораторным методом исследования является

- 35
- 95
- 55
- 75

Результаты обследования

Для установления генеза гиперпролактинемии у пациентки следует выполнить

- 35
- 95
- 55
- 75

Результаты обследования

С учетом клинико-anamnestических данных, у пациентки целесообразно исследование уровня

- 35
- 95
- 55
- 75

Результаты обследования

Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как

- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз

Предпочтительным первым этапом визуализации при первичном гиперпаратиреозе является

- УЗИ щитовидной железы
- МРТ с контрастным усилением
- ПЭТ/КТ с фтордезоксиглюкозой
- УЗИ околощитовидных желез

У пациентки следует подозревать

- УЗИ щитовидной железы
- МРТ с контрастным усилением
- ПЭТ/КТ с фтордезоксиглюкозой
- УЗИ околощитовидных желез

Диагноз

Для верификации диагноза у пациентки необходимо исследовать мутацию в гене

- УЗИ щитовидной железы
- МРТ с контрастным усилением
- ПЭТ/КТ с фтордезоксиглюкозой
- УЗИ околощитовидных желез

Результаты обследования

Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациентки должна заключаться в

- хирургическом вмешательстве при возникновении повторного патологического перелома
- первичном хирургическом лечении
- динамическом наблюдении
- назначении цинакальцета

Объем хирургического лечения по поводу первичного гиперпаратиреоза у пациентки должен составлять

- удаление 2 из 4 парашитовидных желез
- удаление самой крупной околощитовидной железы
- субтотальная паратиреоидэктомия
- удаление всех визуально измененных околощитовидных желез

Методом выбора при лечении пролактиномы у пациентки является

- трансфеноидальная аденомэктомия
- лучевая терапия
- назначение каберголина
- назначение темозолоамида

Классическим компонентом синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1 является

- незидиобластоз
- медуллярный рак щитовидной железы
- ганглионевромы
- опухоль клеток островков Ларгенганса

При синдроме МЭН1 происходит

- незидиобластоз
- медуллярный рак щитовидной железы
- ганглионевромы
- опухоль клеток островков Ларгенганса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет была направлена на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На немотивированную слабость, утомляемость, задержки менструаций до нескольких месяцев, головную боль, потливость, храп.

Анамнез заболевания

Обозначенные жалобы в течение последних 2 лет. Обследовалась у терапевта и гинеколога по месту жительства. При обследовании пролактин до 556 (до 500) мкМЕ/мл, ИФР-1 759 (до 238) нг/мл, ФСГ – 6.57 мМЕ/мл, ЛГ 3.5 мМЕ/мл. Прием препаратов, влияющих на уровень пролактина, отрицает.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.

Перенесла перелом левой лучевой кости при падении с высоты собственного роста год назад.

Другие хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональные вредности отрицает.

Аллергический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 179 см, масса тела – 81 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Обращает на себя внимание утолщение пальцев рук (со слов, больше не может надеть обручальное кольцо). Молочные железы – без особенностей, галакторея отсутствует. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 63 в минуту, АД – 127/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Выявление высокого уровня ИРФ-1 у пациентки требует определения

- незидиобластоз
- медуллярный рак щитовидной железы
- ганглионевромы
- опухоль клеток островков Ларгенганса

Результаты обследования

Результаты определения гормона роста в ОГТТ следует трактовать как

- отсутствие адекватной супрессии уровня гормона роста
- адекватную стимуляцию уровня гормона роста
- недостаток гормона роста
- адекватную супрессию уровня гормона роста

Необходимым методом обследования для уточнения генеза гиперпролактинемии и гиперпродукции гормона роста у пациентки является

- отсутствие адекватной супрессии уровня гормона роста
- адекватную стимуляцию уровня гормона роста
- недостаток гормона роста
- адекватную супрессию уровня гормона роста

Результаты обследования

С учетом клинико-анамнестических данных, у пациентки целесообразно исследование уровня

- отсутствие адекватной супрессии уровня гормона роста
- адекватную стимуляцию уровня гормона роста
- недостаток гормона роста
- адекватную супрессию уровня гормона роста

Результаты обследования

Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как

- первичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз

У пациентки следует подозревать

- первичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз

Диагноз

Для верификации диагноза у пациентки необходимо исследовать мутацию в гене

- первичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз

Результаты обследования

Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациентки должна заключаться в

- назначении цинакальцета
- первичном хирургическом лечении
- хирургическом вмешательстве при возникновении повторного патологического перелома
- динамическом наблюдении

Методом выбора при лечении соматотропиномы у пациентки является

- назначение темозоломида
- лучевая терапия
- трансфеноидальная аденомэктомия
- назначение тиамазола

При рецидиве акромегалии после хирургического лечения возможно назначение

- тиамазола
- аналогов соматостатина
- деносумаба
- антагонистов соматостатина

Классическим компонентом синдрома множественных эндокринных неоплазий тип 1 является

- медуллярный рак щитовидной железы
- опухоль клеток островков Ларгенганса
- ганглионевромы
- незидиобластоз

При синдроме МЭН1 происходит

- медуллярный рак щитовидной железы
- опухоль клеток островков Ларгенганса
- ганглионевромы
- незидиобластоз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 20 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На немотивированную слабость, снижение либидо, эректильную дисфункцию, изжогу, увеличение массы тела на 4 кг.

Анамнез заболевания

Обозначенные жалобы в течение последнего года. Обследовался у терапевта и уролога по месту жительства. Выявлено снижение общего тестостерона до 6.3 нмоль/л, ФСГ – 6.57 мМЕ/мл, ЛГ 3.5 мМЕ/мл, пролактин 999.5 мкМЕ/мл. Прием препаратов, влияющих на уровень пролактина, отрицает.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу первичного гиперпаратиреоза.

Хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональные вредности отрицает.

Аллергический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 175 см, масса тела – 84 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции,

безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 14 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 61 в минуту, АД – 125/72 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым для подтверждения диагноза гиперпролактинемии лабораторным методом исследования является

- медуллярный рак щитовидной железы
- опухоль клеток островков Ларгенганса
- ганглионевромы
- незидиобластоз

Результаты лабораторного метода обследования

Для установления генеза гиперпролактинемии у пациента следует выполнить

- медуллярный рак щитовидной железы
- опухоль клеток островков Ларгенганса
- ганглионевромы
- незидиобластоз

Результаты обследования

С учетом клинико-анамнестических данных, у пациента целесообразно исследование уровня в крови

- медуллярный рак щитовидной железы
- опухоль клеток островков Ларгенганса
- ганглионевромы
- незидиобластоз

Результаты обследования

Гиперкальциемия была подтверждена повторным исследованием.

Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как

- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз

Предпочтительным первым этапом визуализации при первичном гиперпаратиреозе является

- УЗИ щитовидной железы
- МРТ шеи с контрастным усилением
- ПЭТ/КТ шеи с фтордезоксиглюкозой
- УЗИ околощитовидных желез

У пациента следует подозревать

- УЗИ щитовидной железы
- МРТ шеи с контрастным усилением
- ПЭТ/КТ шеи с фтордезоксиглюкозой
- УЗИ околощитовидных желез

Диагноз

Для верификации диагноза у пациента необходимо исследовать мутацию в гене

- УЗИ щитовидной железы
- МРТ шеи с контрастным усилением
- ПЭТ/КТ шеи с фтордезоксиглюкозой
- УЗИ околощитовидных желез

Результаты обследования

Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациента должна заключаться в

- назначении цинакальцета
- первичном хирургическом лечении
- хирургическом вмешательстве при возникновении патологического перелома
- динамическом наблюдении

Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза у пациента должно быть проведено в объеме

- удаления самой крупной околощитовидной железы
- удаления всех визуально измененных околощитовидных желез
- субтотальной паратиреоидэктомии
- удаления 2 из 4 околощитовидных желез

Для коррекции эректильной дисфункции и снижения либидо у пациента первоначально необходимо

- проведение поведенческой терапии
- назначение силденафила
- назначение препаратов тестостерона
- устранить гиперпролактинемию

Методом выбора при лечении пролактиномы у пациента является

- лучевая терапия
- назначение каберголина
- назначение темозолоамида
- трансфеноиадальная аденомэктомия

Классическим компонентом синдрома множественной эндокринной неоплазии тип 1 является

- лучевая терапия
- назначение каберголина
- назначение темозолоамида
- трансфеноиадальная аденомэктомия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

У пациентки 45 лет без отягощенного анамнеза при проведении УЗИ брюшной полости и почек в рамках одной из акций бесплатного обследования здоровья населения, выявлено образование надпочечника. Пациентке было рекомендовано выполнить компьютерную томографию надпочечников и прийти к Вам на консультацию для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Ранее проблем со здоровьем не отмечала. Стационарно не обследовалась. У врачей не наблюдается. Регулярного контроля АД не проводит, но по данным эпизодически проводимой тонометрии 1 раз в 2-3 месяца значения в пределах 120-130/70-80 мм рт. ст.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * Профессиональных вредностей не было;

- * Аллергологический анамнез без особенностей;
- * Наследственность не отягощена;
- * Менструации регулярные, безболезненные, не обильные;

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 70 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита нормально, распределена равномерно. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Дыхание везикулярное. Щитовидная железа четко не пальпируется. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. АД – 135/80 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами первичного обследования являются анализы на

- лучевая терапия
- назначение каберголина
- назначение темозолоамида
- транссфеноидальная аденомэктомия

Результаты лабораторных методов обследования

Рекомендация о выполнении компьютерной томографии (КТ) была дана пациентке

- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является магнитно-резонансная томография с оценкой сигнала в режимах T1 и T2
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является ультразвуковое исследование экспертного уровня
- правильно, т.к. КТ является методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой

Для постановки окончательного диагноза и/или определения лечебной тактики из дополнительных лабораторных исследований

- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является магнитно-резонансная томография с оценкой сигнала в режимах T1 и T2
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является ультразвуковое исследование экспертного уровня
- правильно, т.к. КТ является методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является позитронно-эмиссионная томография с ¹⁸F-фтордезоксиглюкозой

Для постановки окончательного диагноза и/или определения лечебной тактики из дополнительных инструментальных исследований

- ничего не требуется
- требуется выполнение пункционной биопсии образования
- требуется проведение КТ с контрастным усилением
- требуется проведение сцинтиграфии всего тела с ¹²³I-метайодбензилгуанидином

На основании полученных результатов пациентке можно поставить диагноз

- ничего не требуется
- требуется выполнение пункционной биопсии образования
- требуется проведение КТ с контрастным усилением
- требуется проведение сцинтиграфии всего тела с ¹²³I-метайодбензилгуанидином

Диагноз

Нативная (неконтрастная) плотность доброкачественных образований надпочечников при компьютерной томографии как правило составляет не + _____ + ед. НУ (единиц Хаунсфилда)

- более 20
- более 10
- менее 10
- менее 20

Заключение о характере образования также основано на том, что доброкачественные образования надпочечников чаще всего имеют размеры не более + _____ + см

- 1,0
- 0,5
- 4,0
- 2,0

Оптимальной тактикой ведения у данной пациентки является

- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий
- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля

Мониторинг гормональной активности в данном случае

- не показан
- показан через год после первичного обследования и далее 1 раз в 3 года
- показан только при возникновении новых клинических проявлений
- показан при увеличении размеров образования

При неопределенном злокачественном потенциале опухоли следует провести динамический контроль размеров опухоли через + _____ + мес. и рассмотреть вопрос об оперативном лечении при увеличении объема опухоли на + _____ + % (и не менее, чем на + _____ + мм в диаметре)

- 1; 15; 15
- 12; 10; 20
- 1; 5; 10
- 6; 20; 5

Аденомы надпочечника в ходе компьютерной томографии с контрастным усилением характеризуются + _____ + снижением плотности более чем на + _____ + %

- быстрым; 50
- быстрым; 40
- медленным; 30
- медленным; 60

К методам дополнительной визуализации, применяемым для уточнения злокачественного потенциала образований надпочечников, относится

- быстрым; 50
- быстрым; 40
- медленным; 30

- медленным; 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация

У пациентки 50 лет безотягощенного анамнеза в ходе УЗИ брюшной полости и почек, проведенного в рамках одной из акций бесплатного обследования здоровья населения, выявлено образование надпочечника. Пациентке было рекомендовано выполнить компьютерную томографию надпочечников с контрастным усилением и прийти к Вам на консультацию для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Ранее проблем со здоровьем не отмечала. Стационарно не обследовалась. У врачей не наблюдается. Регулярного контроля АД не проводит, но по данным эпизодически проводимой тонометрии 1 раз в 2-3 месяца значения в пределах 120-130/70-80 мм рт. ст.

Компьютерная томография надпочечника: Левый надпочечник увеличен, деформирован за счет объемного образования размерами 25x20x27 мм, плотностью до 30 Ед НУ.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * Профессиональных вредностей не было;
- * Аллергологический анамнез без особенностей;
- * Наследственность не отягощена;
- * Менструации регулярные, безболезненные, не обильные;

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 70 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита нормально, распределена равномерно. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Дыхание везикулярное. Щитовидная железа четко не пальпируется. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. АД – 135/80 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами первичного обследования являются

- быстрым; 50
- быстрым; 40
- медленным; 30
- медленным; 60

Результаты лабораторных методов обследования

Рекомендация о выполнении компьютерной томографии (КТ) была дана пациентке

- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой
- правильно, т.к. КТ является методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является ультразвуковое исследование экспертного уровня
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является магнитно-резонансная томография с оценкой сигнала в режимах T1 и T2

Представленные результаты компьютерной томографии надпочечников

- подтверждают злокачественный характер образования и не требует верификации с помощью дополнительных исследований
- не исключают злокачественный характер образования, и требуют выполнения пункционной биопсии образования для уточнения
- исключают злокачественный характер образования, и не требуют верификации с помощью дополнительных исследований
- не исключают злокачественный характер образования, и требуют применения дополнительных визуализирующих методов для уточнения

Для постановки окончательного диагноза из дополнительных лабораторных исследований

- требуется проведение нагрузочного теста с физиологическим раствором
- ничего не требуется
- необходимо исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синтетическим аналогом АКТГ
- необходимо исследование уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ

Для постановки окончательного диагноза и/или определения лечебной тактики из дополнительных инструментальных исследований требуется

- требуется проведение нагрузочного теста с физиологическим раствором
- ничего не требуется
- необходимо исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синтетическим аналогом АКТГ
- необходимо исследование уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ

Результаты инструментального исследования

На основании результатов проведенных исследований пациентке можно поставить диагноз

- требуется проведение нагрузочного теста с физиологическим раствором
- ничего не требуется
- необходимо исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синтетическим аналогом АКТГ
- необходимо исследование уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ

Диагноз

Выявленное образование имеет + _____ + КТ-фенотип

- неопределенный
- злокачественный
- метастатический
- доброкачественный

Заключение о характере образования основано на том, что доброкачественные образования надпочечников чаще всего имеют размеры не более + ____ + см

- 4
- 1
- 0,5
- 2

Заключение о характере образования основано на том, что аденомы надпочечника в ходе компьютерной томографии с контрастным усилением

характеризуются + _____ + снижением плотности более чем на + _____ +%

- медленным; 60
- быстрым; 40
- медленным; 30
- быстрым; 50

Оптимальной лечебной тактикой в данном случае является

- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля
- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий
- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- двусторонняя лапароскопической адреналэктомия

Мониторинг гормональной активности в данном случае

- показан только при возникновении новых клинических проявлений
- показан через год после первичного обследования и далее 1 раз в 3 года
- не показан вне зависимости от изменений клинической картины
- показан при увеличении размеров образования

С учетом впервые выявленного образования надпочечника высокой плотности в данном случае следует провести динамический контроль размеров опухоли через + _____ + мес. и рассмотреть вопрос об оперативном лечении при увеличении объема опухоли на + _____ + % (и не менее, чем на + _____ + мм в диаметре)

- показан только при возникновении новых клинических проявлений
- показан через год после первичного обследования и далее 1 раз в 3 года
- не показан вне зависимости от изменений клинической картины
- показан при увеличении размеров образования

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 72 лет поступила в терапевтическое отделение многопрофильного медицинского учреждения для обследования, коррекции терапии.

Жалобы

На повышение гликемии до 15 ммоль/л, снижение остроты зрения, повышение артериального давления до 170/100 мм рт. ст., отеки нижних конечностей, мышечную слабость в ногах.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 2 типа диагностирован 23 года назад, в возрасте 49 лет, на фоне избыточного веса. Длительное время получала таблетированную сахароснижающую терапию, контроль гликемии проводила 1 раз в день натошак. Регулярный скрининг поздних осложнений сахарного диабета не проводился. 3 года назад в связи с повышением гликемии до 15-20 ммоль/л была переведена на инсулинотерапию. На данный момент проводит инсулинотерапию в режиме многократных инъекций фиксированными дозами инсулина: Протафан НМ 10 Ед в 9.00 и 21.00, Актрапид НМ по 8 Ед за 20-30 минут до основных приемов пищи. Оценки углеводов по системе ХЕ не проводит. Введение инсулина в подкожную жировую клетчатку передней брюшной стенки инсулиновыми шприцами 100U из пенфиллов. Контроль гликемии осуществляет 1 раз в день, преимущественно натошак. - 7-9 ммоль/л, при эпизодическом измерении в течение дня - до 15 ммоль/л. Со слов, около 3-х мес. назад гликированный гемоглобин 8,2 %. Обучение в школе для лиц с сахарным диабетом 2 типа проходила 20 лет назад.

8 лет назад диагностирована пролиферативная диабетическая ретинопатия обоих глаз, тогда же проведена лазерная коагуляция сетчатки левого глаза. Последний осмотр офтальмолога – 4 мес. назад, текущая острота зрения сохранена.

При амбулаторном обследовании 4 мес. назад креатинин крови 209 мкмоль/л, СКФс_{сд-ер1} 20 мл/мин/1.73м². Анализ мочи на микроальбуминурию или протеинурию не проводился.

ОНМК, ОИМ - отрицает. Толерантность к привычной физической нагрузке ограничена болью в коленных суставах. Клинически приступов стенокардии и ее эквивалентов нет.

Повышение артериального давления - в течение 20 лет. Максимально до 170/100 мм рт. ст. Регулярно принимает Моноприл 10 мг утром и вечером, Индапамид 2.5 мг утром, Беталок ЗОК 50 мг вечером, Нифекард ХЛ 30 мг – эпизодически. Контроль АД проводит утром и вечером, на этом фоне показатели АД 130-140/80-85 мм рт. ст. При амбулаторном обследовании выявлена дислипидемия: холестерин общий - 6,7 ммоль/л, Х-ЛПНП – 3,4 ммоль/л, в связи с чем около 1 мес. назад начата гиполипидемическая терапия препаратом Аторвастатин 20 мг 1 раз в сутки.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена: у матери сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, ОИМ в 63 года.

Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное.

Температура тела 36,5°C. Вес 98 кг. Рост 162 см. Индекс массы тела 37.3 кг/м². Кожные покровы чистые. При пальпации щитовидной железы узловые образования не определяются. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, частота сердечных сокращений составляет 72 уд./мин, артериальное давление - 140/80 мм рт. ст. Частота дыханий 16 в минуту, грудная клетка бочкообразной формы. При аускультации дыхание везикулярное, шумы не определяются. Язык чистый влажный, живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон, дизурических явлений нет.

При осмотре нижних конечностей определяется пастозность голеней и стоп. Стопы теплые, кожа сухая, гиперкератоз в проекции головок плюсневых костей, молоточкообразная деформация пальцев стоп. Пульсация на артериях стоп сохранена в полном объеме (при оценке кровотока доплером - магистральный кровоток на артериях стоп).

Тактильная и температурная чувствительности снижена на стопах, вибрационная чувствительность (камертон 128с) на медиальных лодыжках обеих стоп - 3-4 балла.

При обследовании получены следующие результаты: креатинин 236 мкмоль/л [50-98], СКФс_{кд-epi} 17 мл/мин/1.73 м²; мочевины 27 мкмоль/л [3,5-7,2]; калий 5,4 ммоль/л [3,5-5,1]; альбумин/креатинин (моча) 3.3 мг/ммоль [0-3.5]; альбумин (разовая моча) 14 мг/л [0-20]; эритроциты 3,64 10¹² кл/л [3,8-5,2]; гемоглобин 101 г/л [112-132]; сывороточное железо 7,8 мкмоль/л [9-30,4]; ферритин 417 нг/мл [20-300]; трансферрин 1,66 г/л [20-300]; НТЖ (насыщение трансферрина железом) 18% [15-50].

Офтальмоскопия обоих глаз при расширенном зрачке: на глазном дне определяется преретинальная геморрагия площадью менее 1,5 ДЗН в сочетании с неоваскуляризацией сетчатки более половины площади ДЗН (ETDRS 71).

Полученные результаты соответствуют стадии + _____ + хронической болезни почек

- C4A1
- C5A1
- C3B2
- C3B1

У данной пациентки + _____ + риск сердечно-сосудистых событий и терминальной почечной недостаточности

- умеренный

- высокий
- низкий
- очень высокий

У пациентки с сахарным диабетом возможным осложнением хронической болезни почек на стадии С4А1 является

- полиурия, полидипсия
- болевой синдром в поясничной области
- хронический пиелонефрит
- анемия

У пациентки с сахарным диабетом возможным осложнением хронической болезни почек на стадии С4А1 является (-ются)

- хронический пиелонефрит
- нарушение терморегуляции
- минеральные и костные нарушения
- болевой синдром в поясничной области

Целевой уровень интактного паратгормона у пациентки с хронической болезнью почек С4А1 соответствует + _____ + пг/мл

- 35-70
- 70-110
- 110-150
- 150-300

Скорректированный (по альбумину) кальций у данной пациентки 2,31 ммоль/л [2.15-2.55]. Данный показатель + _____ + целевым, поскольку

- не является; для пациента с ХБП С 3-5 значения Са должны быть в верхней трети референсных значений
- является; целевой уровень Са должен быть в пределах референсных значений
- не является; для пациента с ХБП С 3-5 значения Са должны быть выше референсного значения
- не является; для пациента с ХБП С 3-5 значения Са должны быть ниже референсного значения

Уровень гликированного гемоглобина у данной пациентки равен 7,3%. Этот уровень + _____ + истинную компенсацию углеводного обмена, поскольку

- отражает; гликированный является интегральным показателем гликемии за 3 месяца
- не отражает; у пациентки анемия
- не отражает; у пациентки сниженная фильтрационная способности почек
- отражает; % насыщения трансферрина железом (НТЖ) в пределах референсных значений

Для диагностики моторной формы neuropatii обязательным является

- электронейромиография
- УЗДС артерий нижних конечностей
- определение сухожильных рефлексов
- электрогастрография

На основании проведенного обследования пациентке может быть поставлен диагноз

- электронейромиография
- УЗДС артерий нижних конечностей
- определение сухожильных рефлексов
- электрогастрография

Диагноз

Пациентке рекомендовано питание с ограничением белка до + _____ + г/кг идеальной массы тела в сутки

- 1,5
- 0,8
- 1,0
- 1,2

Пациентке рекомендовано питание с ограничением потребления фосфора в пище + _____ + мг/день

- 800-1000
- 1200-1500
- 300-500
- 1000-1200

С целью коррекции анемии данной пациентке требуется назначение

- 800-1000
- 1200-1500
- 300-500

- 1000-1200

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Плановая госпитализация пациента С., 33 лет, в эндокринологическое отделение многопрофильного медицинского учреждения (областная клиническая больница).

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 22 ммоль/л, частые гипогликемии до 5-6 раз в неделю; ощущение тяжести в животе длительное время после основных приемов пищи, жидкий стул и запоры; скачки артериального давления от 90/60 до 140/90 мм рт. ст.; сухость кожи стоп, образование мозолей и потертостей на стопах.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован в 4 года (длительность заболевания 29 лет). В дебюте заболевания - сухость во рту, жажда до 5 л/сут, повышенный аппетит, частые мочеиспускания, особенно в ночные часы (полиурия). При обследовании выявлена гипергликемия до 23 ммоль/л., глюкозурия 20 ммоль/л. Пациент находится на интенсифицированном режиме инсулинотерапии, инъекции инсулина Протафан НМ в дозе 20 ЕД выполняет в подкожную жировую клетчатку бедра в 9.00, 21.00, инъекции инсулина Актрапид НМ в дозе 10-14 Ед выполняет в переднюю брюшную стенку живота за 30 мин до основных приемов пищи, исходя из индивидуального углеводного коэффициента 2 ЕД на 1 ХЕ. Иглы 8 мм. Дважды обучался в школе для пациентов с сахарным диабетом 1 типа, последний раз 10 лет назад. Гликированный гемоглобин 1 мес. назад – 9,1%. Самоконтроль гликемии проводит 4-5 раз в сутки. Показатели от 1,8 до 22 ммоль/л. Гипогликемии ощущает при значении 1,8-2.0 ммоль/л в виде снижения остроты зрения. В течение нескольких месяцев показатели гликемии от 3 до 22 ммоль/л в течение дня.

10 лет назад выявлена непролиферативная диабетическая ретинопатия обоих глаз. Рекомендован динамический осмотр с оценкой состояния глазного дна с расширенным зрачком 1 раз в год. Длительное время осмотр окулистом не проводился. Со слов пациента, 2 года назад диагностирована препролиферативная диабетическая ретинопатия обоих глаз; незрелая диабетическая катаракта правого глаза. Рекомендовано динамическое наблюдение.

2 года назад впервые выявлена протеинурия в общем анализе мочи (0,5 г/л). Со

слов пациента, неоднократно назначался периндоприл с последующей отменой. По данным обследования 1 мес. назад: креатинин 98 мкмоль/л, СКФс_скd-epi 87 мл/мин/1,73 м², в общем анализе мочи белок 1 г/л, соотношение альбумин/креатин в разовой порции мочи - 289.5 мг/ммоль. У нефролога не наблюдается.

10 лет назад диагностирована дистальная диабетическая полинейропатия (скрининг проведен неврологом по месту жительства). Пациент отмечает отсутствие температурной чувствительности. Правилам ухода за стопами при сахарном диабете обучен, однако ежедневный осмотр стоп не проводит, правила ухода за стопами не соблюдает. Ортопедическую обувь не носит (в домашних условиях использует мягкие тапочки).

Контроль артериального давления проводит 2-3 раза в неделю - показатели от 90/60 до 140/90 мм рт. ст.

Госпитализирован в эндокринологическое отделение с целью обследования, коррекции терапии.

Анамнез жизни

Вредные привычки: отрицает. Семейный анамнез по эндокринным заболеваниям не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6^oС. Вес 68 кг. Рост 181 см. Индекс массы тела 20.8 кг/м². Кожные покровы чистые. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые.

Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Пульс 72 удара в мин. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Число дыханий 16 в 1 мин., дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

При осмотре голени отмечаются отеки до уровня коленного сустава, выраженная сухость кожи.

Кожа стоп при пальпации теплая, сухая, трофических изменений кожи нет. Отмечается молоточкообразная деформация пальцев стоп.

С целью оценки контроля углеводного обмена и эффективности сахароснижающей терапии необходимо провести исследование

- 800-1000
- 1200-1500
- 300-500
- 1000-1200

Результаты обследования

Метод определения гликированного гемоглобина должен соответствовать + _____ + и выполняться методом

- режиму калибровки прибора для определения гликированного гемоглобина 1 раз в 6 мес.; +
ионообменной хроматографии (ручная процедура)
- режиму калибровки прибора для определения гликированного гемоглобина 1 раз в 3 мес.; +
ионообменной хроматографии низкого давления
- сертификации в соответствии с National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP), стандартизации в соответствии с референсными значениями, принятыми в Diabetes Control and Complications Trial (DCCT);
+
высокоэффективной жидкостной хроматографии
- режиму калибровки прибора для определения гликированного гемоглобина 1 раз в 12 мес.; +
иммунотурбидиметрии

Уровень гликированного гемоглобина у данного пациента

+ _____ + истинную компенсацию углеводного обмена, поскольку

- режиму калибровки прибора для определения гликированного гемоглобина 1 раз в 6 мес.; +
ионообменной хроматографии (ручная процедура)
- режиму калибровки прибора для определения гликированного гемоглобина 1 раз в 3 мес.; +
ионообменной хроматографии низкого давления
- сертификации в соответствии с National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP), стандартизации в соответствии с референсными значениями, принятыми в Diabetes Control and Complications Trial (DCCT);
+
высокоэффективной жидкостной хроматографии
- режиму калибровки прибора для определения гликированного гемоглобина 1 раз в 12 мес.; +
иммунотурбидиметрии

Данные изменения соответствуют + _____ + стадии диабетической ретинопатии

- непролиферативной
- препролиферативной

- пролиферативной
- терминальной

Для оценки барьерной и фильтрационной функции почек необходимым исследованием является

- непролиферативной
- препролиферативной
- пролиферативной
- терминальной

Результаты обследования

Методом скрининга с целью верификации дистальной диабетической полинейропатии является

- непролиферативной
- препролиферативной
- пролиферативной
- терминальной

Результаты обследования

Принимая во внимание жалобы пациента на колебания артериального давления от 90/60 до 140/90 мм рт. ст., ортостатическую гипотензию и увеличение ЧСС в покое до 105-110 уд. в 1 мин. и при физической нагрузке до 120-150 уд. в 1 мин., можно заподозрить наличие

- гипертонической болезни 2 ст
- фибрилляции предсердий
- диабетической кардиоваскулярной автономной нейропатии
- надпочечниковой недостаточности

У пациента диагностирована кардиоваскулярная форма диабетической автономной нейропатии, что подтверждается + _____ + систолического АД на + _____ + мм рт. ст. в ходе проведения ортостатической пробы и ЧСС в покое + _____ + уд/мин

- повышением; 20; менее 100
- снижением; 15; 80-100
- снижением; 20; более 100
- снижением; 10; более 90

Частота обследования пациента на предмет диабетического поражения почек составляет 1 раз в +_____+ мес

- 9
- 1
- 12
- 3

На основании результатов клинических и инструментальных методов обследования пациенту поставлен диагноз

- 9
- 1
- 12
- 3

Диагноз

Для профилактики ортостатической гипотензии рекомендуется

- употребление достаточного количества жидкости и поваренной соли при отсутствии противопоказаний
- резкая смена положения тела, резкое вставание
- назначение трициклических антидепрессантов
- прием больших порций горячей пищи

При лечении кардиоваскулярной формы автономной нейропатии рекомендуется

- употребление достаточного количества жидкости и поваренной соли при отсутствии противопоказаний
- резкая смена положения тела, резкое вставание
- назначение трициклических антидепрессантов
- прием больших порций горячей пищи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 69 лет, обратилась к врачу общей практики (семейному врачу).

Жалобы

Повышение АД до 170/90 мм рт. ст., головную боль, умеренную сухость во рту, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление

гнойничков в местах расчесов, чувство сдавления за грудиной при быстрой ходьбе и подъёме на 3 этаж.

В последнее время отмечает нарушение зрения.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы появились и нарастали в течение года. Более 20 лет страдает гипертонической болезнью, АД колеблется в пределах 150–180/80–90 мм рт. ст. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, стенокардией напряжения. В возрасте 60 лет пациентка перенесла инфаркт миокарда. С этого времени состояние её оставалось стабильным. Принимает эналаприл (10 мг/сут), метопролол (50 мг/сут), аспирин (125 мг/сут), симvastатин (20 мг/сут), гидрохлоротиазид (25 мг/сут) и метформин (1000 мг/сут). Контрольные явки диспансерного наблюдения посещает нерегулярно.

Анамнез жизни

У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребенка при рождении 4,6 кг.

Перенесла холецистэктомию (в 45 лет).

Объективный статус

Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, чистые. Лимфоузлы не увеличены. Рост - 168 см, вес - 85 кг, ИМТ – 32,9 кг/м², окружность талии - 96 см. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=Пульс=75 в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Отёков нет.

Пульсация на aa. dorsalis pedis сохранена. Стул и диурез не нарушены.

Был проведён скрининг на синдром старческой астении по опроснику «Возраст не помеха» - 2 балла.

Прошла флюорографию: легочные поля без патологических теней; легочный рисунок умеренно усилен за счет пневмосклероза; корни структурны; диафрагма и синусы четкие; сердце умеренно увеличено влево за счет дуги левого желудочка; аорта уплотнена.

Самостоятельно обратилась офтальмологу: выставлен диагноз

Препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD).

Необходимыми лабораторными методами обследования в рамках диспансерного наблюдения пациентки являются

- употребление достаточного количества жидкости и поваренной соли при отсутствии противопоказаний

- резкая смена положения тела, резкое вставание
- назначение трициклических антидепрессантов
- прием больших порций горячей пищи

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования являются

- употребление достаточного количества жидкости и поваренной соли при отсутствии противопоказаний
- резкая смена положения тела, резкое вставание
- назначение трициклических антидепрессантов
- прием больших порций горячей пищи

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом пациентки является

- употребление достаточного количества жидкости и поваренной соли при отсутствии противопоказаний
- резкая смена положения тела, резкое вставание
- назначение трициклических антидепрессантов
- прием больших порций горячей пищи

Диагноз

У пациентки гипертоническая болезнь + ____ + стадии, + ____ + степени, риск ССО + _____ + , гипертрофия миокарда левого желудочка

- III, 3, 4 (очень высокий)
- II, 3, 2 (умеренный)
- III, 3, 3 (высокий)
- II, 2, 4 (очень высокий)

У пациентки имеется ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 60 лет), стенокардия напряжения + ____ + функционального класса

- IV
- II
- I
- III

У пациентки сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса + ____ + стадии, + ____ + функционального класса

- 2, 3
- 2, 2
- 1, 1
- 2, 1

У пациентки Хроническая болезнь почек + ____ + стадии, альбуминурия

- С3а, А2
- С4, А4
- С2, А0
- С3б, А3

У пациентки абдоминальное ожирение + ____ + степени. Дислипидемия

- 3
- 2
- 4
- 1

Диагноз «Препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD)» является проявлением

- диабетической нейропатии
- диабетической микроангиопатии
- диабетической макроангиопатии
- не связанным с сахарным диабетом

Модифицируемыми факторами риска у данной пациентки являются: ожирение, артериальная гипертензия, гипергликемия, а также

- дислипидемия
- женский пол
- наследственность
- возраст

У данной пациентки целевыми являются показатели артериального давления + _____ + мм.рт.ст., ЛПНП менее + ____ + ммоль/л, ТГ менее + ____ + ммоль/л

- 120-129/80-89; 2,5; 1,8
- 130-139/80-89; 2,0; 1,5

- 130-139/70-79; 1,4; 1,7
- 100-110/60-69; 3,0; 1,0

Наиболее оптимальной схемой терапии данной пациентки будет назначение (преимущественно в виде фиксированных комбинаций) препаратов: ингибитор АПФ, дигидропиридиновый антагонист кальция, высокоселективный бета-адреноблокатор, метформин, ацетилсалициловая кислота и

- 120-129/80-89; 2,5; 1,8
- 130-139/80-89; 2,0; 1,5
- 130-139/70-79; 1,4; 1,7
- 100-110/60-69; 3,0; 1,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет был направлена на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На немотивированную слабость, утомляемость, задержки менструального цикла до нескольких месяцев, постоянную головную боль, потливость, храп, дневную сонливость.

Анамнез заболевания

В течение 5 лет пациентка наблюдалась у эндокринолога по месту жительства по поводу многоузлового нетоксического зоба. При прохождении диспансеризации терапевт отметил увеличение надбровных дуг, носа и нижней челюсти и рекомендовал контроль уровня ИФР-1. Показатель составил 759 (до 238) нг/мл. Уровень пролактина 556 (до 500) мкМЕ/мл, ФСГ 6.57 мМЕ/мл, ЛГ 3.5 мМЕ/мл, ТТГ 3.4 мМЕ/л. Прием препаратов, влияющих на уровень пролактина, отрицает.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать пациентки наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.

Перенесла перелом левой лучевой кости при падении с высоты собственного роста год назад.

Другие хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональные вредности отрицает.

Аллергический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 179 см, масса тела – 84 кг. Кожные покровы телесного цвета, отмечается утолщение, гипергидроз, стрий нет. Отеки не определяются. Обращает на себя утолщение пальцев рук (со слов, больше не может надеть обручальное кольцо). Молочные железы – без особенностей, галакторея отсутствует. Щитовидная железа диффузно увеличена, подвижна при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 71 в минуту, АД – 135/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым лабораторным методом исследования в связи с высоким уровнем ИРФ-1 у пациентки является определение

- 120-129/80-89; 2,5; 1,8
- 130-139/80-89; 2,0; 1,5
- 130-139/70-79; 1,4; 1,7
- 100-110/60-69; 3,0; 1,0

Результаты лабораторного метода обследования

Результаты определения гормона роста с применением ОГТТ следует трактовать как

- недостаток гормона роста
- адекватную стимуляцию уровня гормона роста
- адекватную супрессию уровня гормона роста
- отсутствие адекватной супрессии уровня гормона роста

Необходимым для уточнения генеза гиперпролактинемии и гиперпродукции гормона роста методом исследования является

- недостаток гормона роста
- адекватную стимуляцию уровня гормона роста
- адекватную супрессию уровня гормона роста
- отсутствие адекватной супрессии уровня гормона роста

Результаты обследования

Принимая во внимание выявление макроаденомы гипофиза у пациентки, необходимо исследование уровня

- недостаток гормона роста

- адекватную стимуляцию уровня гормона роста
- адекватную супрессию уровня гормона роста
- отсутствие адекватной супрессии уровня гормона роста

Результаты обследования

С учетом клинико-anamнестических данных, у пациентки целесообразно исследование уровня

- недостаток гормона роста
- адекватную стимуляцию уровня гормона роста
- адекватную супрессию уровня гормона роста
- отсутствие адекватной супрессии уровня гормона роста

Результаты обследования

Наиболее информативным методом топической диагностики при первичном гиперпаратиреозе является

- тонкоигольная аспирационная биопсия
- сцинтиграфия с технетрилом
- магнитно-резонансная томография
- ультразвуковое исследование

Диагнозом, который можно поставить пациентке на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных, является

- тонкоигольная аспирационная биопсия
- сцинтиграфия с технетрилом
- магнитно-резонансная томография
- ультразвуковое исследование

Диагноз

В соответствии с консенсусными критериями активности акромегалии, у пациентки наблюдается + _____ + стадия

- активная
- неактивная
- прогрессирующая
- субклиническая

Важным условием для проведения селективной паратиреоидэктомии у пациентки является возможность интраоперационного экспресс-определения уровня + _____ + крови

- паратгормона
- общего кальция
- ионизированного кальция
- кальцитонина

Методом выбора при лечении соматотропиномы у пациентки является

- назначение тиамазола
- лучевая терапия
- трансфеноидальная аденомэктомия
- назначение темозоломида

При рецидиве акромегалии после хирургического лечения возможно назначение

- деносумаба
- тиамазола
- антагонистов соматостатина
- аналогов соматостатина

Наиболее точным критерием постановки диагноза МЭН1 является

- деносумаба
- тиамазола
- антагонистов соматостатина
- аналогов соматостатина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет была направлена на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На мышечную слабость, утомляемость, задержки менструального цикла до нескольких месяцев, увеличение массы тела на 10 кг в течение 3 месяцев.

Анамнез заболевания

Обратилась к терапевту по месту жительства. При сдаче клинического минимума была выявлена гипергликемия натощак до 6.4 ммоль/л. На основании осмотра терапевт заподозрил гиперкортицизм и рекомендовал

исследование крови на кортизол с последующей консультацией эндокринолога. Показатель натощак утром – 960 (138-635) нмоль/л. Прием препаратов, содержащих глюкокортикостероиды, категорически отрицает. Также при обследовании было выявлено увеличение общего кальция крови до 2.85 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 65 мкмоль/л.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать пациентки наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.

Перенесла перелом левой лучевой кости при падении с высоты собственного роста два года назад.

Другие хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональные вредности отрицает.

Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Отмечается избыточное накопление подкожной жировой клетчатки в области живота, груди, спины и лица. Рост – 179 см, масса тела – 99 кг. ИМТ = 30,9 кг/м². Кожные покровы телесного цвета, определяются багровые растяжки шириной более 1 см на передней поверхности живота. Отеки не определяются. Молочные железы – без особенностей, галакторея отсутствует. Щитовидная железа не увеличена, подвижна при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 71 в минуту, АД – 135/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым для уточнения наличия гиперкортицизма лабораторным методом исследования является определение в крови

- деносумаба
- тиамазола
- антагонистов соматостатина
- аналогов соматостатина

Результаты лабораторного метода обследования

Результат определения кортизола в ходе НПТ с 1 мг дексаметазона следует трактовать как

- деносумаба

- тиамазола
- антагонистов соматостатина
- аналогов соматостатина

Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня

- деносумаба
- тиамазола
- антагонистов соматостатина
- аналогов соматостатина

Результаты лабораторного метода обследования

С учетом выявленного увеличения уровня АКТГ следующий этап диагностики заключается в выполнении

- деносумаба
- тиамазола
- антагонистов соматостатина
- аналогов соматостатина

Результаты обследования

Необходимым для уточнения генеза гиперкальциемии лабораторным методом исследования является определение в крови уровня

- деносумаба
- тиамазола
- антагонистов соматостатина
- аналогов соматостатина

Результаты лабораторного метода обследования

Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как

- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз

С учетом клинико-anamnestических данных у пациентки следует подозревать

- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз

Диагноз

Для верификации диагноза у пациентки необходимо исследовать мутацию в гене

- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз

Результаты обследования

Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациентки должна заключаться в

- назначении цинакальцета
- первичном хирургическом лечении
- динамическом наблюдении
- хирургическом вмешательстве при возникновении повторного патологического перелома

Методом выбора лечения АКТГ-зависимого гиперкортицизма у пациентки является

- лучевая терапия
- назначение каберголина
- трансфеноидальная аденомэктомия
- назначение темозоломида

При рецидиве кортикотропиномы после хирургического лечения возможно назначение

- антагонистов соматостатина
- цинакальцета
- деносумаба
- аналогов соматостатина

При синдроме МЭН1 происходит

- антагонистов соматостатина
- цинакальцета
- деносумаба
- аналогов соматостатина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На мышечную слабость, утомляемость, снижение либидо, увеличение массы тела на 10 кг в течение 3 месяцев.

Анамнез заболевания

Обратился к урологу по месту жительства. При обследовании выявлено снижение уровня тестостерона до 6.5 нмоль/л, был рекомендован прием препаратов тестостерона, от которых пациент воздержался. При прохождении диспансеризации была выявлена гипергликемия натощак до 6.4 ммоль/л. На основании осмотра терапевт заподозрил гиперкортицизм и рекомендовал исследование крови на кортизол с последующей консультацией эндокринолога. Показатель натощак утром – 757 (138-635) нмоль/л. Прием препаратов, содержащих глюкокортикостероиды, категорически отрицает. Также при обследовании было выявлено увеличение общего кальция крови до 2.85 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 65 мкмоль/л.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.

Перенес перелом левой лучевой кости при падении с высоты собственного роста два года назад.

Другие хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональные вредности отрицает.

Аллергический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Отмечается избыточное накопление подкожной жировой клетчатки в области живота, груди, спины и лица. Рост – 179 см, масса тела – 105 кг. ИМТ = 32.9 кг/м². Кожные покровы телесного цвета, определяются багровые растяжки

шире 1 см на передней поверхности живота. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижна при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 71 в минуту, АД – 145/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым для уточнения наличия гиперкортицизма лабораторным методом исследования является определение в крови

- антагонистов соматостатина
- цинакальцета
- деносумаба
- аналогов соматостатина

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня

- антагонистов соматостатина
- цинакальцета
- деносумаба
- аналогов соматостатина

Результаты определения уровня

С учетом выявленного увеличения уровня АКТГ следующий этап диагностики заключается в выполнении

- антагонистов соматостатина
- цинакальцета
- деносумаба
- аналогов соматостатина

Результаты обследования

Необходимым для уточнения генеза гиперкальциемии лабораторным методом исследования является определение в крови уровня

- антагонистов соматостатина
- цинакальцета
- деносумаба
- аналогов соматостатина

Результаты лабораторного метода обследования

Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как

- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз

С учетом клинико-анамнестических данных у пациентки следует подозревать

- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз

Диагноз

Для верификации диагноза у пациентки необходимо исследовать мутацию в гене

- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз

Результаты обследования

Для оценки радикальности проведения хирургического лечения при первичном гиперпаратиреозе рекомендуется интраоперационное определение + _____ + сыворотки крови

- паратормона
- кальцитонина
- общего кальция
- ионизированного кальция

Методом выбора лечения АКТГ-зависимого гиперкортицизма у пациентки является

- трансфеноидальная аденомэктомия
- лучевая терапия
- назначение каберголина

- назначение темозоломида

После нейрохирургического лечения ремиссию заболевания с низким риском рецидива рекомендовано регистрировать при уровне кортизола в крови $< + \underline{\hspace{1cm}} +$ нмоль/л) в первые дни после операции

- 70
- 50
- 80
- 100

Пороговым значением размера образования гипофиза по данным МРТ для принятия решения о проведении трансназальной аденомэктомии в качестве первичного лечения при АКТГ-зависимом гиперкортицизме является размер более $+ \underline{\hspace{1cm}} +$ мм

- 15
- 3
- 6
- 10

К медикаментозным препаратам, используемым для коррекции гиперкортицизма, относят

- 15
- 3
- 6
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На мышечную слабость, утомляемость, снижение либидо, эпизоды боли при мочеиспускании, увеличение массы тела на 10 кг.

Анамнез заболевания

Обозначенные жалобы в течение последнего года. Обратился к терапевту по месту жительства. Проходил обследование с подозрением на уролитиаз, был выявлен коралловидный конкремент правой почки. При дальнейшем обследовании выявлено увеличение общего кальция крови до 2.85 (до 2.55)

ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 65 мкмоль/л. Также известно, что при прохождении диспансеризации 2 месяца назад была выявлена гипергликемия натощак до 6.5 ммоль/л.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.

Другие хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональные вредности отрицает.

Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Отмечается избыточное накопление подкожной жировой клетчатки в области живота, груди, спины и лица. Рост – 179 см, масса тела – 105 кг. Кожные покровы телесного цвета, определяются багровые растяжки шириной более 1 см на передней поверхности живота. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижна при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 71 в минуту, АД – 145/76 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым для уточнения генеза гиперкальциемии лабораторным методом исследования является определение в крови уровня

- 15
- 3
- 6
- 10

Результаты лабораторного метода обследования

Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как

- вторичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз

При выполнении УЗИ околощитовидных желез были выявлены образования в проекции 2 желез. +

С учетом клинико-anamнестических данных, у пациента также целесообразно исследование уровня

- вторичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз

Результаты обследования

При дальнейшем обследовании уровень кортизола слюны в 23:00 показатель составил 21.5 нмоль/л. +

Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня

- вторичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз

Результаты лабораторного метода обследования

С учетом выявленного увеличения уровня АКТГ следующий этап диагностики заключается в выполнении

- вторичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз

Результаты обследования

С учетом клинико-anamнестических данных у пациентки следует подозревать

- вторичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз

Диагноз

Для верификации диагноза у пациентки необходимо исследовать мутацию в гене

- вторичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз

Результаты обследования

Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациента должна заключаться в

- динамическом наблюдении
- первичном хирургическом лечении
- назначении цинакальцета
- хирургическом вмешательстве при возникновении повторного патологического перелома

Методом выбора лечения АКТГ-зависимого гиперкортицизма у пациентки является

- назначение каберголина
- лучевая терапия
- назначение темозоломида
- трансфеноидальная аденомэктомия

При рецидиве кортикотропиномы после хирургического лечения возможно назначение

- аналогов соматостатина
- антагонистов соматостатина
- цинакальцета
- деносумаба

При синдроме МЭН1 происходит

- инактивирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли

Распространенность первичного гиперпаратиреоза среди пациентов с синдромом МЭН1 составляет +____+%

- инактивирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в протоонкогене

- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 29 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На немотивированную слабость, утомляемость, эпизоды боли при мочеиспускании, постоянную изжогу, голодные боли, эпизоды диареи.

Анамнез заболевания

Обозначенные жалобы в течение последнего года. Согласно заключению ФГДС, 6 месяцев назад были выявлены множественные язвенные дефекты слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, наблюдается у гастроэнтеролога, нерегулярно принимает блокаторы протонной помпы. Кроме того, наблюдается у уролога по поводу уrolитиаза. При дальнейшем обследовании выявлено увеличение общего кальция крови до 2.85 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 65 мкмоль/л.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.

Другие хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональные вредности отрицает.

Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Рост – 175 см, масса тела – 73 кг. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 61 в минуту, АД – 127/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым для уточнения генеза гиперкальциемии лабораторным методом исследования является определение в крови уровня

- инактивирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в протоонкогене

- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли

Результаты лабораторного метода обследования

Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как

- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз

При выполнении УЗИ околощитовидных желез были выявлены образования в проекции 2 желез. С учетом клинко-anamnestических данных и жалоб пациента, также целесообразно исследование уровня в крови

- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз

Результаты обследования

Клинко-лабораторные данные соответствуют

- ВИПома
- хроническому атрофическому гастриту
- синдрому Аддисона-Бирмера
- синдрому Золлингера-Эллисона

С учетом клинко-anamnestических данных у пациента следует подозревать

- ВИПома
- хроническому атрофическому гастриту
- синдрому Аддисона-Бирмера
- синдрому Золлингера-Эллисона

Диагноз

Для верификации диагноза у пациента необходимо исследовать мутацию в гене

- ВИПома

- хроническому атрофическому гастриту
- синдрому Аддисона-Бирмера
- синдрому Золлингера-Эллисона

Результаты обследования

Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациента должна заключаться в

- первичном хирургическом лечении
- назначении цинакальцета
- динамическом наблюдении
- хирургическом вмешательстве при возникновении патологического перелома

Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза у пациента должно быть проведено в объеме

- удаление самой крупной околощитовидной железы
- субтотальная паратиреоидэктомия
- удаление всех визуально измененных околощитовидных желез
- удаление 2 из 4 околощитовидных желез

Увеличить вероятность радикальной паратиреоидэктомии может интраоперационное

- мониторирование ЭКГ
- назначение цинакальцета
- определение уровня паратгормона
- введение глюконата кальция

При решении в пользу медикаментозного лечения синдрома Золлингера-Эллисона у пациента возможно использование с этой целью

- ингибиторов протонной помпы
- кальциймиметиков
- агонистов D₂-дофаминовых рецепторов
- антагонистов рецепторов соматотропного гормона

При синдроме МЭН1 происходит

- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- активирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли

- инактивирующая мутация в протоонкогене

Распространенность первичного гиперпаратиреоза среди пациентов с синдромом МЭН1 составляет +___+%

- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- активирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- инактивирующая мутация в протоонкогене

Условие ситуационной задачи

Ситуация

У пациентки 60 лет в ходе УЗИ брюшной полости и почек, проведенного в рамках одной из акций бесплатного обследования здоровья населения, выявлено образование надпочечника. Пациентке было рекомендовано выполнить компьютерную томографию надпочечников с контрастным усилением и прийти к Вам на консультацию для решения о дальнейшей тактике.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Около 15 лет назад проходила лечение по поводу рака толстой кишки (мед. документация не представлена). В настоящий момент ремиссия. Регулярного контроля АД не проводит, но по данным эпизодически проводимой тонометрии 1 раз в 2-3 месяца значения в пределах 120-130/70-80 мм рт. ст. Компьютерная томография надпочечника: Левый надпочечник увеличен, деформирован за счет объемного образования размерами 25x20x27 мм, плотностью до 30 Ед НУ.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не было.
- * Аллергический анамнез без особенностей.
- * Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см. Вес 73 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита нормально, распределена равномерно. Периферические лимфоузлы не

увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Дыхание везикулярное. Щитовидная железа не увеличена. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. АД – 135/80 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

На первом этапе необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются исследования (в скобках указаны референсные интервалы)

- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- активирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- инактивирующая мутация в протоонкогене

Результаты лабораторных методов обследования

Рекомендация о выполнении компьютерной томографии (КТ) была дана пациентке

- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является ультразвуковое исследование экспертного уровня
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является магнитно-резонансная томография с оценкой сигнала в режимах T1 и T2
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой
- правильно, т.к. КТ является методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников

Представленные результаты компьютерной томографии надпочечников

- не исключают злокачественный характер образования, и требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- не исключают злокачественный характер образования, и требуют применения дополнительных визуализирующих методов
- исключают злокачественный характер образования, и не требуют верификации с помощью дополнительных исследований
- подтверждают злокачественный характер образования и требуют верификации с помощью дополнительных исследований

Для постановки окончательного диагноза из дополнительных лабораторных исследований

- ничего не требуется
- необходимо определение уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синтетическим аналогом АКТГ
- требуется проведение нагрузочного теста с физиологическим раствором
- необходимо определение уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ

Для постановки окончательного диагноза и определения лечебной тактики дополнительно следует выполнить

- ничего не требуется
- необходимо определение уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синтетическим аналогом АКТГ
- требуется проведение нагрузочного теста с физиологическим раствором
- необходимо определение уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ

Результаты обследования

На основании представленных результатов можно поставить

**предварительный диагноз + _____ + ,
который + _____ + уточнения**

- ничего не требуется
- необходимо определение уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синтетическим аналогом АКТГ
- требуется проведение нагрузочного теста с физиологическим раствором
- необходимо определение уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ

Диагноз

Нативная (неконтрастная) плотность доброкачественных образований надпочечников при компьютерной томографии как правило составляет не + _____ + ед. НУ (единиц Хаунсфилда)

- более 20
- менее 20
- более 10
- менее 10

Заключение о характере образования основано на том, что аденомы надпочечника в ходе компьютерной томографии с контрастным усилением характеризуются + _____ + васкуляризации в контрастную фазу, снижением плотности за счет вымывания контраста в отсроченной фазе + _____ +%

- отсутствием; <30%
- наличием; >50%
- наличием; <50%
- отсутствием; >50%

В данном случае с учетом подозрения на метастатическое поражение надпочечника в качестве дообследования пациентку следует направить на

- сцинтиграфию с Tc-99m-пертехнетатом
- сцинтиграфию с Tc-99m-технетрилом
- позитронно-эмиссионную томографию с 18F-фтордезоксиглюкозой
- магнитно-резонансную томографию с оценкой сигнала в режимах T1 и T2

В случае отсутствия очагов гиперфиксации 18F-фтордезоксиглюкозы оптимальная тактика состоит в

- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля
- динамическом контроле в отсутствие лечебных мероприятий
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия

Мониторинг гормональной активности в данном случае

- показан при увеличении размеров образования
- показан только при возникновении новых клинических проявлений
- показан в течение 4 лет после первичного выявления гормонально-неактивной опухоли
- не показан вне зависимости от изменений клинической картины

В данном случае динамический контроль размеров опухоли необходимо провести через + _____ + мес.

- показан при увеличении размеров образования
- показан только при возникновении новых клинических проявлений
- показан в течение 4 лет после первичного выявления гормонально-неактивной опухоли
- не показан вне зависимости от изменений клинической картины

Условие ситуационной задачи

Ситуация

У пациентки 60 лет в ходе УЗИ брюшной полости и почек, проведенного в рамках одной из акций бесплатного обследования здоровья населения, выявлено образование надпочечника. Пациентке было рекомендовано выполнить компьютерную томографию надпочечников с контрастным усилением и прийти к Вам на консультацию для решения о дальнейшей тактике.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Около 15 лет назад проходила лечение по поводу рака толстой кишки (мед. документация не предоставлена). В настоящий момент ремиссия. Регулярного контроля АД не проводит, но по данным эпизодически проводимой тонометрии 1 раз в 2-3 месяца значения в пределах 120-130/70-80 мм рт. ст.

Компьютерная томография надпочечника: Левый надпочечник увеличен, деформирован за счет объемного образования размерами 25x20x27 мм, плотностью до 32 Ед НУ.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Курит на протяжении многих лет в среднем по 2-3 сигареты в день, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не было.
- * Аллергологический анамнез без особенностей

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 161 см. Вес 78 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Дыхание везикулярное. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. АД – 135/80 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

На первом этапе необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются исследования

- показан при увеличении размеров образования
- показан только при возникновении новых клинических проявлений

- показан в течение 4 лет после первичного выявления гормонально-неактивной опухоли
- не показан вне зависимости от изменений клинической картины

Результаты лабораторных методов обследования

Рекомендация о выполнении компьютерной томографии (КТ) была дана пациентке

- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является ультразвуковое исследование экспертного уровня
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является магнитно-резонансная томография с оценкой сигнала в режимах T1 и T2
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой
- правильно, т.к. КТ является методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников

Представленные результаты компьютерной томографии надпочечников

- подтверждают злокачественный характер образования и требуют верификации с помощью дополнительных исследований
- не исключают злокачественный характер образования, и требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- исключают злокачественный характер образования, и не требуют верификации с помощью дополнительных исследований
- не исключают злокачественный характер образования, и требуют применения дополнительных визуализирующих методов для уточнения

Для постановки окончательного диагноза и/или определения лечебной тактики из дополнительных лабораторных исследований

- необходимо исследование уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ
- требуется проведение нагрузочного теста с физиологическим раствором
- необходимо исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синтетическим аналогом АКТГ
- ничего не требуется

Для постановки окончательного диагноза и определения тактики лечения на следующем этапе необходимо выполнить

- необходимо исследование уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ
- требуется проведение нагрузочного теста с физиологическим раствором
- необходимо исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синтетическим аналогом АКТГ
- ничего не требуется

Результаты обследования

На основании представленных результатов можно поставить предварительный диагноз + _____ + , который + _____ + уточнения

- необходимо исследование уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ
- требуется проведение нагрузочного теста с физиологическим раствором
- необходимо исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синтетическим аналогом АКТГ
- ничего не требуется

Диагноз

К неопределенному КТ-фенотипу относятся опухоли высокой плотности + _____ + см

- более 8
- менее 4
- более 5
- менее 10

В данной клинической ситуации с учетом анамнеза и результатов обследования рекомендовано провести

- пункционную биопсию надпочечника
- открытую биопсию надпочечника
- двустороннюю адреналэктомию
- дополнительное визуализирующее исследование

Для дообследования пациентку следует направить на

- сцинтиграфию с Tc-99m-пертехнетатом
- позитронно-эмиссионную томографию с 18F-фтордезоксиглюкозой
- магнитно-резонансную томографию с оценкой сигнала в режимах T1 и T2
- сцинтиграфию с Tc-99m-технетрилом

В ходе позитронно-эмиссионной томографии с 18F-фтордезоксиглюкозой в образовании надпочечника отмечена гиперфиксация радиофармпрепарата (SUV – от англ. Standardised uptake value) - накопительный критерий >3).

Других очагов накопления РФП не выявлено. Оптимальной тактикой в данном случае является

- односторонняя лапароскопическая органосохраняющая резекция надпочечника
- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий
- двусторонняя лапароскопическая тотальная адреналэктомия
- односторонняя лапароскопическая тотальная адреналэктомия

Заместительная терапия гидрокортизоном в послеоперационном периоде по поводу опухоли надпочечника проводится

- только при наличии клинических признаков избытка кортизола до операции
- пациентам с размерами образования более 4 см в диаметре
- только в случае манифестного/субклинического гиперкортицизма
- всем пациентам независимо от результата ночного подавляющего теста

В случае выявления субклинического гиперкортицизма у пациента с доброкачественным образованием надпочечника оперативное лечение + _____ + заболевания/заболеваний, в генезе которых может участвовать гиперкортицизм

- только при наличии клинических признаков избытка кортизола до операции
- пациентам с размерами образования более 4 см в диаметре
- только в случае манифестного/субклинического гиперкортицизма
- всем пациентам независимо от результата ночного подавляющего теста

Условие ситуационной задачи

Ситуация

У пациентки 65 лет безотягощенного анамнеза в ходе УЗИ брюшной полости и почек, проведенного в рамках одной из акций бесплатного обследования

здоровья населения, выявлены образования обоих надпочечников. Пациентке было рекомендовано выполнить компьютерную томографию надпочечников с контрастным усилением и прийти к Вам на консультацию для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

Жалобы

Активно не предъявляет, но изъявляет активное желание по возможности избежать оперативного лечения.

Анамнез заболевания

Ранее проблем со здоровьем не отмечала. Стационарно не обследовалась. У врачей не наблюдается. Регулярного контроля АД не проводит, но по данным эпизодически проводимой тонометрии 1 раз в 2-3 месяца значения в пределах 120-130/70-80 мм рт. ст. Слабости, снижения веса не отмечала.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не было.
- * Аллергический анамнез без особенностей.
- * Наследственность неотягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 163 см. Вес 77 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Дыхание везикулярное. Щитовидная железа четко не пальпируется. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. АД – 135/80 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

На первом этапе необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются исследования (в скобках указаны референсные интервалы)

- только при наличии клинических признаков избытка кортизола до операции
- пациентам с размерами образования более 4 см в диаметре
- только в случае манифестного/субклинического гиперкортицизма
- всем пациентам независимо от результата ночного подавляющего теста

Результаты лабораторных методов обследования

Рекомендация о выполнении компьютерной томографии (КТ) была дана пациентке

- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является магнитно-резонансная томография с оценкой сигнала в режимах T1 и T2
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является ультразвуковое исследование экспертного уровня
- правильно, т.к. КТ является методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой

По данным компьютерной томографии надпочечников: Левый надпочечник увеличен, деформирован за счет объемного образования размерами 25x20x27 мм, плотностью до 5 Ед НУ. Правый надпочечник увеличен, деформирован за счет объемного образования размерами 43x35x28 мм, плотностью до 8 Ед НУ.

Представленные результаты компьютерной томографии надпочечников

- подтверждают злокачественный характер образования и требуют верификации с помощью дополнительных исследований
- не исключают злокачественный характер образования, и требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- исключают злокачественный характер образования, и не требуют верификации с помощью дополнительных исследований
- не исключают злокачественный характер образования, и требуют применения дополнительных визуализирующих методов для уточнения

Для постановки окончательного диагноза и/или определения лечебной тактики из дополнительных лабораторных исследований

- необходимо исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синтетическим аналогом АКТГ
- требуется проведение нагрузочного теста с физиологическим раствором
- требуется исследование уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ
- ничего не требуется

Для постановки окончательного диагноза и/или определения лечебной тактики из дополнительных инструментальных исследований следует провести

- необходимо исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синтетическим аналогом АКТГ
- требуется проведение нагрузочного теста с физиологическим раствором
- требуется исследование уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ
- ничего не требуется

Результаты обследования

На основании результатов проведенного исследования пациентке можно поставить диагноз

+ _____
 _+ , который + _____ + уточнения дополнительными диагностическими методами

- необходимо исследование уровня 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови в ходе стимулирующего теста с синтетическим аналогом АКТГ
- требуется проведение нагрузочного теста с физиологическим раствором
- требуется исследование уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ
- ничего не требуется

Диагноз

Нативная (неконтрастная) плотность доброкачественных образований надпочечников при компьютерной томографии как правило составляет не + _____ + ед. НУ (единиц Хаунсфилда)

- менее 20
- более 20
- менее 10
- более 10

Заключение о характере образования основано на том, что доброкачественные образования надпочечников чаще всего имеют размеры не более + _____ + см

- 0,5
- 1,0
- 4,0
- 2,0

Заключение о характере образования основано на том, что аденомы надпочечника в ходе компьютерной томографии с контрастным усилением

характеризуются + _____ + васкуляризации в контрастную фазу, снижением плотности за счет вымывания контраста в отсроченной фазе + _____ +%

- отсутствием; >50%
- наличием; >50%
- отсутствием; <30%
- наличием; <50%

В данном случае оптимальной тактикой будет являться

- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля
- правосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий

Мониторинг гормональной активности в данном случае

- показан в течение 4 лет после первичного выявления гормонально-неактивной опухоли
- показан только при возникновении новых клинических проявлений
- показан при увеличении размеров образований по данным компьютерной томографии
- не показан вне зависимости от изменений клинической картины

В данном случае динамический контроль размеров опухоли необходимо провести через + ____ + мес.

- показан в течение 4 лет после первичного выявления гормонально-неактивной опухоли
- показан только при возникновении новых клинических проявлений
- показан при увеличении размеров образований по данным компьютерной томографии
- не показан вне зависимости от изменений клинической картины

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился мужчина 67 лет.

Жалобы

На периодическую сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание; слабость

в ногах при подъёме по лестнице, боли в ногах в ночное время суток, снижение болевой и температурной чувствительности, онемение стоп.

Анамнез заболевания

7 лет назад при оформлении на санаторно-курортное лечение была обнаружена гликемия 7,5 ммоль/л натощак. Был направлен на консультацию к эндокринологу, но пациент рекомендацию проигнорировал. Жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание беспокоят около 5 лет. В течение последних 2-х лет они стали более выраженными, присоединились вышеописанные жалобы со стороны нижних конечностей.

Перенёс инфаркт миокарда 4 года назад, проведено стентирование правой коронарной артерии. Страдает артериальной гипертензией около 15 лет.

Анамнез жизни

В детстве рос и развивался согласно возрастным нормам. В настоящий момент на пенсии.

Ведёт малоподвижный образ жизни. В течение последних 15 лет стало повышаться АД до 170 и 100 мм рт. ст., был выставлен диагноз артериальная гипертензия. 4 года назад перенёс инфаркт миокарда. Жалоб на грудные боли никогда не предъявлял. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 5 мг 1 раз в сутки и индапамид 1,5 мг 1 раз в сутки.

Наследственность отягощена: мать страдала сахарным диабетом, артериальной гипертензией, умерла от инсульта. Туберкулёз, ВИЧ, сифилис, гепатиты отрицает. Аллергических реакций, в том числе на лекарственные препараты, не отмечает. Пациент курит 45 лет, в настоящий момент до 15 сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Питание нерегулярное.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Рост – 172 см, вес - 101 кг, индекс массы тела – 34,2 кг/м². Окружность талии — 98 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, умеренной влажности. Лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. При осмотре нижних конечностей — гиперкератоз стоп. Ноги тёплые. Пульсация на артериях стоп сохранена, симметрична с обеих сторон. При обследовании выявлено снижение вибрационной, болевой, тактильной и температурной чувствительности, снижение сухожильных рефлексов. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 15 в минуту. Границы относительной сердечной тупости сердца: смещение левой границы влево на 1см. Тоны сердца тихие, ритмичные. ЧСС – 88 в минуту. АД – 145 и 75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий,

безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.
Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Для диагностики сахарного диабета пациенту показано проведение исследования

- показан в течение 4 лет после первичного выявления гормонально-неактивной опухоли
- показан только при возникновении новых клинических проявлений
- показан при увеличении размеров образований по данным компьютерной томографии
- не показан вне зависимости от изменений клинической картины

Результаты обследования

Предполагаемый основной диагноз у пациента

- показан в течение 4 лет после первичного выявления гормонально-неактивной опухоли
- показан только при возникновении новых клинических проявлений
- показан при увеличении размеров образований по данным компьютерной томографии
- не показан вне зависимости от изменений клинической картины

Диагноз

Характер жалоб и данные осмотра нижних конечностей свидетельствуют о наличии у пациента

- нейроишемической формы синдрома диабетической стопы
- диабетической нейроостеоартропатии
- пояснично-крестцовой полирадикулопатии
- диабетической сенсо-моторной нейропатии

Дополнительным методом обследования при неэффективности стандартной терапии диабетической нейропатии в течение 6 мес является

- электронейромиография
- магнитно-резонансная ангиография
- рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника
- ультразвуковое дуплексное сканирование артерий нижних конечностей

Сопутствующими заболеваниями у данного пациента являются

- ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Состояние после стентирования ПКА. Артериальная гипертония 2 стадия, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 ст. (по ВОЗ)
- ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Состояние после стентирования ПКА. Артериальная гипертония 2 стадия, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 ст. (по ВОЗ)
- ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Состояние после стентирования ПКА. Артериальная гипертония 3 стадия, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 ст. (по ВОЗ)
- ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения 2 функциональный класс. Артериальная гипертония 3 стадия, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 ст. (по ВОЗ)

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является НвА1С < +___ + %

- 7,5
- 7
- 8
- 6,5

Наиболее рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов для данного пациента является

- агонист рецептора ГПП-1 и ингибитор ДПП-4
- метформин и базальный инсулин
- гликлазид и ингибитор альфа-глюкозидаз
- метформин и агонист рецепторов ГПП-1

Данному пациенту в связи с перенесённым инфарктом миокарда со стентированием 4 года назад в качестве вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений показаны

- антиагреганты и статины
- антикоагулянты и альфа-липоевая кислота
- антикоагулянты и антиагреганты
- двойная антиагрегантная терапия и омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты

Повторный контроль НвА1С после начала сахароснижающей терапии данному пациенту необходим через +_____ + месяца/месяцев

- 6
- 2
- 1
- 3

У данного пациента необходимо добиваться снижения уровня холестерина липопротеинов низкой плотности менее + _____ + ммоль/л

- 1,8
- 1,4
- 2,5
- 2,0

Рекомендации по изменению образа жизни данному пациенту включают

- отказ от употребления углеводов, резкое ограничение физической активности
- диету с ограничением калорийности, умеренную физическую нагрузку не менее 150 мин/неделю
- снижение калорийности рациона менее 1200 ккал, ежедневные анаэробные физические нагрузки
- диету с общим содержанием жиров 40%, физическую нагрузку не более 100 мин/неделю

При наличии показаний для назначения бета-адреноблокаторов у больных СД предпочтение следует отдать

- отказ от употребления углеводов, резкое ограничение физической активности
- диету с ограничением калорийности, умеренную физическую нагрузку не менее 150 мин/неделю
- снижение калорийности рациона менее 1200 ккал, ежедневные анаэробные физические нагрузки
- диету с общим содержанием жиров 40%, физическую нагрузку не более 100 мин/неделю

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 40 лет с жалобами на боли в спине и частые эпизоды повышения АД, направлена к Вам на консультацию для исключения эндокринного генеза имеющихся симптомов. По месту жительства пациентке было рекомендовано

выполнить компьютерную томографию надпочечников, выявившую образования обоих надпочечников.

Жалобы

на

- * эпизодическое повышение АД до 150/95 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью, прибавку массы тела на 13 кг за последние 2 года,
- * боли в спине ночью и утром после сна.

Анамнез заболевания

Около 2 лет назад стала прибавлять в весе и отмечать повышение АД до 155/90 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью. В дальнейшем присоединились ломящие боли в спине ночью и утром после сна, повышенная утомляемость, повышенная потливость, нарушение менструального цикла с задержками до 3 месяцев. Суммарная прибавка в весе за 1,5 года составила 13 кг (с 75 кг до 88 кг) с распределением подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не было.
- * Аллергический анамнез без особенностей.
- * Наследственность не отягощена.
- * Менструации нерегулярные, задержки до 3-х месяцев.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 162 см. Вес 88 кг (ИМТ = 33,5 кг/м²). Подкожная жировая клетчатка: развита избыточно, распределена по абдоминальному типу. Отмечается наличие гиперемии щек, угревых высыпаний на лице. Стрии не выявляются. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Дыхание везикулярное. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. АД – 150/85 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

Для постановки диагноза на первом этапе необходимо провести исследование:

(в скобках указаны референсные интервалы)

- отказ от употребления углеводов, резкое ограничение физической активности
- диету с ограничением калорийности, умеренную физическую нагрузку не менее 150 мин/неделю
- снижение калорийности рациона менее 1200 ккал, ежедневные анаэробные физические нагрузки

- диету с общим содержанием жиров 40%, физическую нагрузку не более 100 мин/неделю

Результаты обследования

Рекомендация о выполнении компьютерной томографии (КТ) была дана пациентке

- отказ от употребления углеводов, резкое ограничение физической активности
- диету с ограничением калорийности, умеренную физическую нагрузку не менее 150 мин/неделю
- снижение калорийности рациона менее 1200 ккал, ежедневные анаэробные физические нагрузки
- диету с общим содержанием жиров 40%, физическую нагрузку не более 100 мин/неделю

Дополнительная информация

По данным компьютерной томографии надпочечников: Левый надпочечник увеличен, деформирован за счет объемного образования размерами 25x20x27 мм, плотностью до 5 Ед НУ. Правый надпочечник увеличен, деформирован за счет объемного образования размерами 43x35x28 мм, плотностью до 8 Ед НУ.

Представленные результаты компьютерной томографии надпочечников

+ _____ + злокачественный характер образования, и

- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- исключают; не требуют верификации с помощью дополнительных исследований
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов для уточнения
- подтверждают; и требуют верификации с помощью дополнительных исследований

Для постановки окончательного диагноза из дополнительных лабораторных исследований требуется определение уровня

- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- исключают; не требуют верификации с помощью дополнительных исследований
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов для уточнения
- подтверждают; и требуют верификации с помощью дополнительных исследований

Результаты лабораторного исследования

Для постановки окончательного диагноза и/или определения лечебной тактики из дополнительных инструментальных исследований следует выполнить

- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- исключают; не требуют верификации с помощью дополнительных исследований
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов для уточнения
- подтверждают; и требуют верификации с помощью дополнительных исследований

Результаты инструментального исследования

На основании проведенных обследований у пациентки можно предположить следующий диагноз

- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- исключают; не требуют верификации с помощью дополнительных исследований
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов для уточнения
- подтверждают; и требуют верификации с помощью дополнительных исследований

Диагноз

Нативная (неконтрастная плотность) доброкачественных образований надпочечников при компьютерной томографии как правило составляет не + _____ + ед. HU (единиц Хаунсфилда)

- менее 10
- менее 20
- более 20
- более 10

Заключение о характере образования основано на том, что доброкачественные образования надпочечников чаще всего имеют размеры не более + _____ + см

- 0,5
- 4,0

- 2,0
- 1,0

Заключение о характере образования основано на том, что аденомы надпочечника в ходе компьютерной томографии с контрастным усилением характеризуются + _____ + васкуляризации в контрастную фазу, снижением плотности за счет вымывания контраста в отсроченной фазе + _____ +%

- наличием; >50%
- отсутствием; >50%
- наличием; <50%
- отсутствием; <30%

В случае выявления субклинического гиперкортицизма у пациента с доброкачественным образованием надпочечника оперативное лечение рекомендовано

+ _____ + заболевания, в генезе которых может участвовать гиперкортицизм

- пациентам молодого возраста, имеющим
- всем, вне зависимости от возраста и наличия
- пациентам пожилого возраста, имеющим
- не выполнять никому, вне зависимости от возраста и наличия

В ходе дообследования у пациентки было исключено наличие нарушений углеводного обмена, но в ходе боковой рентгенографии позвоночника выявлены компрессионные переломы тел поясничных позвонков. С учетом полученных результатов обследования оптимальной лечебной тактикой будет являться

- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий
- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- двусторонняя адреналэктомия
- правосторонняя лапароскопическая адреналэктомия

Назначение заместительной глюкокортикоидной терапии после односторонней адреналэктомии по поводу опухоли рекомендовано

- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий
- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- двусторонняя адреналэктомия
- правосторонняя лапароскопическая адреналэктомия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

У пациентки 50 лет с артериальной гипертензией II степени повышения, избыточной массой тела в ходе УЗИ брюшной полости и почек, проведенного в рамках одной из акций бесплатного обследования здоровья населения, выявлено образование надпочечника. Пациентке было рекомендовано выполнить компьютерную томографию надпочечников, сдать анализ крови на кортизол в утренние часы и прийти к Вам на консультацию для решения о дальнейшей тактике ведения.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Артериальная гипертензия около 10 лет. Получает монотерапию препаратом из группы ингибиторов АПФ. Стационарно не обследовалась. Наблюдается у кардиолога. Регулярного контроля АД не проводит, но по данным эпизодически проводимой тонометрии 1 раз в 2-3 месяца значения в пределах 135-150/70-95 мм рт. ст.

Кортизол крови (утро) - 680 нмоль/л (123-626).

Компьютерная томография надпочечника: Левый надпочечник увеличен, деформирован за счет объемного образования размерами 25x20x27 мм, плотностью до 30 Ед НУ.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не было.
- * Аллергологический анамнез без особенностей.
- * Наследственность не отягощена.
- * Менструации регулярные, безболезненные, не обильные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 169 см. Вес 85 кг (ИМТ = 29,8 кг/м²).

Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно.

Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Дыхание везикулярное. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. АД – 135/80 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

На первом этапе необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются исследования (в скобках указаны референсные интервалы)

- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий
- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- двусторонняя адреналэктомия
- правосторонняя лапароскопическая адреналэктомия

Результаты лабораторных методов обследования

Рекомендация о выполнении компьютерной томографии (КТ) была дана пациентке

- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является магнитно-резонансная томография с оценкой сигнала в режимах T1 и T2
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является ультразвуковое исследование экспертного уровня
- правильно, т.к. КТ является методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников

Представленные результаты компьютерной томографии надпочечников

- подтверждают злокачественный характер образования и не требует верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- не исключают злокачественный характер образования, и требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- исключают злокачественный характер образования, и не требуют верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- не исключают злокачественный характер образования, и требуют применения дополнительных визуализирующих методов для уточнения

Для постановки окончательного диагноза из дополнительных лабораторных исследований

- требуется исследование уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ
- требуется определение кортизола суточной мочи
- ничего не требуется

- требуется исследование уровня АКТГ крови в утренние часы

Для постановки окончательного диагноза и/или определения лечебной тактики из дополнительных инструментальных исследований следует выполнить

- требуется исследование уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ
- требуется определение кортизола суточной мочи
- ничего не требуется
- требуется исследование уровня АКТГ крови в утренние часы

Результаты инструментального исследования

На основании полученных результатов можно поставить диагноз

- требуется исследование уровня кортизола в ходе стимулирующего теста с инсулиновой гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ
- требуется определение кортизола суточной мочи
- ничего не требуется
- требуется исследование уровня АКТГ крови в утренние часы

Диагноз

Выявленное образование имеет + _____ + КТ-фенотип

- доброкачественный
- злокачественный
- метастатический
- неопределенный

Заключение о характере образования основано на том, что доброкачественные образования надпочечников чаще всего имеют размеры не более + _____ + см

- 2,0
- 4,0
- 0,5
- 1,0

Заключение о характере образования основано на том, что аденомы надпочечника в ходе компьютерной томографии с контрастным усилением характеризуются + _____ + снижением плотности более чем на + _____ + %

- медленным; 40
- быстрым; 50
- быстрым; 60
- медленным; 30

Оптимальной лечебной тактикой у данной пациентки является

- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий

Мониторинг гормональной активности в данном случае

- показан только при возникновении новых клинических проявлений
- показан через год после первичного обследования и далее 1 раз в 3 года
- не показан вне зависимости от изменений клинической картины
- показан при увеличении размеров образования

В случае выявления субклинического гиперкортицизма при доброкачественном образовании надпочечника оперативное лечение рекомендовано

+ _____ + заболеваний,
в генезе которых может участвовать гиперкортицизм

- показан только при возникновении новых клинических проявлений
- показан через год после первичного обследования и далее 1 раз в 3 года
- не показан вне зависимости от изменений клинической картины
- показан при увеличении размеров образования

Условие ситуационной задачи

Ситуация

У пациентки 65 лет в ходе УЗИ брюшной полости и почек, проведенного в рамках одной из акций бесплатного обследования здоровья населения, выявлено образование надпочечника. Пациентке было рекомендовано выполнить компьютерную томографию надпочечников с контрастным усилением и прийти к Вам на консультацию для решения о дальнейшей тактике.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Артериальная гипертензия около 10 лет. Получает монотерапию препаратом из группы ингибиторов АПФ. Стационарно не обследовалась. Наблюдается у кардиолога. Регулярного контроля АД не проводит, но по данным эпизодически проводимой тонометрии 1 раз в 2-3 месяца значения в пределах 135-150/70-95 мм рт. ст.

Компьютерная томография надпочечника: Левый надпочечник увеличен, деформирован за счет объемного образования размерами 25x20x27 мм, плотностью до 30 Ед НУ.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не было.
- * Аллергологический анамнез без особенностей.
- * Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 163 см. Вес 83 кг (ИМТ = 31,2 кг/м²). Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена по абдоминальному типу. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Дыхание везикулярное. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. АД – 135/80 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

На первом этапе необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются исследования (в скобках указаны референсные интервалы)

- показан только при возникновении новых клинических проявлений
- показан через год после первичного обследования и далее 1 раз в 3 года
- не показан вне зависимости от изменений клинической картины
- показан при увеличении размеров образования

Результаты лабораторных методов обследования

Рекомендация о выполнении компьютерной томографии (КТ) была дана пациентке

- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой

- правильно, т.к. КТ является методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является ультразвуковое исследование экспертного уровня
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является магнитно-резонансная томография с оценкой сигнала в режимах T1 и T2

**Представленные результаты компьютерной томографии надпочечников
+ _____ + злокачественный характер образования, и**

- подтверждают; не требуют верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов
- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- исключают; не требуют применения дополнительных визуализирующих методов

Для постановки окончательного диагноза из дополнительных лабораторных исследований требуется определение уровня

- подтверждают; не требуют верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов
- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- исключают; не требуют применения дополнительных визуализирующих методов

Результаты лабораторного исследования

Для постановки окончательного диагноза и/или определения лечебной тактики из дополнительных инструментальных исследований следует выполнить

- подтверждают; не требуют верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов
- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- исключают; не требуют применения дополнительных визуализирующих методов

Результаты инструментального исследования

На основании полученных результатов можно поставить диагноз

- подтверждают; не требуют верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов
- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- исключают; не требуют применения дополнительных визуализирующих методов

Диагноз

Выявленное образование имеет + _____ + КТ-фенотип

- злокачественный
- неопределенный
- метастатический
- доброкачественный

Заключение о характере образования основано на том, что доброкачественные образования надпочечников чаще всего имеют размеры не более + _____ + см

- 4,0
- 1,0
- 0,5
- 2,0

Заключение о характере образования основано на том, что аденомы надпочечника в ходе компьютерной томографии с контрастным усилением характеризуются + _____ + снижением плотности более чем на + _____ + %

- быстрым; 50
- медленным; 60
- быстрым; 40
- медленным; 50

В случае выявления субклинического гиперкортицизма у пациента с доброкачественным образованием надпочечника оперативное лечение рекомендовано

+ _____ +
заболевания, в генезе которых может участвовать гиперкортицизм

- всегда, вне зависимости от возраста и наличия
- пациентам молодого возраста, у которых имеются
- не выполняется, вне зависимости от возраста и наличия
- пациентам пожилого возраста, у которых имеются

В ходе дообследования у пациентки было исключено наличие нарушений углеводного обмена и остеопороза. С учетом полученных результатов обследования оптимальной тактикой ведения пациентки будет

- обследование в динамике для уточнения диагноза
- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля

В данном случае следует провести динамический контроль размеров опухоли через + _____ + мес. и рассмотреть вопрос об оперативном лечении при увеличении объема опухоли на + _____ +% (и не менее, чем на + _____ + мм в диаметре)

- обследование в динамике для уточнения диагноза
- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 40 лет с жалобами на боли в спине и частые эпизоды повышения АД, направлена к Вам на консультацию для исключения эндокринного генеза имеющихся симптомов. По месту жительства пациентке было рекомендовано выполнить компьютерную томографию надпочечников, выявившую образование.

Жалобы

на

* эпизодическое повышение АД до 150/95 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью, прибавку массы тела на 13 кг за последние 2 года,

* боли в спине ночью и утром после сна.

Анамнез заболевания

Около 2 лет назад стала прибавлять в весе и отмечать повышение АД до 155/90 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью. В дальнейшем присоединились ломящие боли в спине ночью и утром после сна, повышенная утомляемость, повышенная потливость, нарушение менструального цикла с задержками до 3 месяцев. Суммарная прибавка в весе за 1,5 года составила 13 кг (с 75 кг до 88 кг с распределением подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу). Компьютерная томография надпочечника: Левый надпочечник увеличен, деформирован за счет объемного образования размерами 25x20x27 мм, плотностью до 25 Ед НУ.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не было.
- * Аллергологический анамнез без особенностей.
- * Наследственность не отягощена.
- * Менструации нерегулярные, безболезненные, не обильные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 88 кг (ИМТ = 27,7 кг/м²). Подкожная жировая клетчатка: развита избыточно, распределена по абдоминальному типу. Отмечается наличие гиперемии щек, угревых высыпаний на лице. Стрии не выявляются. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Дыхание везикулярное. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. АД – 150/85 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

**На первом этапе необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются исследования
(в скобках указаны референсные интервалы)**

- обследование в динамике для уточнения диагноза
- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля

Результаты лабораторных методов обследования

Рекомендация о выполнении компьютерной томографии (КТ) была дана пациентке

- правильно, т.к. КТ является методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является ультразвуковое исследование экспертного уровня
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является магнитно-резонансная томография с оценкой сигнала в режимах T1 и T2

**Представленные результаты компьютерной томографии надпочечников
+ _____ + злокачественный характер образования, и**

- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов
- исключают; не требуют верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- подтверждают; не требует верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов

Для постановки окончательного диагноза из дополнительных лабораторных исследований требуется определение уровня

- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов
- исключают; не требуют верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- подтверждают; не требует верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов

Результаты лабораторного исследования

Для постановки окончательного диагноза и/или определения лечебной тактики из дополнительных инструментальных исследований следует выполнить

- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов

- исключают; не требуют верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- подтверждают; не требует верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов

Результаты инструментального исследования

На основании полученных результатов можно поставить диагноз

- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов
- исключают; не требуют верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- подтверждают; не требует верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов

Диагноз

Выявленное образование имеет + _____ + КТ-фенотип

- злокачественный
- доброкачественный
- неопределенный
- метастатический

Заключение о характере образования основано на том, что доброкачественные образования надпочечников чаще всего имеют размеры не более + _____ + см

- 0,5
- 1,0
- 2,0
- 4,0

Заключение о характере образования основано на том, что аденомы надпочечника в ходе компьютерной томографии с контрастным усилением характеризуются + _____ + снижением плотности более чем на + _____ + %

- быстрым; 50
- медленным; 60
- медленным; 30
- быстрым; 40

В случае выявления субклинического гиперкортицизма у пациента с доброкачественным образованием надпочечника оперативное лечение + _____ + заболеваний, в генезе которых может участвовать гиперкортицизм

- рекомендовано пациентам пожилого возраста и наличием
- рекомендовано всегда, вне зависимости от возраста и наличия
- рекомендовано пациентам молодого возраста и наличием
- не выполняется, вне зависимости от возраста и наличия

В ходе дообследования у пациентки было исключено наличие нарушений углеводного обмена, но при боковой рентгенографии позвоночника выявлены компрессионные переломы тел поясничных позвонков. С учетом полученных результатов обследования оптимальной лечебной тактикой будет

- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля
- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий

Назначение заместительной глюкокортикоидной терапии после односторонней адреналэктомии по поводу опухоли рекомендовано

- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля
- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

У пациентки 65 лет с артериальной гипертензией II степени повышения, избыточной массой тела в ходе УЗИ брюшной полости и почек, проведенного в рамках одной из акций бесплатного обследования здоровья населения, выявлено образование надпочечника. Пациентке было рекомендовано выполнить компьютерную томографию надпочечников, сдать анализ крови на кортизол в утренние часы и прийти к Вам на консультацию для решения о дальнейшей тактике.

Жалобы

на

* эпизодическое повышение АД до 150/95 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью.

Анамнез заболевания

Артериальная гипертензия около 15 лет. По данным ежедневной тонометрии околоцелевые значения АД на фоне монотерапии препаратом из группы ингибиторов АПФ. Регулярного контроля АД не проводит, но по данным эпизодически проводимой тонометрии 1 раз в 2-3 месяца значения в пределах 135-150/70-95 мм рт. ст. Стационарно не обследовалась. Наблюдается у кардиолога. Получает статины, на фоне которых показатели липидного спектра в пределах целевых значений. Длительно принимает препараты витамина D в средней дозе 1000-2000 МЕ в сутки.

Кортизол крови (утро) - 780 нмоль/л (123-626).

Компьютерная томография надпочечника: Левый надпочечник увеличен, деформирован за счет объемного образования размерами 25x20x27 мм, плотностью до 25 Ед НУ.

Анамнез жизни

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

* Профессиональных вредностей не было.

* Аллергологический анамнез без особенностей.

* Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 171 см. Вес 85 кг (ИМТ = 29,1 кг/м²).

Подкожная жировая клетчатка: развита избыточно, распределена по абдоминальному типу. Отмечается наличие румянца, угревых высыпаний на лице. Стрии не выявляются. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Дыхание везикулярное. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. АД – 150/85 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

На первом этапе обследования необходимо выполнить исследование: (в скобках указаны референсные интервалы)

- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля
- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий

Результаты обследования

Рекомендация о выполнении компьютерной томографии (КТ) была дана пациентке

- правильно, т.к. КТ является методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является ультразвуковое исследование экспертного уровня
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является магнитно-резонансная томография с оценкой сигнала в режимах T1 и T2
- неправильно, т.к. методом выбора для первичной оценки злокачественного потенциала образований надпочечников является позитронно-эмиссионная томография с 18F-фтордезоксиглюкозой

Представленные результаты компьютерной томографии надпочечников + _____ + злокачественный характер образования, и

- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов для уточнения
- подтверждают; не требует верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- исключают; не требуют верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов

Для постановки окончательного диагноза из дополнительных лабораторных исследований требуется определение уровня

- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов для уточнения
- подтверждают; не требует верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- исключают; не требуют верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов

Результаты лабораторного исследования

Для постановки окончательного диагноза и/или определения лечебной тактики из дополнительных инструментальных исследований следует выполнить

- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов для уточнения

- подтверждают; не требует верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- исключают; не требуют верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов

Результаты инструментального исследования

На основании представленных результатов можно предположить у пациентки диагноз

- не исключают; требуют выполнения пункционной биопсии для уточнения
- не исключают; требуют применения дополнительных визуализирующих методов для уточнения
- подтверждают; не требует верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов
- исключают; не требуют верификации с помощью дополнительных визуализирующих методов

Диагноз

Выявленное образование имеет + _____ + КТ - фенотип

- неопределенный
- злокачественный
- доброкачественный
- метастатический

Заключение о характере образования основано на том, что доброкачественные образования надпочечников чаще всего имеют размеры не более + _____ + см

- 1,0
- 2,0
- 0,5
- 4,0

Заключение о характере образования основано на том, что аденомы надпочечника в ходе компьютерной томографии с контрастным усилением характеризуются + _____ + снижением плотности более чем на + _____ + %

- медленным; 60
- быстрым; 50
- медленным; 30

- быстрым; 40

В случае выявления субклинического гиперкортицизма у пациента с доброкачественным образованием надпочечника оперативное лечение рекомендовано

+ _____ + заболевания, в генезе которых может участвовать гиперкортицизм

- пациентам пожилого возраста, имеющим
- всем, вне зависимости от возраста и наличия
- не проводить никому, вне зависимости от возраста и наличия
- пациентам молодого возраста, имеющим

В ходе дообследования у пациентки были исключены нарушение углеводного обмена и остеопороз. С учетом полученных результатов обследования оптимальной тактикой ведения пациентки будет

- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля
- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия

В данном случае динамический контроль размеров опухоли рекомендован через + _____ + мес. и рассмотреть вопрос об оперативном лечении при увеличении объема опухоли на + _____ +% (и не менее, чем на + _____ + мм в диаметре)

- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля
- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная И. 27 лет на консультации у врача-терапевта.

Жалобы

На отечность на глазах, особенно по утрам, боль при движении глаз, ощущение «песка в глазах», редко возникающее двоение в глазах, проходящее самостоятельно, слабость, беспокойство.

Анамнез заболевания

Данные жалобы стали беспокоить около полугода, находясь в отпуске по уходу за ребенком, не имела возможности обратиться к врачу. В течение нескольких месяцев жалобы со стороны глаз имели периодический характер, пользовалась увлажняющими каплями. Слабость, нарушение сна, беспокойство и нервозность связывала с ссорами с супругом, уходом за маленьким ребенком. В течение 4 месяцев похудела, хотя отмечает что аппетит не снизился, наоборот считает, что заедала стресс. Несколько недель назад заметила, что стало тесно в водолазках и блузках с узким воротом. В настоящее время усилилась слабость, стала чаще замечать отечность век, постоянно беспокоит ощущение «песка в глазах», появилась потливость, сердцебиение, дрожь в теле.

Анамнез жизни

- * Курит в течение 8 лет, 10-15 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет
- * Профессиональных вредностей не имеет, учитель в средней школе, в настоящее время в отпуске по уходу за ребенком 2,2 года.
- * Аллергические реакции на препараты сульфаниламидной группы (бисептол)
- * Семейный анамнез: отец в возрасте 39 лет имел какие-то проблемы с щитовидной железой. Мать страдает артериальной гипертензией.
- * Менструальный цикл с 13 лет до настоящего времени, регулярный, 1 беременности и 1 роды.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, отмечается мелкоразмашистый тремор пальцев рук. Вес - 55 кг, рост – 169 см. Астенический тип телосложения, подкожно жировая клетчатка распределена равномерно. Кожные покровы эластичные, влажные, тёплые нормальной окраски. Офтальмологические симптомы: расширение глазной щели, повышенный блеск глаз, невозможность фиксировать взгляд обеими глазами на близком расстоянии, при взгляде вверх определяется полоска склеры между верхним веком и радужкой, при взгляде вниз –отставание нижнего века от радужки, нежный тремор век при их смыкании, отёчный экзофтальм с двух сторон, гиперемия век. Тонус глазных яблок при пальпации нормальный. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Гиперемия шеи, зоны декольте. АД 125/70 мм рт. ст. ЧД - 18 в минуту. Пульс – 116 в минуту, ритмичный симметричный. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. ЧСС 116 в минуту. Дыхание везикулярное по всем легочным полям. Печень у края рёберной дуги. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень при пальпации не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отёков нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В качестве дообследования пациентке необходимо провести

- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля
- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо провести

- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля
- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия

Результаты обследования

Наиболее вероятный диагноз

- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- отсутствие лечебных мероприятий и динамического контроля
- динамический контроль в отсутствие лечебных мероприятий
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия

Диагноз

Поражение глаз, имеющееся у данной пациентки можно отнести к

- эндокринной офтальмопатии
- острому бактериальному конъюнктивиту
- поражению органа зрения, связанное с неврологическими заболеваниями
- сухому кератоконъюнктивиту — синдрому сухого глаза

Дифференциальная диагностика диффузно токсического зоба (болезни Грейвса) проводится с

- эутиреоидной стадией длительного йоддефицитного состояния
- гипотиреозом при аутоиммунном тиреоидите
- злокачественным новообразованием гипофиза или гипоталамуса
- тиреотоксической фазой аутоиммунного тиреоидита

Пациентку необходимо направить на консультацию к

- эндокринологу, неврологу
- эндокринологу, нефрологу
- эндокринологу, офтальмологу
- эндокринологу, кардиологу

Для оценки адекватности тиреостатической терапии, которая предшествует оперативному лечению или радиойодтерапии используется

- уменьшение клинических проявлений
- определение уровня антител к рецепторам тиреотропного гормона
- контроль уровня антител к тиреоидной пероксидазе
- контроль уровня свободного тироксина и тиреотропного гормона

В тактике ведения пациентки необходимо предпочесть

- хирургическое лечение диффузно-токсического зоба
- хирургическое лечение - проведение блефаропластики
- достижение эутиреоидного состояния
- хирургическое лечение - проведение декомпрессии орбиты

Длительность тиреостатической терапии у пациентов с диффузно-токсическим зобом с синдромом тиреотоксикоза должна составлять

- 2-3 месяца
- 12-18 месяцев
- 24 месяца
- 6 месяцев

Рекомендуется направлять пациентов с неактивной эндокринной офтальмопатией на консультацию к офтальмологу каждые

+ _____ + месяцев

- девять
- шесть
- тридцать шесть
- двенадцать

Фактором риска прогрессирования и тяжелого течения эндокринной офтальмопатии у пациентки является

- избыточное потребление йодированной соли
- избыточное употребление спиртных напитков
- нерациональное питание
- курение

**Диффузный токсический зоб (ДТЗ) относится к + _____ +
заболеваниям**

- избыточное потребление йодированной соли
- избыточное употребление спиртных напитков
- нерациональное питание
- курение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * общую слабость,
- * сухость кожи,
- * выпадение волос.

Анамнез заболевания

У эндокринолога не наблюдается. В настоящее время беременность 4-5 недель, направлена гинекологом на консультацию.

Анамнез жизни

- * Семейный анамнез: мать, бабушка – первичный гипотиреоз в исходе АИТ.
- * Менструальный цикл регулярный, 28 дней. Беременности — 1.
- * Лекарственный анамнез неотягощён.
- * Аллергических реакций не отмечалось.
- * Вредные привычки: нет.
- * Проживает в г. Москве.
- * Трудовой анамнез: не работает.

Объективный статус

Рост 170 см, масса тела 54 кг, ИМТ 18,7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 82 уд. в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Контуры шеи ровные. Шея визуально не изменена. При пальпации щитовидная железа не увеличена в объёме, плотная, безболезненная, подвижная, узловые образования четко не пальпируются, л/у не пальпируются.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение уровня

- избыточное потребление йодированной соли
- избыточное употребление спиртных напитков
- нерациональное питание
- курение

Результаты лабораторного метода обследования

При выявлении повышенного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- избыточное потребление йодированной соли
- избыточное употребление спиртных напитков
- нерациональное питание
- курение

Результаты обследования

К иммунологическим маркерам, необходимым для постановки диагноза, относятся антитела к

- избыточное потребление йодированной соли
- избыточное употребление спиртных напитков
- нерациональное питание
- курение

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- избыточное потребление йодированной соли
- избыточное употребление спиртных напитков
- нерациональное питание
- курение

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- избыточное потребление йодированной соли
- избыточное употребление спиртных напитков
- нерациональное питание
- курение

Диагноз

Лечение субклинического гипотиреоза однозначно рекомендовано в случае

- отягощенного по аутоиммунному тиреоидиту семейного анамнеза
- беременности
- наличия узловых образований по данным ультразвукового исследования щитовидной железы
- возраста пациента старше семидесяти лет

Для лечения гипотиреоза в результате АИТ рекомендовано использовать

- левотироксин натрия в сочетании с трийодтиронином
- левотироксин натрия
- высушенный экстракт щитовидных желез
- трийодтиронин

Если женщина до беременности принимала левотироксин натрия, доза последнего должна быть увеличена примерно на +___+ % при наступлении беременности

- 30
- 10
- 60
- 40

При выявлении у беременной как манифестного, так и субклинического гипотиреоза ей сразу показано назначение полной заместительной дозы левотироксина натрия из расчета +___+ мкг/кг

- 2,5
- 1,8
- 2,0
- 2,3

Критерием адекватности заместительной терапии первичного гипотиреоза является стойкое поддержание нормального уровня

- свободного тироксина
- свободного трийодтиронина
- тиреотропного гормона
- тиреоглобулина

При приеме левотироксина натрия до беременности потребность в препарате возрастает к + _____ + неделям беременности

- 14-16
- 11-12
- 4-6
- 8-10

На фоне заместительной терапии левотироксином натрия рекомендуется поддерживать уровень ТТГ менее + ____ + мЕд/л во II-III триместре беременности

- 14-16
- 11-12
- 4-6
- 8-10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

* тревожность,

* учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

Ранее обследование щитовидной железы не проводилось. В течение месяца беспокоят тревожность и учащенное сердцебиение.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь I, стадия АГ 2, риск ССО 3.

Лекарственная терапия: Периндоприл 5 мг утром.

Семейный анамнез: мать – узловой эутиреоидный зоб.

Гинекологический анамнез: Менструации отсутствуют с 49 лет. Беременности: 0.

Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: нет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работала учителем в школе. Пенсионерка.

Объективный статус

Рост 160 см, масса тела 53 кг, ИМТ 20.7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 96 уд. в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании. В проекции правой доли пальпируется узловое образование около 1,5 см в диаметре, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении у пациентки узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- 14-16
- 11-12
- 4-6
- 8-10

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- 14-16
- 11-12
- 4-6
- 8-10

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики болезни Грейвса и функциональной автономии щитовидной железы необходимо исследования уровня антител к

- 14-16
- 11-12
- 4-6
- 8-10

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 14-16
- 11-12

- 4-6
- 8-10

Результаты инструментального метода обследования

В соответствии с клиническими рекомендациями, при наличии у пациентки узлового образования размером более 1 см для исключения злокачественной патологии щитовидной железы рекомендовано выполнение

- 14-16
- 11-12
- 4-6
- 8-10

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики различных форм токсического зоба необходимо выполнить

- 14-16
- 11-12
- 4-6
- 8-10

Результаты обследования

На основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования больной можно поставить диагноз

- 14-16
- 11-12
- 4-6
- 8-10

Диагноз

Для лечения узлового/многоузлового токсического зоба применяют ^{131}I в дозе + _____ + гр

- 750-900
- 500-700
- 350-450
- 250-300

Если тиреотоксикоз сохраняется в течение не менее +___+ месяцев после РИТ, рекомендовано повторное назначение ¹³¹I

- 9
- 12
- 3
- 6

При предоперационной подготовке при узловом токсическом зобе для достижения эутиреоза назначаются

- препараты кальция
- тиреостатики
- глюкокортикоиды
- препараты йода

Терапия тиреостатиками рекомендована

- при невозможности выполнения радикального лечения
- в случае наличия компрессионного синдрома
- при загрудинном расположении зоба
- после радиойодтерапии до достижения эутиреоза

«Облаковидные» зоны пониженной эхогенности являются характерным ультразвуковым признаком

- при невозможности выполнения радикального лечения
- в случае наличия компрессионного синдрома
- при загрудинном расположении зоба
- после радиойодтерапии до достижения эутиреоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

на

- * общую слабость,
- * повышенную утомляемость,
- * тревожность,
- * учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

2 года назад у пациентки был выявлен тиреотоксикоз (медицинской документации не предоставлено), получала тиреостатическую терапию в течение года (Тирозол 10-15 мг в сутки). Далее в течение полугода самочувствие удовлетворительное, ТТГ не контролировался. Неделю назад появились жалобы на дрожь в теле, тремор рук, учащенное сердцебиение, жар, потливость, эмоциональную лабильность. Отметила снижение веса на 2 кг.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: нет.

Лекарственная терапия: нет.

Семейный анамнез: мать – узловой зоб, эутиреоз.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные. Беременности: 0.

Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: курила раньше, бросила месяц назад.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: студентка.

Объективный статус

Рост 164 см, масса тела 75 кг, ИМТ 27.9 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 94 уд. в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Визуально щитовидная железа не увеличена. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации увеличена (I степень по ВОЗ, 2001), подвижная при глотании, мягко-эластической консистенции, узловые образования не определяются.

Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Для оценки функциональной активности щитовидной железы на первом этапе показано определение

- при невозможности выполнения радикального лечения
- в случае наличия компрессионного синдрома
- при загрудинном расположении зоба
- после радиойодтерапии до достижения эутиреоза

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- при невозможности выполнения радикального лечения
- в случае наличия компрессионного синдрома

- при загрудинном расположении зоба
- после радиойодтерапии до достижения эутиреоза

Результаты обследования

Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз, являются антитела к

- при невозможности выполнения радикального лечения
- в случае наличия компрессионного синдрома
- при загрудинном расположении зоба
- после радиойодтерапии до достижения эутиреоза

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- при невозможности выполнения радикального лечения
- в случае наличия компрессионного синдрома
- при загрудинном расположении зоба
- после радиойодтерапии до достижения эутиреоза

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больной можно поставить диагноз

- при невозможности выполнения радикального лечения
- в случае наличия компрессионного синдрома
- при загрудинном расположении зоба
- после радиойодтерапии до достижения эутиреоза

Диагноз

Если тиамазол выбран в качестве начальной терапии ДТЗ, то лекарственная терапия должна продолжаться около + _____ + месяцев, после чего она постепенно отменяется

- 24-36
- 12-18
- 6-9
- 3-6

Перед отменой тиреостатической терапии желательно определить уровень

- антител к рецептору тиреотропного гормона
- тиреоглобулина
- антител к тиреопероксидазе
- антител к тиреоглобулину

При правильно проведенном лечении частота рецидивов после отмены тиреостатических препаратов составляет около + ____ + %

- 70
- 90
- 30
- 50

Учитывая рецидив тиреотоксикоза после правильно проведенного консервативного лечения и небольшой объем щитовидной железы по данным УЗИ, оптимальной тактикой ведения пациентки будет

- проведение повторного курса тиреостатической терапии
- радиойодтерапия
- назначение преднизолона
- оперативное лечение

Если тиреотоксикоз сохраняется в течение + ____ + месяцев после РЙТ, рекомендовано повторное назначение ^{131}I

- 6
- 9
- 3
- 12

У пациенток детородного возраста за + ____ + часа/часов до радиойодтерапии необходимо провести тест на беременность

- 36
- 24
- 72
- 48

К анти tireoидным средствам, нарушающим транспорт йода внутрь фолликулов, относят

- 36

- 24
- 72
- 48

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

на

- * общую слабость,
- * повышенную утомляемость,
- * тревожность,
- * учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 2 недель, когда появились жалобы на дрожь в теле, тремор рук, учащенное сердцебиение, жар, потливость, эмоциональную лабильность. Отметила снижение веса на 5 кг.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: нет.

Лекарственная терапия: нет.

Семейный анамнез: мать – диффузный токсический зоб, радиойодтерапия.

Гинекологический анамнез: Менструальные - начало в возрасте 14 лет, регулярные.

Беременности: 0.

Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: курила раньше, бросила год назад.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает преподавателем в ВУЗе.

Объективный статус

Рост 164 см, масса тела 75 кг, ИМТ 27.9 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 100 уд. в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Визуально щитовидная железа не увеличена. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации увеличена (I степень по ВОЗ, 2001), подвижная при глотании, мягко-эластической консистенции, пальпируются узловые образования в обеих долях до 1,5 см в диаметре, безболезненные. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Для оценки функциональной активности щитовидной железы на первом этапе показано определение

- 36
- 24
- 72
- 48

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- 36
- 24
- 72
- 48

Результаты обследования

Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз, являются антитела к

- 36
- 24
- 72
- 48

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 36
- 24
- 72
- 48

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- 36

- 24
- 72
- 48

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики различных форм токсического зоба необходимо выполнить

- 36
- 24
- 72
- 48

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больной можно поставить диагноз

- 36
- 24
- 72
- 48

Диагноз

Для пациентки молодого возраста с умеренным повышением уровня антител к рТТГ и небольшим объемом ЩЖ по данным УЗИ оптимальным методом лечения является

- оперативное лечение
- радиоiodтерапия
- прием бета-блокаторов
- прием тиреостатиков

Препаратом выбора для лечения тиреотоксикоза при диффузном токсическом зобе у небеременных пациенток является

- тиамазол
- пропилтиоурацил
- лития карбонат
- преднизолон

Начальная доза тиамазола составляет + _____ + мг

- 70-80
- 30-40
- 50-60
- 10-20

Среди тиреостатических препаратов дополнительной способностью блокировать периферическую конверсию T4 в T3 обладает

- пропилтиоурацил
- калия перхлорат
- тиамазол
- карбимазол

В III триместре беременности предпочтительным для использования тиреостатическим препаратом является

- пропилтиоурацил
- калия перхлорат
- тиамазол
- карбимазол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

на

* тревожность,

* учащенное сердцебиение в течение 3 недель.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3 недель, когда появились жалобы на дрожь в теле, тремор рук, учащенное сердцебиение, потливость, эмоциональную лабильность. Беременность 6-7 недель. Направлена гинекологом на консультацию.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: нет.

Лекарственная терапия: нет.

Семейный анамнез: мать – зоб, эутиреоз. СД 2 типа.

Гинекологический анамнез. менструации с 14 лет. Беременности: 1.

Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: курила раньше, бросила месяц назад.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает продавцом.

Объективный статус

Рост 164 см, масса тела 75 кг, ИМТ 27.9 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 99 уд. в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Визуально щитовидная железа не увеличена. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации не увеличена, подвижная при глотании, мягко-эластической консистенции, узловые образования не определяются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Для оценки функциональной активности щитовидной железы на первом этапе показано определение

- пропилтиоурацил
- калия перхлорат
- тиамазол
- карбимазол

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- пропилтиоурацил
- калия перхлорат
- тиамазол
- карбимазол

Результаты обследования

Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз, являются антитела к

- пропилтиоурацил
- калия перхлорат
- тиамазол
- карбимазол

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- пропилтиоурацил
- калия перхлорат
- тиамазол
- карбимазол

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больной можно поставить диагноз

- пропилтиоурацил
- калия перхлорат
- тиамазол
- карбимазол

Диагноз

Методом выбора лечения тиреотоксикоза во время беременности является

- радиоiodтерапия
- прием бета-блокаторов
- прием тиреостатиков
- оперативное лечение

Пациентке необходимо назначить

- тиамазол
- преднизолон
- лития карбонат
- пропилтиоурацил

Доза пропилтиоурацила не должна превышать +___+ мг в сутки

- 100
- 200
- 150
- 250

Во время беременности рекомендуется назначать

- максимально возможную дозу тиреостатика
- минимально возможную дозу тиреостатика

- бета-адреноблокаторы на весь период беременности
- режим «блокируй и замещай»

Во II и III триместрах препаратом выбора является

- лития карбонат
- перхлорат калия
- тиамазол
- пропилтиоурацил

В случае тяжелого течения тиреотоксикоза и необходимости приема высоких доз антитиреоидных препаратов показано проведение

- радиойодтерапии во втором триместре
- радиойодтерапии в третьем триместре
- оперативного лечения в третьем триместре
- оперативного лечения во втором триместре

После тиреоидэктомии или предельно субтотальной резекции ЩЖ беременным назначается заместительная терапия левотироксином натрия из расчета + ___ + мкг/кг массы тела

- радиойодтерапии во втором триместре
- радиойодтерапии в третьем триместре
- оперативного лечения в третьем триместре
- оперативного лечения во втором триместре

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 47 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на ощущение "давления" в глазах.

Анамнез заболевания

Год назад впервые появились жалобы на дрожь в теле, тремор рук, учащенное сердцебиение, жар, потливость, эмоциональную лабильность, снижение веса на 10 кг за 2 месяца. При обследовании в дебюте заболевания по данным УЗИ щитовидной железы общий объем 18,5 мл, эхо-признаки тиреоидита. По данным гормонального анализа крови ТТГ 0.028 мкМЕ/мл (0.23-3.4), Т4 св 25,9 пмоль/л (10-23,2). Назначены тиамазол 30 мг в день, биспролол 5 мг. Через 15 месяцев от начала терапии (на фоне приема 2,5 мг Тирозола) возобновились

симптомы тиреотоксикоза, отмечалось снижение ТТГ до 0,03 мкМЕ/мл и повышение св.Т4 до 26 пмоль/л, что потребовало увеличения дозы Тирозола. В настоящее время принимает 20 мг Тирозола в сутки.

Симптомы ЭОП (асимметричный экзофтальм, больше справа, ретракция верхних век) развились через 2-3 месяца от манифестации тиреотоксикоза. В дальнейшем отмечала уменьшение экзофтальма. Иммуносупрессивная терапия не проводилась.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия 3 степени повышения АД, риск 4. АВ блокада 1 степени. Дислипидемия.

Лекарственная терапия: престариум 5 мг утром, амлодипин 5 мг вечером.

Семейный анамнез: мать – зоб, эутиреоз. СД 2 типа.

Гинекологический анамнез Menses отсутствуют с 45 лет. Беременности: 6.

Аборты: 2. Роды: 4.

Аллергических реакций не отмечалось.

Эпиданамнез: гепатит С в течение 5 лет.

Вредные привычки: стаж курения 30 лет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает кассиром.

Объективный статус

Рост 164 см, масса тела 59 кг, ИМТ 21,8 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, визуально не увеличена, пальпаторно увеличена (1 степень по ВОЗ, 2001), мягко-эластической консистенции, узловые образования не определяются.

Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Status localis: асимметричный экзофтальм, больше справа, ретракция верхних век.

Для оценки компенсации гормонального статуса пациентки на фоне тиреостатической терапии необходимо определение

- радиойодтерапии во втором триместре
- радиойодтерапии в третьем триместре
- оперативного лечения в третьем триместре
- оперативного лечения во втором триместре

Результаты обследования

Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз, являются антитела к

- радиойодтерапии во втором триместре
- радиойодтерапии в третьем триместре
- оперативного лечения в третьем триместре
- оперативного лечения во втором триместре

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- радиойодтерапии во втором триместре
- радиойодтерапии в третьем триместре
- оперативного лечения в третьем триместре
- оперативного лечения во втором триместре

Результаты инструментального метода обследования

Для определения тактики ведения пациентки необходима консультация

- радиойодтерапии во втором триместре
- радиойодтерапии в третьем триместре
- оперативного лечения в третьем триместре
- оперативного лечения во втором триместре

Результаты обследования

На основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования больной можно поставить диагноз

- радиойодтерапии во втором триместре
- радиойодтерапии в третьем триместре
- оперативного лечения в третьем триместре
- оперативного лечения во втором триместре

Диагноз

Учитывая рецидив тиреотоксикоза на фоне проводимого консервативного лечения и небольшой объем щитовидной железы по данным УЗИ, оптимальной тактикой ведения пациентки будет

- проведение повторного курса тиреостатической терапии

- оперативное лечение
- назначение преднизолона
- радиоiodтерапия

Если тиреотоксикоз сохраняется в течение +___+ месяцев после РИТ, рекомендовано повторное назначение ^{131}I

- 3
- 9
- 6
- 12

При неактивной ЭОП после терапии ^{131}I рекомендуется

- лучевая терапия на область орбит
- ретробульбарное введение глюкокортикоидов
- не проводить курс глюкокортикоидной терапии
- назначение Ритуксимаба

Активность эндокринной офтальмопатии оценивают по шкале

- CAS
- TIRADS
- BETHESDA
- NOSPECS

Тяжесть эндокринной офтальмопатии оценивают по шкале

- BETHESDA
- TIRADS
- CAS
- NOSPECS

Об активности процесса свидетельствует суммарный балл +___+ и более по шкале CAS

- 3
- 4
- 2
- 5

Рекомендуется ограничение курсовой суммарной дозы метилпреднизолона до +___+ г во избежание развития острой дистрофии печени с летальной печеночной недостаточностью

- 3
- 4
- 2
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * ощущение "давления" в глазах,
- * периодические головные боли,
- * головокружение.

Анамнез заболевания

Год назад впервые появились жалобы на дрожь в теле, тремор рук, учащенное сердцебиение, жар, потливость, эмоциональную лабильность, снижение веса на 10 кг за 2 месяца. При обследовании в дебюте заболевания по данным УЗИ щитовидной железы общий объем 68,5 мл, эхо-признаки тиреоидита. По данным гормонального анализа крови ТТГ 0.028 мкМЕ/мл (0.23-3.4), Т4 св 25,9 пмоль/л (10-23,2). Назначены тиамазол 30 мг в день, бисопролол 5 мг. В настоящее время принимает 15 мг Тирозола в сутки.

Симптомы ЭОП (асимметричный экзофтальм, больше справа, ретракция верхних век) развились через 2-3 месяца от манифестации тиреотоксикоза. В дальнейшем отмечала уменьшение экзофтальма. Иммуносупрессивная терапия не проводилась.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия 3 степени повышения АД, риск 4. АВ блокада 1 степени. Дислипидемия.

Лекарственная терапия: престариум 5 мг утром, амлодипин 5 мг вечером

Семейный анамнез: мать – зоб, эутиреоз. СД 2 типа

Гинекологический анамнез: Мenses отсутствуют с 45 лет. Беременности: 3.

Аборты: 2. Роды: 1

Аллергических реакций не отмечалось.

Эпиданамнез: гепатит С в течение 5 лет.

Вредные привычки: стаж курения 20 лет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает поваром.

Объективный статус

Рост 164 см, масса тела 59 кг, ИМТ 21,8 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 92 уд в минуту. АД 125/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, визуальна и пальпаторно увеличена (2 степень по ВОЗ, 2001), мягко-эластической консистенции, узловые образования не определяются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Status localis: асимметричный экзофтальм, больше справа, ретракция верхних век

Для оценки компенсации гормонального статуса пациентки на фоне тиреостатической терапии необходимо определение

- 3
- 4
- 2
- 5

Результаты обследования

Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз, являются антитела к

- 3
- 4
- 2
- 5

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 3
- 4
- 2
- 5

Результаты инструментального метода обследования

Для определения тактики ведения пациентки необходима консультация

- 3

- 4
- 2
- 5

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больной можно поставить диагноз

- 3
- 4
- 2
- 5

Диагноз

Учитывая большой объем щитовидной железы, оптимальным методом лечения является

- лучевая терапия
- оперативное
- продолжение консервативной терапии
- радиоiodтерапия

Рекомендуемым объемом операции при диффузном токсическом зобе является

- тиреоидэктомия
- гемитиреоидэктомия
- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией
- резекция доли щитовидной железы

После тиреоидэктомии по поводу диффузного токсического зоба рекомендована заместительная терапия препаратами левотироксина натрия в дозе + ___+ мкг/кг в сутки

- 2,1
- 1,1
- 1,5
- 1,7

При неактивной ЭОП при планировании оперативного лечения рекомендуется

- терапия глюкокортикоидами

- лучевая терапия на область орбит
- симптоматическое лечение
- назначение Ритуксимаба

Об активности процесса свидетельствует суммарный балл +___+ и более по шкале CAS

- 4
- 3
- 2
- 5

Рекомендуется ограничение курсовой суммарной дозы метилпреднизолона до +____+ г во избежание развития острой дистрофии печени с летальной печеночной недостаточностью

- 8
- 10
- 12
- 6

Методом выбора для лечения активной ЭОП является +_____+ применение глюкокортикоидов

- 8
- 10
- 12
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 37 лет.

Жалобы

на

- * слабость, тошноту,
- * снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

- * В течение 3 месяцев беспокоят слабость, снижение аппетита, тошнота. Была однократная рвота, не приносящая облегчения.
- * Похудел в течение 3 месяцев на 10 кг.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Грузчик.
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции.
- * Наследственность: у матери диффузный токсический зоб.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сниженного питания, рост 1,78 м, вес 56 кг, индекс массы тела $17,5 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,4^\circ\text{C}$. Кожные покровы влажные, оттенка загара, кожные складки, слизистая оболочка, полости рта - гиперпигментированы.

Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 82 в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации безболезненная, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании, не увеличена. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазных симптомов нет.

Для постановки диагноза необходимо определение + _____ + в сыворотке крови утром натощак

- 8
- 10
- 12
- 6

Результаты обследования

Для косвенного подтверждения диагноза необходимо оценить

- 8
- 10
- 12
- 6

Результаты обследования

Определение антител к + _____ + позволяет идентифицировать этиологию заболевания

- 8
- 10
- 12
- 6

Результаты обследования

Какой диагноз вы поставите пациенту?

- 8
- 10
- 12
- 6

Диагноз

Пациенту необходимо назначить

- гидрокортизон 50 мг вечером, флудрокортизон 50 мкг вечером
- гидрокортизон 20 мг в сутки в 2 приема, флудрокортизон 100 мкг в сутки утром
- гидрокортизон 10 мг утром, флудрокортизон 50 мкг перед сном
- гидрокортизон 50 мг в сутки в 2 приема, флудрокортизон 200 мкг в сутки в два приема

Оценивать адекватность заместительной терапии необходимо по

- клиническому состоянию
- уровню альдостерона
- уровню кортизола
- антителам к 21-гидроксилазе

На фоне заместительной терапии у пациента на приеме АД 90/60 мм рт. ст., жалобы на слабость во второй половине дня. Необходимо рекомендовать

- снизить дозу гидрокортизона до 10 мг
- снизить потребление поваренной соли
- увеличить дозу гидрокортизона до 25 мг
- добавить к лечению мидодрин 5 мг

У пациента есть риск развития

- гормонально-неактивной опухоли надпочечника
- аутоиммунного тиреоидита
- синдрома множественной эндокринной неоплазии 2 типа

- панкреатита

Пациенту необходимо ежегодно определять уровень витамина

- B6
- B1
- B12
- B9

При необходимости проведения большого хирургического лечения рекомендовано

- перевести больного на парентеральный ввод глюкокортикоидов
- отменить гидрокортизон и назначить дексаметазон в эквивалентных дозах
- отменить глюкокортикоиды и назначить вазопрессоры
- продолжить проводимую заместительную терапию и добавить к лечению антибактериальную терапию

Профилактика развития адреналового криза при стрессовой ситуации заключается в

- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- увеличении дозы минералокортикоидов
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты
- увеличении дозы глюкокортикоидов

Трудоспособность пациента с хронической надпочечниковой недостаточностью

- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- увеличении дозы минералокортикоидов
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты
- увеличении дозы глюкокортикоидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к эндокринологу обратилась пациентка 42 лет.

Жалобы

на

* сердцебиение,

- * потливость,
- * дрожь в руках,
- * чувство дискомфорта по передней поверхности шеи.

Анамнез заболевания

- * Около двух месяцев назад отметила сердцебиение и потливость, похудела за этот период на 3 кг, стала эмоционально лабильной, раздражительной, отметила появление тремора рук.
- * В связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов пришла на прием к участковому врачу-терапевту.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает медсестрой.
- * Перенесённые заболевания: перелом правой лучевой кости 2 года назад.
- * Беременности – 2, роды – 2.
- * Наследственность: неотягощена.
- * Аллергоанамнез: неотягощен.
- * Вредные привычки: курение.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,61 м, вес 51 кг, индекс массы тела $19,6 \text{ кг/м}^2$, t тела $37,1^\circ\text{C}$. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, бархатистые, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 112 в минуту. АД 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа видна при осмотре области шеи, при пальпации увеличена, умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Тремор рук. ОУ положительный симптом Розенбаха.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- увеличении дозы минералокортикоидов
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты
- увеличении дозы глюкокортикоидов

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для дообследования инструментальные методы исследования

- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- увеличении дозы минералокортикоидов
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты
- увеличении дозы глюкокортикоидов

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- увеличении дозы минералокортикоидов
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты
- увеличении дозы глюкокортикоидов

Диагноз

Пациентке необходимо назначить

- индометацин 75 мг, анаприлин 40 мг в сутки
- тиамазол 30 мг, анаприлин 120 мг в сутки
- тиамазол 30 мг, преднизолон в режиме пульс терапии
- преднизолон 20 мг, анаприлин 40 мг в сутки

Нормализации уровня св.Т3 и св.Т4 удается достичь спустя + _____ + недели/недель консервативной терапии

- 16-18
- 12-14
- 3-4
- 6-8

Через 4 месяца после начала лечения пациентка активных жалоб не предъявляет, принимает 5 мг тиамазола, при гормональном обследовании ТТГ 9,6 мЕд/мл. Необходимо

- отменить тиамазол, пригласить на осмотр через 4 недели
- добавить к лечению левотироксин
- повторить исследование ТТГ через 4-6 недель
- увеличить дозу тиамазола

Если консервативная терапия выбрана в качестве терапии тиреотоксикоза, лечение тиамазолом необходимо продолжать + _____ + месяцев

- 12-18
- 24-36
- 4-6
- 8-10

Пациентка пришла на прием. 9 месяцев назад она закончила прием тиамазола (лечение продолжалось 18 месяцев). На фоне психо-эмоционального стресса вновь появились сердцебиение, тремор рук, потливость. При обследовании ТТГ 0,05 мЕд/мл (норма 0,4-4,0 мЕд/мл), АТ к рТТГ 17 Ед/л (норма <1 Ед/л). Целесообразно рекомендовать пациентке

- прием йодида калия
- повторное обследование через 2 месяца
- радикальное лечение тиреотоксикоза
- консультацию и лечение у психотерапевта

При планировании хирургического лечения диффузного токсического зоба операцию рекомендуется провести в объеме

- тиреоидэктомии с лимфодиссекцией
- субтотальной резекции щитовидной железы
- тиреоидэктомии
- гемитиреоидэктомии

После тиреоидэктомии пациентка получает 100 мкг левотироксина, при контроле уровня ТТГ – 0,1 мЕд/мл. Необходимо

- повторить исследование через 6-8 недель
- отменить левотироксин
- снизить дозу левотироксина
- увеличить дозу левотироксина

Для снижения риска развития эндокринной офтальмопатии пациентке с диффузным токсическим зобом необходимо рекомендовать

- ограничить употребление алкогольных напитков
- исключить из рациона мясные блюда
- включить в рацион блюда с высоким содержанием белка
- отказаться от курения

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после оперативного лечения диффузного токсического зоба составляют + _____ + дней/день

- ограничить употребление алкогольных напитков
- исключить из рациона мясные блюда
- включить в рацион блюда с высоким содержанием белка
- отказаться от курения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 72 лет.

Жалобы

на

- * слабость,
- * сонливость,
- * утомляемость,
- * снижение памяти,
- * сухость кожи.

Анамнез заболевания

- * В течение года беспокоит слабость, сонливость, снижение памяти.
- * В связи с вышеуказанными жалобами получала лечение у невролога, без положительного эффекта.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Пенсионерка.
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции, дизентерия в возрасте 6 лет.
- * Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, артериальная гипертензия (максимальное повышение до 165/100 мм рт. ст.). Получает эналаприл 10 мг в сутки, гипотиазид 25 мг в сутки, бисопролол 5 мг в сутки.
- * Беременности – 3, роды – 3.
- * Наследственность: не отягощена.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Речь замедлена. Нормального питания, рост 1,62 м, вес 63 кг, индекс массы тела $24,2 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,0^\circ\text{C}$. Кожные покровы бледные, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены,

плотные отеки голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – ослабленное дыхание в нижних отделах легких, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, смещение верхушечного толчка влево, ЧСС 52 в минуту. АД 130/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см. Щитовидная железа видна при осмотре области шеи, 2 ст. по ВОЗ, при пальпации безболезненная, подвижная при глотании, пальпируется узловое образование в правой доле. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазные симптомы отрицательные, отеки век.

Учитывая жалобы и данные осмотра, пациентке необходимо назначить

- ограничить употребление алкогольных напитков
- исключить из рациона мясные блюда
- включить в рацион блюда с высоким содержанием белка
- отказаться от курения

Результаты обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- ограничить употребление алкогольных напитков
- исключить из рациона мясные блюда
- включить в рацион блюда с высоким содержанием белка
- отказаться от курения

Результаты лабораторного метода обследования

Пациентке с пальпируемым узловым образованием показано проведение

- ограничить употребление алкогольных напитков
- исключить из рациона мясные блюда
- включить в рацион блюда с высоким содержанием белка
- отказаться от курения

Результаты обследования

Пациентке целесообразно провести следующие дополнительные инструментальные методы исследования

- ограничить употребление алкогольных напитков
- исключить из рациона мясные блюда
- включить в рацион блюда с высоким содержанием белка

- отказаться от курения

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая наличие узла щитовидной железы, пациентке показано проведение

- ограничить употребление алкогольных напитков
- исключить из рациона мясные блюда
- включить в рацион блюда с высоким содержанием белка
- отказаться от курения

Результаты обследования

Предполагаемый диагноз пациентки

- ограничить употребление алкогольных напитков
- исключить из рациона мясные блюда
- включить в рацион блюда с высоким содержанием белка
- отказаться от курения

Диагноз

Для лечения гипотиреоза пациентке необходимо назначить

- йодид калия
- тиамазол
- левотироксин натрия
- пропилтиоурацил

Лечение левотироксином натрия целесообразно начать с дозы + _____ + мкг

- 75
- 50
- 12,5
- 100

Для контроля лечения необходимо оценить уровень

- ТТГ
- Т4 свободного
- Т3 свободного
- Т4 общего

Увеличивать дозу левотироксина натрия до достижения расчётной необходимо 1 раз в

- 4-8 недель
- 1-2 недели
- 3-4 месяца
- полгода

При узловом зобе УЗИ щитовидной железы необходимо проводить + _____ + раз/раза в год

- 3
- 2
- 1
- 4

При субклиническом гипотиреозе и наличии антитиреоидных антител у лиц старше 65 лет риск развития манифестного гипотиреоза в последующие 4 года составляет + ____ + %

- 3
- 2
- 1
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился мужчина 39 лет.

Жалобы

- * общую слабость, апатию, сонливость
- * эректильную дисфункцию

Анамнез заболевания

В течение полугода беспокоят слабость, сонливость, которые связывал с переутомлением, тогда же возникла эректильная дисфункция.

Анамнез жизни

- * Работает пилотом гражданской авиации
- * Перенесённые заболевания: детские инфекции
- * Наследственность: не отягощена.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,88

м, вес 87 кг, индекс массы тела $24,8 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены. Пастозность голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 58 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, узлы не пальпируются. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазные симптомы отрицательные.

Для постановки диагноза пациенту необходимо определить

- 3
- 2
- 1
- 4

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом исследования пациента является

- 3
- 2
- 1
- 4

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым диагнозом пациента является

- 3
- 2
- 1
- 4

Диагноз

Пациенту необходимо рекомендовать

- йодид калия 200 мкг в сутки
- левотироксин натрия из расчета $2,2 \text{ мкг/кг}$ массы тела
- повторить ТТГ, Т4св. через 3 месяца
- левотироксин натрия из расчета $1,6 \text{ мкг/кг}$ массы тела

Контроль лечения проводится по уровню

- ТТГ
- Т4 общего
- Т3 свободного
- Т4 свободного

Определение уровня ТТГ необходимо провести через (в неделях)

- 12
- 4
- 2
- 8

Целевым уровнем ТТГ на фоне заместительной терапии гипотиреоза является + _____ + мЕд/л

- 4,0 – 10,0
- 2,5 – 5,0
- 0,1 – 1,0
- 0,4 – 4,0

При повторном исследовании через 2 месяца - ТТГ – 0,04 (норма 0,4-4,0 мЕд/л), пациенту рекомендовано

- добавить трийодтиронин
- уменьшить дозу левотироксина
- увеличить дозу левотироксина
- отменить левотироксин

Наиболее вероятной причиной эректильной дисфункции при гипотиреозе является

- гиперпролактинемия
- синдром Калмана
- дефицит 5- α -редуктазы
- гипергонадотропный гипогонадизм

Вследствие хронической передозировки левотироксина может развиваться

- претибиальная микседема
- надпочечниковая недостаточность
- эндокринная офтальмопатия
- мерцательная аритмия

Риск развития манифестного гипотиреоза у лиц с субклиническим гипотиреозом в общей популяции составляет + ____ + % в год

- 5
- 30
- 50
- 10

Мониторинг уровня циркулирующих антител к щитовидной железе проводится

- 5
- 30
- 50
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 48 лет.

Жалобы

на слабость, выпадение волос, ломкость ногтей, набор массы тела.

Анамнез заболевания

- * в течение полугода отмечает общую слабость, выпадение волос, ломкость ногтей
- * за год отмечается набор массы тела на 8 кг

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Библиотекарь
- * Перенесённые заболевания: псориаз
- * Беременности – 3, роды – 2.
- * Наследственность: не отягощена.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Речь замедлена. Нормального питания, рост 1,65 м, вес 75 кг, индекс массы тела $27,7 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,1^\circ\text{C}$. Кожные покровы бледные, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, пастозность голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный

звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 60 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации не увеличена, узлы не пальпируются. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазные симптомы отрицательные. Перiorбитальные отеки.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 5
- 30
- 50
- 10

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод исследования

- 5
- 30
- 50
- 10

Результаты инструментального метода обследования

Показанием для проведения КТ или МРТ щитовидной железы является

- наличие узлового образования щитовидной железы
- ощущение першения в горле у больного с зобом
- компрессия пищевода и трахеи зобом большого размера
- видимый при осмотре передней поверхности шеи зоб

Предполагаемым диагнозом пациентки является

- наличие узлового образования щитовидной железы
- ощущение першения в горле у больного с зобом
- компрессия пищевода и трахеи зобом большого размера
- видимый при осмотре передней поверхности шеи зоб

Диагноз

Для лечения гипотиреоза пациентке необходимо назначить

- йодид калия
- тиамазол
- левотироксин
- пропилтиоурацил

Пациентке целесообразно назначить левотироксин в полной расчетной дозе
+ _____ + мкг

- 50
- 125
- 75
- 150

Для контроля лечения необходимо оценить уровень

- ТТГ
- Т3 свободного
- Т4 свободного
- Т4 общего

Контроль ТТГ с коррекцией терапии необходимо проводить каждые
+ _____ + до достижения эутиреоза

- 2 недели
- 3-4 месяца
- полгода
- 8 недель

Пациентка пришла на прием через 7 месяцев после начала лечения с жалобами на выпадение волос. При обследовании ТТГ – 2,4 Ед/л. Пациентке необходимо рекомендовать + _____ + левотироксин/левотироксина

- оставить прежней дозу
- отменить
- снизить дозу
- увеличить дозу

Осложнением гипотиреоза может стать

- мерцательная аритмия
- остеопороз
- анемия
- гипергликемия

Наблюдение пациента с гипотиреозом включает исследование

+ _____ + 1 раз в год

- свободного тироксина
- антител к тиреоглобулину
- антител к тиреоидной пероксидазе
- тиреотропного гормона

Вторичная профилактика осложнений первичного гипотиреоза заключается в

- свободного тироксина
- антител к тиреоглобулину
- антител к тиреоидной пероксидазе
- тиреотропного гормона

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился мужчина 65 лет.

Жалобы

на боли в поясничном отделе позвоночника

Анамнез заболевания

Боли в спине беспокоят около месяца, использование мазей с НПВС приносит кратковременный эффект.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Пенсионер
- * Перенесённые заболевания: ревматоидный артрит (более 10 лет получает метилпреднизолон 4 мг), артериальная гипертензия (максимально до 170 и 100 мм рт. ст, принимает регулярно лозартан 100 мг, амлодипин 5 мг)
- * Наследственность: у матери ревматоидный артрит и перелом шейки бедра
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Вредные привычки: курит с 18 лет (7-10 сигарет в день), алкоголем не злоупотребляет

* Часто употребляет копчёности, шоколад, газированные напитки

* Ведет малоподвижные образ жизни

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 171 см, вес 93 кг, индекс массы тела $31,8 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,8^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 74 в минуту. АД 130/84 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. ЩЖ 0 ст. по ВОЗ.

Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования

- свободного тироксина
- антител к тиреоглобулину
- антител к тиреоидной пероксидазе
- тиреотропного гормона

Результаты обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- свободного тироксина
- антител к тиреоглобулину
- антител к тиреоидной пероксидазе
- тиреотропного гормона

Результаты лабораторных методов обследования

Основным диагнозом пациента является

- свободного тироксина
- антител к тиреоглобулину
- антител к тиреоидной пероксидазе
- тиреотропного гормона

Диагноз

Пациенту целесообразно дополнительно оценить уровень витамина

- В12
- К
- D
- В6

Уровень 25(ОН)D в 25 нг/мл соответствует + _____ + витамина D

- недостаточности
- адекватному уровню
- выраженному дефициту
- дефициту

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- уменьшение количества выкуриваемых сигарет, повышение массы тела, 3-4-х разовый приём пищи, сон с низким изголовьем
- отказ от курения, ходьбу и физические упражнения, включение в питание продуктов, богатых фосфором
- отказ от курения, уменьшение массы тела, 5-6-ти разовый приём пищи, ношение жестких корсетов
- отказ от курения, ходьбу и физические упражнения, включение в питание продуктов, богатых кальцием

Пациенту показана терапия

- стронцием ранелатом, цинакальцетом, кальципотриолом
- эстрадиолом, альфакальцидолом, глюконатом натрия
- миакальциком, ралоксифеном, цинакальцетом
- алендронатом, колекальциферолом, глюконатом кальция

Для оценки эффективности проводимого патогенетического лечения остеопороза рентгеновская остеоденситометрия проксимального отдела бедра, шейки бедра и поясничного отдела позвоночника проводится через (в месяцах)

- 9
- 3
- 12
- 6

У пациента при обследовании через 12 месяцев после начала терапии остеопороза сохраняются жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника, по данным остеоденситометрии Т критерий в позвонках -

3,8SD, появился новый компрессионный перелом позвонка Th12. В данном случае целесообразно рекомендовать

- отменить терапию остеопороза вследствие неэффективности
- заменить алендронат на терипаратид
- добавить к лечению деносумаб
- заменить алендронат на ибандронат

Длительность терапии терипаратидом составляет не более + ___+ месяцев

- 36
- 48
- 24
- 60

10-летний риск основных остеопоротических переломов оценивается с помощью модели

- SCORE
- SOFA
- FRAX
- MODS

Вторичная профилактика остеопороза включает такие мероприятия, как

- SCORE
- SOFA
- FRAX
- MODS

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 67 лет.

Жалобы

на боли в спине

Анамнез заболевания

* боли в спине беспокоят около года, использование мазей с НПВС приносит кратковременный эффект

* в течение последнего месяца боль усилилась

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Пенсионер.
- * Перенесённые заболевания: артериальная гипертензия (принимает регулярно лозартан 100 мг)
- * Беременности – 2, роды – 2.
- * Наследственность: у матери в 70 лет перелом шейки бедра
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Вредные привычки: курит с 20 лет (5-7 сигарет в день), алкоголем не злоупотребляет
- * Часто употребляет копчёности, шоколад, газированные напитки, не употребляет молочные продукты
- * Ведет малоподвижный образ жизни

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост 164 см, вес 53 кг, индекс массы тела $19,7 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Рост при последнем измерении составлял 166 см. Кифотическая деформация грудной клетки. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 136/88 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. ЩЖ 0 ст. по ВОЗ. Менопауза в течение 12 лет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- SCORE
- SOFA
- FRAX
- MODS

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- SCORE
- SOFA
- FRAX

- MODS

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом пациентки является

- SCORE
- SOFA
- FRAX
- MODS

Диагноз

Пациентке целесообразно дополнительно исследовать уровень

- витамина B12
- кальцитонина
- витамина D
- гликированного гемоглобина

Уровень витамина D 18 нг/мл (норма 30-50 нг/мл), у пациентки выявлен

- дефицит витамина D
- недостаток витамина D
- первичный гиперпаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- уменьшение количества выкуриваемых сигарет, повышение массы тела, 3-4-х разовый приём пищи, сон с низким изголовьем
- отказ от курения, уменьшение массы тела, 5-6 разовый приём пищи, ношение жестких корсетов
- отказ от курения, ходьбу и физические упражнения, включение в питание продуктов, богатых фосфором
- отказ от курения, ходьбу и физические упражнения, включение в питание продуктов, богатых кальцием

Пациентке показана терапия

- стронцием ранелатом, цинакальцетом, кальципотриолом
- миакальциком, ралоксифеном, цинакальцетом
- алендронатом, колекальциферолом, глюконатом кальция
- эстрадиолом, альфакальцидолом, глюконатом натрия

Средняя длительность терапии остеопороза таблетированными бисфосфонатами составляет (в годах)

- 5
- 10
- 1
- 2

Для оценки эффективности проводимого патогенетического лечения остеопороза рентгеновская остеоденситометрия проксимального отдела бедра, шейки бедра и поясничного отдела позвоночника проводится через + ___ + месяцев

- 9
- 6
- 12
- 3

10-летний риск основных остеопоротических переломов оценивается с помощью модели

- FRAX
- SOFA
- SCORE
- MODS

Профилактика дефицита витамина D у пациента с остеопорозом заключается в приеме нативных форм витамина D в дозе + _____ + МЕ/сутки

- 10000
- 5000
- 1000
- 400

Вторичная профилактика остеопороза предполагает мероприятия, включающие

- 10000
- 5000
- 1000
- 400

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 55 лет.

Жалобы

активно не предъявляет, пришел на диспансерный осмотр.

Анамнез заболевания

- * в течение года страдает сахарным диабетом, получает метформин 2000 мг в сутки
- * рекомендации по питанию и физической активности соблюдает
- * самоконтроль гликемии регулярный, глюкоза натощак при самоконтроле 7-8 ммоль/л

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает электриком.
- * Перенесённые заболевания: дислипидемия (принимает розувастатин 5 мг).
- * Наследственность: у матери - инфаркт миокарда в 59 лет.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,80 м, вес 91 кг, индекс массы тела $28,4 \text{ кг/м}^2$, окружность талии – 101 см. Т тела $36,2^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 72 в минуту. АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Необходимыми лабораторными методами обследования являются

- 10000
- 5000
- 1000
- 400

Результаты лабораторных методов обследования

Пациенту можно поставить диагноз

- 10000

- 5000
- 1000
- 400

Диагноз

Для диагностики наличия/стадии диабетической нефропатии необходимо

- провести дуплексное ультразвуковое исследование почек и почечных сосудов
- оценить результаты анализа мочи по Зимницкому
- провести ангиографию почечных сосудов с магневистом
- оценить соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи

Сопутствующей патологией является

- артериальная гипертензия 1 ст. Ожирение 1 степени
- гиперлипидемия. Ожирение 1 степени
- гиперлипидемия. Избыточная масса тела
- гиперурикемия. Ожирение 2 степени

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- питание с исключением углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю), уменьшение массы тела

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является

HbA1c < +____ + %

- 5,5
- 6,0
- 7,0
- 7,5

Учитывая уровень HbA1c, пациенту необходимо

- продолжить прежнюю терапию
- отменить метформин и назначить глибенкламид
- добавить к лечению вилдаглиптин
- отменить метформин и назначить инсулин длительного действия

Необходим повторный контроль HbA1c через + ____ + (в месяцах)

- 1
- 9
- 3
- 12

Пациенту необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови

- 1 раз в неделю натощак
- 1 раз в сутки в разное время
- 2 раза в сутки утром и вечером
- перед каждым приемом пищи

Учитывая наличие гиперлипидемии, необходимо рекомендовать

- увеличить дозу розувастатина
- отменить розувастатин, назначить секвестранты желчных кислот
- полностью исключить животные жиры
- отменить розувастатин, назначить омега-3

Наблюдение пациента с сахарным диабетом 2 типа без осложнений должно включать регулярную оценку

- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- микроальбуминурии
- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови

Кратность ежегодного посещения врача-офтальмолога в рамках мониторинга больного с сахарным диабетом 2 типа без осложнений составляет + ____ + раз/раза в год

- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- микроальбуминурии
- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 47 лет.

Жалобы

на сухость во рту, утомляемость, учащенное мочеиспускание.

Анамнез заболевания

- * в течение 5 лет имеет нарушение углеводного обмена, получает метформин 2000 мг, гликлазид МВ 120 мг, саксаглиптин 5 мг в сутки. Данную терапию получает в течение 9 месяцев
- * рекомендации по питанию и физической активности соблюдает
- * самоконтроль гликемии регулярный, глюкоза натощак при самоконтроле до 10 ммоль/л
- * отмечается повышение АД максимально до 140 и 90 мм.рт.ст., гипотензивной терапии не получает

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работает юристом.
- * Перенесённые заболевания: хронический пиелонефрит.
- * Наследственность: у матери сахарный диабет 2 типа.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,78 м, вес 85 кг, индекс массы тела $26,8 \text{ кг/м}^2$. Т тела $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 145/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимым лабораторным методом обследования является

- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- микроальбуминурии
- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови

Результаты лабораторного метода обследования

Какой у пациента диагноз?

- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- микроальбуминурии
- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови

Диагноз

Сопутствующей патологией у пациента является

- артериальная гипертензия 2 ст
- избыток массы тела
- артериальная гипертензия 1 ст
- ожирение 1 ст

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является

HbA1c < + ____ + %

- 7,0
- 5,5
- 6,0
- 7,5

Учитывая уровень HbA1c, пациенту необходимо

- продолжить прежнюю терапию
- добавить к лечению инсулин длительного действия
- добавить к лечению инсулин короткого действия
- отменить гликлазид МВ и назначить глибенкламид

Необходим повторный контроль HbA1c через (в месяцах)

- 12
- 9
- 1
- 3

Пациенту необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови

- 1 раз в сутки перед сном
- 1 раз в неделю натощак

- 1 раз в сутки в разное время
- 2 раза в неделю

У пациента уровень общего холестерина – 6.1 ммоль/л, ЛПНП – 5.6 ммоль/л, ЛПВП – 0.8 ммоль/л, триглицеридов – 1.7 ммоль/л, необходимо назначить

- аторвастатин
- омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты
- диету с полным исключением животных жиров
- секвестранты желчных кислот

Пациент вернулся на прием через 6 месяцев. Уровень HbA1c – 9,1%.

Целесообразно рекомендовать

- добавить к лечению тиазолидиндионы
- перевод на базис-болюсную инсулинотерапию
- продолжить проводимую терапию в прежнем режиме
- добавить к терапии инсулин короткого действия

Доза инсулина короткого действия при интенсифицированной инсулинотерапии рассчитывается исходя из

- фактической массы тела
- количества калорий
- количества хлебных единиц
- идеальной массы тела

Наблюдение пациента с сахарным диабетом 2 типа должно включать регулярную оценку

- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови
- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- скорости клубочковой фильтрации почек

Проверка техники и осмотр мест инъекций инсулина должна проводиться не реже 1 раза (в месяцах)

- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови
- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- скорости клубочковой фильтрации почек

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 68 лет.

Жалобы

на периодически возникающую сухость во рту, частое и обильное мочеиспускание.

Анамнез заболевания

- * Страдает артериальной гипертензией в течение 7 лет;
- * 3 года назад перенесла ОКС, установлен стент.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально
- * Пенсионерка
- * В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 4 кг
- * 7 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 170/105 мм рт ст), 3 года назад перенесла ОКС, установлен стент в правой коронарной артерии. Получает эналаприл 10 мг, гипотиазид 12,5 мг, аторвастатин 10 мг
- * Перенесённые заболевания: холецистэктомия 10 лет назад
- * Беременности – 2, роды – 1.
- * Наследственность: у матери - артериальная гипертензия, ишемический инсульт в возрасте 69 лет, у отца – сахарный диабет 2 типа.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,58 м, вес 67 кг, индекс массы тела $26,8 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, пастозность голеней. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 74 в минуту. АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- результатов непрерывного мониторинга уровня глюкозы крови
- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- скорости клубочковой фильтрации почек

Результаты лабораторных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом пациентки является

- результатов непрерывного мониторингования уровня глюкозы крови
- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- скорости клубочковой фильтрации почек

Диагноз

У пациентки СКФ – 41 мл/мин/1,73 кв.м (СКD-Ep1). Для уточнения стадии поражения почек необходимо

- результатов непрерывного мониторингования уровня глюкозы крови
- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- скорости клубочковой фильтрации почек

Результаты обследования

С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место

- Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С3б, А2
- Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С2, А1
- Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С3а, А3
- Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С4, А3

У пациентки уровень общего холестерина 7.1 ммоль/л. Сопутствующей патологией является

- ишемическая болезнь сердца. Состояние после стентирования правой коронарной артерии. Артериальная гипертензия 2 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени
- ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Артериальная гипертензия 1 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела
- ишемическая болезнь сердца. Состояние после стентирования правой коронарной артерии. Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела
- ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 степени

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, ограничением животного белка (не более 1,0 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- питание с исключением углеводов и большим количеством животного и растительного белка (20% от суточного рациона), физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю), уменьшение массы тела
- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, исключением животных жиров, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ограничением животного белка (не более 0,8 г/кг идеальной массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < +____ + %

- 7,0
- 8,0
- 7,5
- 6,5

В качестве сахароснижающей терапии можно рекомендовать

- метформин и глибенкламид
- глимепирид и пиоглитазон
- монотерапию гларгином
- монотерапию метформином

У пациентки холестерин ЛНП 2,6 ммоль/л. Учитывая отсутствие достижения целевых значений холестерина, показано

- увеличение дозы аторвастатина
- назначение плазмафереза
- назначение колестирамина
- добавление фенофибрата

Необходим повторный контроль HbA1c через (в месяцах)

- 6
- 9
- 12

- 1

Оценка альбуминурии/протеинурии у данной пациентки должна проводиться 1 раз в (в месяцах)

- 3
- 12
- 9
- 6

Осмотр ног пациентов с сахарным диабетом 2 типа должен проводиться

- 3
- 12
- 9
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 70 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * тревожность,
- * учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

Ранее обследование щитовидной железы не проводилось. В течение месяца беспокоят тревожность и учащенное сердцебиение.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь I, стадия АГ 2, риск ССО 3
- * Лекарственная терапия: Периндоприл 5 мг утром.
- * Семейный анамнез: мать – узловой эутиреоидный зоб.
- * Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют с 53 лет. Беременности: 0
- * Аллергических реакций не отмечалось.
- * Вредные привычки: нет.
- * Проживает в г. Москве.
- * Трудовой анамнез: работала сторожем в школе. Пенсионерка.

Объективный статус

Рост 160 см, масса тела 53 кг, ИМТ 20,7 кг/м². ОТ 73 см. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 92 уд. в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации не увеличена (0 ст. по ВОЗ, 2001), мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании. В проекции левой доли пальпируется узловое образование около 1 см в диаметре, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении у пациентки узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- 3
- 12
- 9
- 6

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- 3
- 12
- 9
- 6

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики болезни Грейвса и функциональной автономии щитовидной железы необходимо исследование уровня антител к

- 3
- 12
- 9
- 6

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 3

- 12
- 9
- 6

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- 3
- 12
- 9
- 6

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики различных форм токсического зоба необходимо выполнить

- 3
- 12
- 9
- 6

Результаты обследования

Диагноз, который можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования

- 3
- 12
- 9
- 6

Диагноз

Пациенты с узловым/многоузловым токсическим зобом, которые находятся в группе повышенного риска развития осложнений за счет усугубления тиреотоксикоза, включая пожилых и пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы или тяжелым тиреотоксикозом, должны получать терапию + _____ + перед терапией ^{131}I и до того момента, пока не будет достигнут эутиреоз

- калия йодидом

- тиамазолом
- препаратами лития
- преднизолоном

Для лечения узлового/многоузлового токсического зоба применяют ^{131}I в дозе + ____ + Гр

- 250-300
- 550-650
- 350-450
- 400-500

Операцией выбора при узловом токсическом зобе является

- гемитиреоидэктомия
- резекция доли щитовидной железы
- предельно-субтотальная тиреоидэктомия
- тотальная тиреоидэктомия

После неадекватной по объему операции по поводу узлового/многоузлового токсического зоба методом выбора лечения тиреотоксикоза является

- повторная операция
- терапия радиоактивным йодом
- прием бета-блокаторов
- назначение тиреостатиков

При развитии тиреотоксического криза предпочтительным к применению препаратом является + _____ + в связи с дополнительной способностью блокировать периферическую конверсию T4 в T3

- повторная операция
- терапия радиоактивным йодом
- прием бета-блокаторов
- назначение тиреостатиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 58 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * тревожность,
- * учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

Ранее обследование щитовидной железы не проводилось. В течение месяца беспокоят тревожность и учащенное сердцебиение.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь I, стадия АГ 2, риск ССО 3.
- * Лекарственная терапия: Периндоприл 5 мг утром.
- * Семейный анамнез: мать – узловой эутиреоидный зоб.
- * Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют с 45 лет. Беременности: 1.
- * Аллергических реакций не отмечалось.
- * Вредные привычки: нет.
- * Проживает в г. Москве.
- * Трудовой анамнез: работала уборщицей. Пенсионерка.

Объективный статус

Рост - 165 см, масса тела 87 кг, ИМТ 31,9 кг/м². ОТ 92 см. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 94 уд. в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации не увеличена, мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании. В проекции левой доли пальпируется узловое образование около 1,5 см в диаметре, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Глазных симптомов нет. Тремор рук отсутствует.

При выявлении у пациентки узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- повторная операция
- терапия радиоактивным йодом
- прием бета-блокаторов
- назначение тиреостатиков

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- повторная операция
- терапия радиоактивным йодом

- прием бета-блокаторов
- назначение тиреостатиков

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики болезни Грейвса и функциональной автономии щитовидной железы необходимо исследование уровня антител к

- повторная операция
- терапия радиоактивным йодом
- прием бета-блокаторов
- назначение тиреостатиков

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- повторная операция
- терапия радиоактивным йодом
- прием бета-блокаторов
- назначение тиреостатиков

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- повторная операция
- терапия радиоактивным йодом
- прием бета-блокаторов
- назначение тиреостатиков

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики различных форм токсического зоба необходимо выполнить

- повторная операция
- терапия радиоактивным йодом
- прием бета-блокаторов
- назначение тиреостатиков

Результаты обследования

Диагноз, который можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования

- повторная операция
- терапия радиоактивным йодом
- прием бета-блокаторов
- назначение тиреостатиков

Диагноз

При узловом токсическом зобе терапия тиреостатиками рекомендована

- при невозможности выполнения радикального лечения
- после радиойодтерапии до достижения эутиреоза
- в случае наличия компрессионного синдрома
- при загрудинном расположении зоба

Перед началом тиреостатической терапии рекомендуется определение

- липидного профиля
- развернутой гемограммы
- уровня креатинина
- уровня калия

Редким опасным побочным эффектом тиреостатической терапии является

- почечная недостаточность
- угнетение дыхания
- гемолитическая анемия
- агранулоцитоз

При выявлении агранулоцитоза на фоне тиреостатической терапии необходима отмена тиреостатика и назначение

- интерлейкина
- альфа-интерферона
- антибиотиков
- преднизолона

Предпочтительным объемом операции при узловом токсическом зобе является

- интерлейкина

- альфа-интерферона
- антибиотиков
- преднизолона

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 70 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

* учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

В течение месяца беспокоят тревожность и учащенное сердцебиение. Ранее по поводу щитовидной железы не обследовалась.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь I, стадия АГ 2, риск ССО 3.

* Лекарственная терапия: Периндоприл 10 мг утром.

* Семейный анамнез: мать – первичный гипотиреоз в исходе ХАИТ.

* Аллергических реакций не отмечалось.

* Вредные привычки: нет.

* Проживает в г. Москве.

* Трудовой анамнез: работала поваром. Пенсионерка.

Объективный статус

Рост 170 см, масса тела 93 кг, ИМТ 32,1 кг/м². ОТ 94 см. Сознание ясное.

Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного

наполнения. ЧСС — 86 уд. в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Щитовидная железа

расположена в типичном месте, при пальпации не увеличена,

мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании. В

проекции правой доли пальпируется узловое образование около 1,5 см в

диаметре, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Тремор рук отсутствует, глазные симптомы отрицательны.

При выявлении у пациента узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- интерлейкина
- альфа-интерферона
- антибиотиков

- преднизолона

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- интерлейкина
- альфа-интерферона
- антибиотиков
- преднизолона

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики болезни Грейвса и функциональной автономии щитовидной железы необходимо исследование уровня антител к

- интерлейкина
- альфа-интерферона
- антибиотиков
- преднизолона

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- интерлейкина
- альфа-интерферона
- антибиотиков
- преднизолона

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- интерлейкина
- альфа-интерферона
- антибиотиков
- преднизолона

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики различных форм токсического зоба необходимо выполнить

- интерлейкина
- альфа-интерферона
- антибиотиков
- преднизолона

Результаты обследования

Диагноз, который можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования

- интерлейкина
- альфа-интерферона
- антибиотиков
- преднизолона

Диагноз

Операцией выбора при узловом токсическом зобе является

- тотальная тиреоидэктомия
- резекция доли щитовидной железы
- гемитиреоидэктомия
- предельно-субтотальная тиреоидэктомия

После гемитиреоидэктомии по поводу узлового токсического зоба рекомендуется исследовать уровень ТТГ и св. Т4 через + _____ + недель/недели после операции с целью начала приема левотироксина натрия

- 4-6
- 12-14
- 2-3
- 8-10

За + _____ + до радиойодтерапии необходимо прекратить прием лекарственных средств, содержащих в своем составе йод

- 4 недели
- 8 недель
- 6 недель
- 2 недели

Наиболее частым осложнением радиойодтерапии является

- кератоконъюнктивит
- гепатит
- сиалоаденит
- ксеростомия

К анти tireоидным средствам, нарушающим транспорт йода внутрь фолликулов, относят

- кератоконъюнктивит
- гепатит
- сиалоаденит
- ксеростомия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 22 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * общую слабость,
- * повышенную утомляемость,
- * тревожность,
- * учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 2 недель, когда появились жалобы на дрожь в теле, тремор рук, учащенное сердцебиение, жар, потливость, эмоциональную лабильность. Отметила снижение веса на 5 кг.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: нет.
- * Лекарственная терапия: нет.
- * Семейный анамнез: мать – зоб, эутиреоз. СД 2 типа.
- * Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные. Беременности: 0
- * Аллергических реакций не отмечалось.
- * Вредные привычки: курила раньше, бросила месяц назад.
- * Проживает в г. Москва.
- * Трудовой анамнез: студентка.

Объективный статус

Рост 164 см, масса тела 75 кг, ИМТ 27.9 кг/м². ОТ 78 см. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 100 уд. в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, визуальнo и пальпаторно не увеличена (0 ст. по ВОЗ, 2001), мягко-эластической консистенции, узловые образования не определяются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено. Глазные симптомы отсутствуют.

Для оценки функциональной активности щитовидной железы на первом этапе показано определение

- кератоконъюнктивит
- гепатит
- сиалoadенит
- ксеростомия

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- кератоконъюнктивит
- гепатит
- сиалoadенит
- ксеростомия

Результаты обследования

Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз, являются антитела к

- кератоконъюнктивит
- гепатит
- сиалoadенит
- ксеростомия

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- кератоконъюнктивит

- гепатит
- сиалоаденит
- ксеростомия

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая уровень ТТГ и антител к рТТГ, для дифференциальной диагностики с тиреотоксикозом, обусловленным деструкцией тиреоидной ткани (тиреотоксическая фаза АИТ), рекомендовано проведение

- кератоконъюнктивит
- гепатит
- сиалоаденит
- ксеростомия

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- кератоконъюнктивит
- гепатит
- сиалоаденит
- ксеростомия

Диагноз

Для пациентки молодого возраста с умеренным повышением уровня антител к рТТГ и небольшим объемом ЩЖ по данным УЗИ оптимальным методом лечения является

- прием тиреостатиков
- прием бета-блокаторов
- радиоiodтерапия
- оперативное лечение

Пропилтиоурацил является препаратом выбора при лечении ДТЗ

- в первом триместре беременности
- у пациентов старше пятидесяти лет
- у лиц мужского пола
- при наличии симптомов эндокринной офтальмопатии

Перед началом тиреостатической терапии рекомендуется определение

- липидного профиля
- развернутой гемограммы
- уровня креатинина
- уровня калия

Редким опасным побочным эффектом тиреостатической терапии является

- почечная недостаточность
- агранулоцитоз
- угнетение дыхания
- гемолитическая анемия

Начальная доза тиамазола составляет +____+ мг

- 10-20
- 70-80
- 50-60
- 30-40

Если тиамазол выбран в качестве начальной терапии ДТЗ, то лекарственная терапия должна продолжаться около +____+ месяцев, после чего она постепенно отменяется

- 10-20
- 70-80
- 50-60
- 30-40

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * общую слабость,
- * повышенную утомляемость,
- * тревожность,
- * учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3 недель, когда появились жалобы на дрожь в

теле, тремор рук, учащенное сердцебиение, жар, потливость, эмоциональную лабильность. Отметила снижение веса на 3 кг.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: нет.
 - * Лекарственная терапия: нет.
 - * Семейный анамнез: мать – ДТЗ.
 - * Гинекологический анамнез: начало менструаций с 14 лет, регулярные.
- Беременности: 0
- * Аллергических реакций не отмечалось.
 - * Вредные привычки: курит по 1 пачке в день в течение 5 лет.
 - * Проживает в г. Москве.
 - * Трудовой анамнез: работает бухгалтером. Беременность в ближайшее время не планирует.

Объективный статус

Рост 174 см, масса тела 75 кг, ИМТ 24,7 кг/м². ОТ 75 см. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Глазные симптомы отрицательные. Тремор рук отсутствует. Стул регулярный, оформленный. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 102 уд. в минуту. АД 120/75 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, визуально не увеличена, пальпаторно увеличена (1 степень по ВОЗ, 2001), мягко-эластической консистенции, узловые образования не определяются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Для оценки функциональной активности щитовидной железы на первом этапе показано определение

- 10-20
- 70-80
- 50-60
- 30-40

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- 10-20
- 70-80
- 50-60
- 30-40

Результаты обследования

Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз, являются антитела к

- 10-20
- 70-80
- 50-60
- 30-40

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 10-20
- 70-80
- 50-60
- 30-40

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 10-20
- 70-80
- 50-60
- 30-40

Диагноз

Для пациентки молодого возраста с умеренным повышением уровня антител к рТТГ и небольшим объемом ЩЖ по данным УЗИ оптимальным методом лечения является

- прием тиреостатиков
- оперативное лечение
- радиойодтерапия
- прием бета-блокаторов

Препаратом выбора для лечения тиреотоксикоза при диффузном токсическом зобе у небеременных пациенток является

- преднизолон
- пропилтиоурацил
- лития карбонат
- тиамазол

Начальная доза тиамазола составляет + _____ + мг

- 70-80
- 50-60
- 30-40
- 10-20

Если тиамазол выбран в качестве начальной терапии ДТЗ, то лекарственная терапия должна продолжаться около + _____ + месяцев, после чего она постепенно отменяется

- 12-18
- 24-36
- 3-6
- 6-9

Перед отменой тиреостатической терапии желательно определить уровень

- антител к тиреопероксидазе
- антител к тиреоглобулину
- тиреоглобулина
- антител к рецептору тиреотропного гормона

При правильно проведенном лечении частота рецидивов после отмены тиреостатических препаратов составляет около + __ + %

- 30
- 90
- 70
- 50

Нормальный объем щитовидной железы для жителей Европы у женщин – до + __ + мл

- 30
- 90
- 70
- 50

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 63 лет обратился на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * повышение температуры тела до 39°C (преимущественно в ночное время),
- * боли в области шеи,
- * учащенное сердцебиение,
- * тревожность.

Анамнез заболевания

В течение нескольких недель беспокоит повышение температуры тела до 39°C (преимущественно в ночное время), боли в области шеи. Впервые обратился к эндокринологу.

Анамнез жизни

- * Семейный анамнез: бабушка – тиреоидэктомия по поводу зоба с компрессионным синдромом.
- * Лекарственный анамнез не отягощён.
- * Аллергических реакций не отмечалось.
- * Вредные привычки: нет.
- * Проживает в г. Москве.
- * Трудовой анамнез: работает сторожем.

Объективный статус

Рост 160 см, масса тела 64 кг, ИМТ 25 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 72 уд. в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Контуры шеи ровные. Шея визуально не изменена. Щитовидная железа при пальпации болезненна, не увеличена, узлы не пальпируются, л/у не пальпируются.

Для оценки функциональной активности щитовидной железы на первом этапе необходимо исследование уровня

- 30
- 90
- 70
- 50

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- 30
- 90
- 70
- 50

Результаты обследования

Необходимым для уточнения диагноза лабораторным показателем является

- 30
- 90
- 70
- 50

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 30
- 90
- 70
- 50

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 30
- 90
- 70
- 50

Диагноз

Для подтверждения диагноза подострого тиреоидита проводят тест

- Сомоджи
- Крайля
- Вольфа-Чайкова

- Лиддла

Тест Крайля заключается в назначении преднизолона в дозе + ____ + мг/сут

- 40-50
- 10-15
- 5-10
- 20-30

Основным методом лечения подострого тиреоидита является применение

- тиреостатиков
- фармакологических доз йода
- антибиотиков
- глюкокортикоидов

Для ультразвуковой картины подострого тиреоидита характерно

- «облаковидные» зоны пониженной эхогенности, миграция этих зон
- появление жидкостных образований с утолщенной капсулой и неоднородным содержимым
- присутствие гипоэхогенного ободка (halo)
- развитие фиброзной ткани в виде гиперэхогенных линейных структур

Средняя продолжительность тиреотоксической фазы подострого тиреоидита составляет + _____ + месяца/месяцев

- 3-4
- 1,5-2
- 5-6
- 7-8

Генетическая предрасположенность к подострому тиреоидиту реализуется чаще при носительстве гаплотипа + _____ + главного комплекса гистосовместимости

- BW35
- DQ
- B8
- DR3

Инструментальным методом дифференциальной диагностики подострого тиреоидита и болезни Грейвса служит

- BW35

- DQ
- B8
- DR3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 63 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

на

- * повышение температуры тела до 39°C (преимущественно в ночное время),
- * боли в области шеи,
- * учащенное сердцебиение,
- * тревожность.

Анамнез заболевания

В течение нескольких недель беспокоит повышение температуры тела до 39°C (преимущественно в ночное время), боли в области шеи. Впервые обратилась к эндокринологу.

Анамнез жизни

- * Семейный анамнез: не отягощён.
- * Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют с 49 лет. Беременности: 2. Роды 2.
- * Лекарственный анамнез не отягощён.
- * Аллергических реакций не отмечалось.
- * Вредные привычки: нет.
- * Проживает в г. Москве.
- * Трудовой анамнез: работает вахтером.

Объективный статус

Рост 170 см, масса тела 84 кг, ИМТ 29,0 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 82 уд. в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Контуры шеи ровные. Шея визуально не изменена. Щитовидная железа при пальпации болезненна, не увеличена. узлы не пальпируются, л/у не пальпируются.

Для оценки функциональной активности щитовидной железы на первом этапе необходимо исследование уровня

- BW35
- DQ

- B8
- DR3

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- BW35
- DQ
- B8
- DR3

Результаты обследования

Необходимым для уточнения диагноза лабораторным показателем является

- BW35
- DQ
- B8
- DR3

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- BW35
- DQ
- B8
- DR3

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- BW35
- DQ
- B8
- DR3

Диагноз

Для подтверждения диагноза подострого тиреоидита проводят тест

- Лиддла
- Крайля
- Сомоджи
- Вольфа-Чайкова

Тест Крайля заключается в назначении + ____ + мг/сут преднизолона

- 10-15
- 20-30
- 5-10
- 40-50

Основным методом лечения подострого тиреоидита является применение

- фармакологических доз йода
- антибиотиков
- глюкокортикоидов
- тиреостатиков

Пациентам с легким течением подострого тиреоидита на первом этапе могут быть назначены бета-адреноблокаторы и

- НПВС
- диуретики
- спазмолитики
- ингибиторы АПФ

Характерным признаком подострого тиреоидита является

- более частое возникновение среди мужчин
- сезонное увеличение случаев заболеваемости
- отсутствие болезненности при пальпации щитовидной железы
- лейкоцитоз и лимфопения в общем анализе крови

Критерием снижения дозы глюкокортикоидов при подостром тиреоидите служит уменьшение/исчезновение болей в щитовидной железе и нормализация

- СОЭ
- ТТГ
- св.Т4
- св.Т3

Тиреотоксикоз при подостром тиреоидите носит + _____+ характер

- СОЭ
- ТТГ
- св.Т4
- св.Т3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

* наличие узла щитовидной железы.

Анамнез заболевания

5 лет назад при плановом УЗИ выявлен узел в щитовидной железе около 1 см. Динамически наблюдалась, по данным лабораторных исследований эутиреоз, ТАБ не информативна.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II, стадия АГ 2, риск ССО 3.

* Лекарственная терапия: Лизиноприл 5 мг утром, 10 мг вечером.

* Семейный анамнез: брат - узловый зоб, сестра - рак молочной железы, дочь - опухоль забрюшинного пространства (плоскоклеточный рак).

* Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют с 50 лет. Беременности: 7. Роды: 3.

* Аллергических реакций не отмечалось.

* Вредные привычки: нет.

* Проживает в г. Москве.

* Трудовой анамнез: работала учителем в школе. Пенсионерка.

Объективный статус

Рост 159 см, масса тела 60 кг, ИМТ 23.7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86. уд в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Передняя поверхность шеи не изменена. В левой доле щитовидной железы определяется узловое образование диаметром 1,0 см, подвижное, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении у пациентки узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- СОЭ
- ТТГ
- св.Т4
- св.Т3

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- СОЭ
- ТТГ
- св.Т4
- св.Т3

Результаты инструментального метода обследования

Выявленный уровень кальцитонина

- требует проведения ТАБ
- не имеет отношения к предполагаемому диагнозу
- является показанием к проведению УЗИ брюшной полости
- не требует цитологического подтверждения диагноза

Дополнительным лабораторным исследованием, показанным пациентке с учетом предполагаемого диагноза, является

- требует проведения ТАБ
- не имеет отношения к предполагаемому диагнозу
- является показанием к проведению УЗИ брюшной полости
- не требует цитологического подтверждения диагноза

Результаты лабораторного метода обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- требует проведения ТАБ
- не имеет отношения к предполагаемому диагнозу
- является показанием к проведению УЗИ брюшной полости
- не требует цитологического подтверждения диагноза

Диагноз

Оптимальным методом лечения пациентки является

- хирургическое лечение
- радиоiodтерапия
- чрескожное введение склерозантов в узлы щитовидной железы
- супрессивная терапия левотироксином натрия

Минимальным объемом оперативного вмешательства при медуллярном раке щитовидной железы является

- тиреоидэктомия
- тиреоидэктомия с центральной и боковой лимфаденэктомией
- гемитиреоидэктомия
- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией

Пациентке с медуллярным раком щитовидной железы после тиреоидэктомии рекомендовано назначение

- йодида калия
- комбинированной терапии левотироксином и трийодтиронином
- левотироксина натрия
- комбинированной терапии йодом и левотироксином натрия

Для пациентов с медуллярным раком щитовидной железы после тиреоидэктомии рекомендованный целевой диапазон ТТГ на фоне терапии левотироксином натрия составляет + ____ + мкМЕ/мл

- 0,1-0,2
- 0,2-0,4
- 2,5-4,0
- 0,5-2,5

Препаратом выбора для системной терапии распространенных форм медуллярного рака щитовидной железы является

- вандетаниб
- трастузумаб
- пертузумаб
- акситиниб

Таргетная терапия медуллярного рака щитовидной железы показана

- при размере опухоли более 4 см
- при доказанном прогрессировании опухоли
- всем пациентам после оперативного лечения
- при повышении уровня кальцитонина более 100 пг/мл

Всем пациентам с медуллярным раком щитовидной железы показано определение мутации

- при размере опухоли более 4 см
- при доказанном прогрессировании опухоли
- всем пациентам после оперативного лечения
- при повышении уровня кальцитонина более 100 пг/мл

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 48 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

* наличие узла щитовидной железы.

Анамнез заболевания

5 лет назад при плановом УЗИ выявлен узел в щитовидной железе около 1 см. Динамически наблюдалась, по данным лабораторных исследований эутиреоз, ТАБ не информативны.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II, стадия АГ 2, риск ССО 3.

* Лекарственная терапия: Лизиноприл 5 мг утром, 10 мг вечером

* Семейный анамнез: брат - узловый зоб, сестра - рак молочной железы.

* Гинекологический анамнез: Menses отсутствуют в течение года.

Беременности: 7. Роды: 3

* Аллергических реакций не отмечалось.

* Вредные привычки: нет.

* Проживает в г. Москве.

* Трудовой анамнез: работает кассиром.

Объективный статус

Рост 159 см, масса тела 60 кг, ИМТ 23.7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд. в минуту. АД

120/80 мм рт. ст. Передняя поверхность шеи не изменена. В левой доле щитовидной железы определяется узловое образование диаметром 1,0 см, подвижное, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении у пациента узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- при размере опухоли более 4 см
- при доказанном прогрессировании опухоли
- всем пациентам после оперативного лечения
- при повышении уровня кальцитонина более 100 пг/мл

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- при размере опухоли более 4 см
- при доказанном прогрессировании опухоли
- всем пациентам после оперативного лечения
- при повышении уровня кальцитонина более 100 пг/мл

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- при размере опухоли более 4 см
- при доказанном прогрессировании опухоли
- всем пациентам после оперативного лечения
- при повышении уровня кальцитонина более 100 пг/мл

Результаты обследования

Дополнительным лабораторным исследованием, показанным пациентке с учетом предполагаемого диагноза, является

- при размере опухоли более 4 см
- при доказанном прогрессировании опухоли
- всем пациентам после оперативного лечения
- при повышении уровня кальцитонина более 100 пг/мл

Результаты лабораторного метода обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- при размере опухоли более 4 см
- при доказанном прогрессировании опухоли
- всем пациентам после оперативного лечения
- при повышении уровня кальцитонина более 100 пг/мл

Диагноз

Оптимальным методом лечения пациентки является

- хирургическое лечение
- супрессивная терапия левотироксином натрия
- радиоiodтерапия
- чрескожное введение склерозантов в узел щитовидной железы

Минимальным объемом оперативного вмешательства при медуллярном раке щитовидной железы является

- тиреоидэктомия с центральной и боковой лимфаденэктомией
- тиреоидэктомия
- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией
- гемитиреоидэктомия

Пациентке с медуллярным раком щитовидной железы после тиреоидэктомии рекомендовано назначение

- йодида калия
- комбинированной терапии йодом и левотироксином натрия
- левотироксина натрия
- комбинированной терапии левотироксином и трийодтиронином

Помимо медуллярного рака щитовидной железы причиной повышения кальцитонина крови может являться

- сердечная недостаточность
- феохромоцитома
- пернициозная анемия
- сахарный диабет

У всех больных медуллярным раком щитовидной железы проводят забор крови для определения герминальной мутации в гене

- RET
- CYP21
- MEN1
- AIRE

Фолликулярная неоплазия соответствует + ____ + диагностической категории по классификации Bethesda

- V
- VI
- IV
- II

Снижение содержания кальцитонина наблюдается при внутривенном введении

- V
- VI
- IV
- II

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 58 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

* наличие узла щитовидной железы.

Анамнез заболевания

5 лет назад при плановом УЗИ выявлен узел в щитовидной железе около 1 см. Динамически наблюдалась, по данным лабораторных исследований эутиреоз, ТАБ не информативны.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II, стадия АГ 2, риск ССО 3.

* Лекарственная терапия: Лизиноприл 5 мг утром, 10 мг вечером.

* Семейный анамнез: брат - узловый зоб, сестра - рак молочной железы.

* Гинекологический анамнез: Menses отсутствуют с 50 лет. Беременности: 4.

Роды: 3.

* Аллергических реакций не отмечалось.

- * Вредные привычки: нет.
- * Проживает в г. Москве.
- * Трудовой анамнез: работает санитаркой.

Объективный статус

Рост 159 см, масса тела 60 кг, ИМТ 23.7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд. в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Передняя поверхность шеи не изменена. В правой доле щитовидной железы определяется узловое образование диаметром 1,0 см, подвижное, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении у пациента узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- V
- VI
- IV
- II

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- V
- VI
- IV
- II

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- V
- VI
- IV
- II

Результаты обследования

Дополнительным лабораторным исследованием, показанным пациентке с учетом предполагаемого диагноза, является

- V
- VI
- IV
- II

Результаты лабораторного метода обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- V
- VI
- IV
- II

Диагноз

Оптимальным методом лечения пациентки является

- радиоiodтерапия
- чрескожное введение склерозантов в узел щитовидной железы
- хирургическое лечение
- супрессивная терапия левотироксином натрия

Минимальным объемом оперативного вмешательства при медуллярном раке щитовидной железы является

- тиреоидэктомия с центральной и боковой лимфаденэктомией
- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией
- тиреоидэктомия
- гемитиреоидэктомия

Для пациентов с медуллярным раком щитовидной железы после тиреоидэктомии рекомендованный целевой диапазон ТТГ на фоне терапии Левотироксином натрия составляет +____+ мкМЕ/мл

- 0,5-2,0
- 0,2-0,4
- 2,5-4,0
- 0,1-0,2

Пациентам с медуллярным раком щитовидной железы после тиреоидэктомии показана заместительная терапия левотироксином из расчета +_____+ мкг на 1 кг массы тела

- 1,6-1,7
- 1,9-2,1
- 1,1-1,3
- 2,1-2,3

У всех больных медуллярным раком щитовидной железы проводят забор крови для определения герминальной мутации в гене

- MEN1
- RET
- CYP21
- AIRE

Медуллярный рак щитовидной железы может быть компонентом генетического синдрома

- МЭН-2
- АПС-1
- МЭН-1
- АПС-2

Пациентам с медуллярным раком щитовидной железы через 2-3 месяца после тиреоидэктомии при уровне базального кальцитонина менее + ___+ нг/мл дополнительное обследование не проводится

- МЭН-2
- АПС-1
- МЭН-1
- АПС-2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на наличие узла щитовидной железы.

Анамнез заболевания

5 лет назад при плановом УЗИ выявлен узел в щитовидной железе около 1 см. Динамически наблюдалась, по данным лабораторных исследований эутиреоз, ТАБ не информативны.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II, стадия АГ 2, риск ССО 3.

Лекарственная терапия: Лизиноприл 5 мг утром, 10 мг вечером.

Семейный анамнез: брат - узловой зоб.

Гинекологический анамнез: менструации регулярные, цикл 28 дней.

Беременности: 4. Роды: 3.

Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: курит по 2 пачки в день в течение 20 лет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает медицинской сестрой.

Объективный статус

Рост 159 см, масса тела 60 кг, ИМТ 23.7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 66 уд. в минуту. АД 110/80 мм рт. ст. Передняя поверхность шеи не изменена. В правой доле щитовидной железы определяется узловое образование диаметром 1,0 см, подвижное, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении у пациентки узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- МЭН-2
- АПС-1
- МЭН-1
- АПС-2

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- МЭН-2
- АПС-1
- МЭН-1
- АПС-2

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- МЭН-2

- АПС-1
- МЭН-1
- АПС-2

Результаты обследования

Дополнительным лабораторным исследованием, показанным пациентке с учетом предполагаемого диагноза, является определение

- МЭН-2
- АПС-1
- МЭН-1
- АПС-2

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- МЭН-2
- АПС-1
- МЭН-1
- АПС-2

Диагноз

Минимальным объемом оперативного вмешательства при медуллярном раке щитовидной железы является

- тиреоидэктомия с центральной и боковой лимфаденэктомией
- тиреоидэктомия
- гемитиреоидэктомия
- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией

Для пациентов с медуллярным раком щитовидной железы после тиреоидэктомии рекомендованный целевой диапазон ТТГ на фоне терапии левотироксином натрия составляет + ____ + мкМЕ/мл

- 0,2-0,4
- 0,1-0,2
- 2,5-4,0
- 0,5-2,5

У всех больных медуллярным раком щитовидной железы проводят забор крови для определения герминальной мутации в гене

- CYP21
- AIRE
- RET
- MEN1

После тиреоидэктомии по поводу медуллярного рака щитовидной железы уровень опухолевых маркеров – кальцитонина и РЭА необходимо впервые исследовать через +___+ месяцев

- 4-6
- 6-9
- 10-12
- 2-3

Пациентам с медуллярным раком щитовидной железы проведение радиойодтерапии после операции

- рекомендовано при отсутствии биохимической ремиссии
- не показано
- рекомендовано во всех случаях
- возможно при наследственных формах заболевания

Компонентом синдрома МЭН-2, помимо медуллярного рака щитовидной железы, может быть

- первичный гиперпаратиреоз
- пролактинома
- первичный гиперальдостеронизм
- гиперкортицизм

При медуллярном раке щитовидной железы в случае отсутствия метастазов 10-летняя выживаемость находится на уровне +___+ %

- первичный гиперпаратиреоз
- пролактинома
- первичный гиперальдостеронизм
- гиперкортицизм

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет направлена к эндокринологу врачом-кардиологом.

Жалобы

на

- * учащенное сердцебиение,
- * одышку,
- * повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

4 года назад по данным ХМ ЭКГ диагностирована неустойчивая желудочковая тахикардия, в связи с чем назначен Амиодарон 200 мг в сутки. Получает терапию до настоящего времени, заключение кардиолога – замена препарата невозможна.

По данным медицинской документации 4 года назад ТТГ 1,4 мМЕ/л. Далее функция щитовидной железы не контролировалась.

2 недели назад отметила ухудшение общего состояния, появление одышки и учащенного сердцебиения, по рекомендации кардиолога сдан ТТГ – 0,03 мМЕ/л. Направлена к эндокринологу для определения дальнейшей тактики ведения.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: ИБС: немая ишемия миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Неустойчивая желудочковая тахикардия. Стентирование левой внутренней сонной артерии в 2016 г. Гипертоническая болезнь III ст, достигнутая степень АГ 1, риск ССО 4.

Лекарственная терапия: Ко-диован 160{plus}12,5 мг утром, Валз 80 мг вечером, Нифекард XL по 60 мг утром и вечером, Беталок ЗОК 100 мг утром, Кордарон 200 мг утром, Крестор 10 мг, ТромбоАсс 100 мг на ночь.

Семейный анамнез: не отягощен.

Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют с 49 лет. Беременности: 1.

Роды: 1.

Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: курила с 15 лет по 1 пачке в сутки, бросила 2 года назад.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работала учителем в школе. Пенсионерка.

Объективный статус

Рост 160 см, масса тела 53 кг, ИМТ 20,7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд. в минуту. АД 140/90 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при

пальпации увеличена (1 ст. по ВОЗ, 2001), мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, узловое образования не пальпируются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- первичный гиперпаратиреоз
- пролактинома
- первичный гиперальдостеронизм
- гиперкортицизм

Результаты обследования

Для исключения диффузного токсического зоба показано определение уровня антител к

- первичный гиперпаратиреоз
- пролактинома
- первичный гиперальдостеронизм
- гиперкортицизм

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- первичный гиперпаратиреоз
- пролактинома
- первичный гиперальдостеронизм
- гиперкортицизм

Результаты инструментального метода обследования

Инструментальным исследованием, необходимым для дифференциальной диагностики различных форм тиреотоксикоза, является

- первичный гиперпаратиреоз
- пролактинома
- первичный гиперальдостеронизм
- гиперкортицизм

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- первичный гиперпаратиреоз
- пролактинома
- первичный гиперальдостеронизм
- гиперкортицизм

Диагноз

При амиодарон-индуцированном тиреотоксикозе I типа рекомендовано назначение

- плазмафереза
- тионамидов
- глюкокортикоидов
- калия перхлората

Рекомендуется назначение тиамазола в дозе +____+ мг в сутки

- 40-60
- 70-80
- 10-20
- 20-30

В случае, когда невозможно дифференцировать две формы тиреотоксикоза, рекомендуется назначить 40 мг тиамазола и 40 мг преднизолона и через +__+ недель/недели исследовать уровень свободного Т3

- 4
- 2
- 3
- 1

На фоне приема амиодарона необходимо исследовать функцию щитовидной железы не реже 1 раза в +__+ месяца/месяцев и всегда при ухудшении течения аритмии

- 12
- 3
- 6
- 2

Амиодарон представляет собой йодированное жирорастворимое производное бензофурана, которое содержит + ____ + % йода

- 17
- 57
- 37
- 77

Амиодарон представляет собой йодированное жирорастворимое производное бензофурана, которое содержит + ____ + мг йода в таблетке по 200 мг

- 75
- 55
- 65
- 85

Наиболее частым изменением, выявляемым лабораторно на фоне приема Амиодарона и не требующим коррекции, является

- 75
- 55
- 65
- 85

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 64 лет направлена к эндокринологу врачом-кардиологом.

Жалобы

на

- * учащенное сердцебиение,
- * одышку,
- * повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

3 года назад по данным ХМ ЭКГ диагностирована неустойчивая желудочковая тахикардия, в связи с чем назначен Амиодарон 200 мг в сутки. Получает терапию до настоящего времени, заключение кардиолога – замена препарата невозможна.

По данным медицинской документации 4 года назад ТТГ 2,4 мМЕ/л. Далее функция щитовидной железы не контролировалась.

2 недели назад отметила ухудшение общего состояния, появление одышки и учащенного сердцебиения, по рекомендации кардиолога сдан ТТГ – 0,05 мМЕ/л. Направлена к эндокринологу для определения дальнейшей тактики ведения.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: ИБС: немая ишемия миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Неустойчивая желудочковая тахикардия. Стентирование левой внутренней сонной артерии в 2016 г. Гипертоническая болезнь III ст, достигнутая степень АГ 1, риск ССО 4.

Лекарственная терапия: Ко-диован 160{plus}12,5 мг утром, Валз 80 мг вечером, Нифекард XL по 60 мг утром и вечером, Беталок ЗОК 100 мг утром, Кордарон 200 мг утром, Крестор 10 мг, ТромбоАсс 100 мг на ночь.

Семейный анамнез: неотягощен.

Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют с 49 лет. Беременности: 1. Роды: 1.

Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: отрицает.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работала воспитателем в детском саду. Пенсионерка.

Объективный статус

Рост 170 см, масса тела 53 кг, ИМТ 18,3 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 78 уд. в минуту. АД 130/90 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации увеличена (1 ст. по ВОЗ, 2001), мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, узловые образования не пальпируются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- 75
- 55
- 65
- 85

Результаты обследования

Для исключения диффузного токсического зоба показано определение уровня антител к

- 75
- 55
- 65
- 85

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 75
- 55
- 65
- 85

Результаты обследования

Инструментальным исследованием, необходимым для дифференциальной диагностики различных форм тиреотоксикоза, является

- 75
- 55
- 65
- 85

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 75
- 55
- 65
- 85

Диагноз

Пациентам с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом II типа рекомендовано назначение

- глюкокортикоидов
- карбоната лития
- перхлората калия
- тионамидов

Пациентам с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом 2-го типа назначается преднизолон в дозе +____+ мг/сут

- 10-20
- 50-60
- 30-40
- 5-10

В случае, когда невозможно дифференцировать две формы тиреотоксикоза, рекомендуется назначить 40 мг тиамазола и 40 мг преднизолона и через +__+ недели исследовать уровень свободного Т3

- 4
- 2
- 3
- 1

В случае, если на фоне приема 40 мг тиамазола и 40 мг преднизолона через 2 недели уровень св.Т3 снизился на +____+ % (деструктивный тиреотоксикоз), следует отменить тиамазол и продолжить прием преднизолона

- 30
- 50
- 60
- 40

На фоне приема амиодарона необходимо исследовать функцию щитовидной железы не реже 1 раза в +__+ месяца/месяцев и всегда при ухудшении течения аритмии

- 3
- 6
- 2
- 12

Амиодарон представляет собой йодированное жирорастворимое производное бензофурана, которое содержит +__+ мг йода в таблетке по 200 мг

- 85
- 75
- 55
- 65

Во время метаболизма из каждых 200 мг Амиодарона высвобождается примерно + ____ + мг неорганического йода в сутки

- 85
- 75
- 55
- 65

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщин 59 лет направлена к эндокринологу врачом-кардиологом.

Жалобы

на

- * учащенное сердцебиение,
- * одышку,
- * повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

4 года назад по данным ХМ ЭКГ диагностирована неустойчивая желудочковая тахикардия, в связи с чем назначен Амиодарон 200 мг в сутки. Получает терапию до настоящего времени, заключение кардиолога – замена препарата невозможна.

По данным медицинской документации 4 года назад ТТГ 1,4 мМЕ/л. Далее функция щитовидной железы не контролировалась.

2 недели назад отметила ухудшение общего состояния, появление одышки и учащенного сердцебиения, по рекомендации кардиолога сдан ТТГ – 0,03 мМЕ/л. Направлена к эндокринологу для определения дальнейшей тактики ведения.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: ИБС: немая ишемия миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Неустойчивая желудочковая тахикардия. Стентирование левой внутренней сонной артерии в 2016 г. Гипертоническая болезнь III ст, достигнутая степень АГ 1, риск ССО 4.

Лекарственная терапия: Валз 80 мг вечером, Нифекард XL по 60 мг утром и вечером, Беталок ЗОК 100 мг утром, Кордарон 200 мг утром, Крестор 10 мг, ТромбоАсс 100 мг на ночь.

Семейный анамнез: не отягощен.

Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют с 53 лет. Беременности: 1. Роды: 1.

Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: Курила с 15 лет по 1 пачке в сутки , бросила 6 лет назад.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работала инженером. Пенсионерка.

Объективный статус

Рост 170 см, масса тела 83 кг, ИМТ 28,7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд. в минуту. АД 140/90 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации увеличена (1 ст. по ВОЗ, 2001), мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, в проекции левой доли пальпируется узловое образование около 1,5 см в диаметре, подвижное, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- 85
- 75
- 55
- 65

Результаты обследования

Учитывая выявление у пациентки узлового образования щитовидной железы, показана дополнительная оценка уровня

- 85
- 75
- 55
- 65

Результаты обследования

Для исключения диффузного токсического зоба показано определение уровня антител к

- 85
- 75
- 55
- 65

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 85
- 75
- 55
- 65

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- 85
- 75
- 55
- 65

Результаты обследования

Инструментальным исследованием, необходимым для дифференциальной диагностики различных форм тиреотоксикоза, является

- 85
- 75
- 55
- 65

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 85
- 75
- 55
- 65

Диагноз

При амиодарон-индуцированном тиреотоксикозе I типа рекомендовано назначение

- тионамидов
- глюкокортикоидов
- плазмафереза
- калия перхлората

Рекомендуется назначение тиамазола в дозе + ____ + мг в сутки

- 20-30
- 70-80
- 10-20
- 40-60

На фоне приема амиодарона необходимо исследовать функцию щитовидной железы не реже 1 раза в + __+ месяца/месяцев и всегда при ухудшении течения аритмии

- 6
- 12
- 3
- 2

Во время метаболизма из каждых 200 мг Амиодарона высвобождается примерно + ____ + мг неорганического йода в сутки

- 6-9
- 1-3
- 3-5
- 10-12

Лечение субклинического гипотиреоза в старшей возрастной группе однозначно рекомендовано пациентам с уровнем ТТГ более + __+ мЕд/л

- 6-9
- 1-3
- 3-5
- 10-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 75 лет направлена к эндокринологу врачом-кардиологом.

Жалобы

на

- * учащенное сердцебиение,
- * одышку,
- * повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

2 года назад по данным ХМ ЭКГ диагностирована неустойчивая желудочковая тахикардия, в связи с чем назначен Амиодарон 200 мг в сутки. Получает терапию до настоящего времени, заключение кардиолога – замена препарата невозможна.

По данным медицинской документации 4 года назад ТТГ 3,1 мМЕ/л. Далее функция щитовидной железы не контролировалась.

2 недели назад отметила ухудшение общего состояния, появление одышки и учащенного сердцебиения, по рекомендации кардиолога сдан ТТГ – 0,02 мМЕ/л. Направлена к эндокринологу для определения дальнейшей тактики ведения.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: ИБС: немая ишемия миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Неустойчивая желудочковая тахикардия. Стентирование левой внутренней сонной артерии в 2016 г. Гипертоническая болезнь III ст, достигнутая степень АГ 1, риск ССО 4.

Лекарственная терапия: Ко-диован 160+12,5 мг утром, Нифекард XL по 60 мг утром и вечером, Беталок ЗОК 100 мг утром, Кордарон 200 мг утром, Крестор 10 мг, ТромбоАсс 100 мг на ночь.

Семейный анамнез: неотягощен.

Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют с 47 лет. Беременности: 3. Роды: 2.

Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: Курит с 15 лет по 1 пачке в сутки.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работала кассиром. Пенсионерка.

Объективный статус

Рост 170 см, масса тела 83 кг, ИМТ 28.7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 74 уд. в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации увеличена (1 ст. по ВОЗ, 2001), мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, в проекции левой доли пальпируется узловое образование около 1,5 см в диаметре, подвижное, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- 6-9
- 1-3
- 3-5
- 10-12

Результаты обследования

Учитывая выявление у пациентки узлового образования щитовидной железы, показана дополнительная оценка уровня

- 6-9
- 1-3
- 3-5
- 10-12

Результаты обследования

Для исключения диффузного токсического зоба показано определение уровня антител к

- 6-9
- 1-3
- 3-5
- 10-12

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 6-9
- 1-3
- 3-5
- 10-12

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- 6-9

- 1-3
- 3-5
- 10-12

Результаты обследования

Инструментальным исследованием, необходимым для дифференциальной диагностики различных форм тиреотоксикоза, является

- 6-9
- 1-3
- 3-5
- 10-12

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 6-9
- 1-3
- 3-5
- 10-12

Диагноз

Пациентам с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом II типа рекомендовано назначение

- перхлората калия
- карбоната лития
- глюкокортикоидов
- тионамидов

Пациентам с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом 2-го типа назначается преднизолон в дозе + ____ + мг/сут

- 5-10
- 10-20
- 30-40
- 50-60

В случае, когда невозможно дифференцировать две формы тиреотоксикоза, рекомендуется назначить 40 мг тиамазола и 40 мг преднизолона и через 2 недели исследовать уровень

- реверсивного трийодтиронина
- тиреотропного гормона
- свободного трийодтиронина
- общего тироксина

Для амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза 1 типа характерно

- снижение накопления радиофармпрепарата при сцинтиграфии
- отсутствие кровотока по данным ультразвукового исследования щитовидной железы
- преимущественное повышение свободного тироксина в крови
- наличие исходной патологии щитовидной железы

Препараты йода в физиологических дозах противопоказаны при

- снижение накопления радиофармпрепарата при сцинтиграфии
- отсутствие кровотока по данным ультразвукового исследования щитовидной железы
- преимущественное повышение свободного тироксина в крови
- наличие исходной патологии щитовидной железы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 49 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на эпизоды сердцебиения, нарушение сна, общую слабость.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, около года назад по данным УЗИ щитовидной железы впервые было выявлено узловое образование диаметром около 1 см. Функция щитовидной железы не исследовалась, протокол УЗИ не предоставлен.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: нет.

Лекарственная терапия: нет.

Семейный анамнез: мать- аденокарцинома надпочечника, СД 2 типа.

Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют с 41 года. Беременности:

5. Аборты: 2. Роды: 3.

Аллергия на желатин (отек Квинке?).

Вредные привычки: нет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает врачом.

Объективный статус

Рост 162 см, масса тела 78 кг, ИМТ 29.7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 70 уд. в минуту. АД 110/80 мм рт. ст. Передняя поверхность шеи не изменена. В правой доле щитовидной железы определяется узловое образование диаметром 1,0 см, подвижное, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении у пациентки узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- снижение накопления радиофармпрепарата при сцинтиграфии
- отсутствие кровотока по данным ультразвукового исследования щитовидной железы
- преимущественное повышение свободного тироксина в крови
- наличие исходной патологии щитовидной железы

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- снижение накопления радиофармпрепарата при сцинтиграфии
- отсутствие кровотока по данным ультразвукового исследования щитовидной железы
- преимущественное повышение свободного тироксина в крови
- наличие исходной патологии щитовидной железы

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- снижение накопления радиофармпрепарата при сцинтиграфии
- отсутствие кровотока по данным ультразвукового исследования щитовидной железы
- преимущественное повышение свободного тироксина в крови
- наличие исходной патологии щитовидной железы

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- снижение накопления радиофармпрепарата при сцинтиграфии
- отсутствие кровотока по данным ультразвукового исследования щитовидной железы
- преимущественное повышение свободного тироксина в крови
- наличие исходной патологии щитовидной железы

Диагноз

Оптимальным методом лечения пациентки является

- чрескожное введение склерозантов в узел щитовидной железы
- супрессивная терапия левотироксином натрия
- хирургическое лечение
- радиойодтерапия

Рекомендованным объемом оперативного вмешательства является

- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией
- резекция правой доли щитовидной железы
- тиреоидэктомия
- гемитиреоидэктомия

Проведение ТАБ узловых образований диаметром менее 1 см показано в случае

- семейного анамнеза рака щитовидной железы
- возраста старше 45 лет
- повышения базального кальцитонина до 5 пг/мл
- сопутствующего нарушения функции щитовидной железы

При получении по результатам ТАБ цитологического заключения Bethesda I рекомендовано

- проведение гемитиреоидэктомии
- проведение тиреоидэктомии
- повторное выполнение тонкоигольной аспирационной биопсии
- динамическое наблюдение

При получении по результатам ТАБ цитологического заключения Bethesda III рекомендовано

- динамическое наблюдение
- проведение гемитиреоидэктомии
- повторное выполнение тонкоигольной аспирационной биопсии
- проведение тиреоидэктомии

При получении по результатам ТАБ цитологического заключения Bethesda III и по данным повторного выполненного ТАБ - Bethesda III рекомендовано

- проведение тиреоидэктомии
- проведение радиойодтерапии
- проведение гемитиреоидэктомии
- динамическое наблюдение

При получении по результатам ТАБ цитологического заключения Bethesda IV и размерах узла менее 5 см вероятность злокачественности составляет + ____ + %

- 15-30
- 60-75
- 5-15
- 0-4

При получении по результатам ТАБ цитологического заключения Bethesda V вероятность злокачественности составляет (в процентах)

- 15-30
- 60-75
- 5-15
- 0-4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на эпизоды сердцебиения, нарушение сна, общую слабость.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, около года назад по данным УЗИ щитовидной железы впервые было выявлено узловое образование диаметром около 1 см. Функция щитовидной железы не исследовалась, протокол УЗИ не предоставлен.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: нет.

Лекарственная терапия: нет.

Семейный анамнез: мать-аденома надпочечника, СД 2 типа.

Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют с 48 лет. Беременности: 5.

Аборты: 2. Роды: 3.

Аллергия: нет.

Вредные привычки: нет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает лаборантом.

Объективный статус

Рост 166 см, масса тела 74 кг, ИМТ 26,8 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 76 уд. в минуту. АД 110/80 мм рт. ст. Передняя поверхность шеи не изменена. В левой доле щитовидной железы определяется узловое образование, подвижное, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении у пациентки узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- 15-30
- 60-75
- 5-15
- 0-4

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 15-30
- 60-75
- 5-15
- 0-4

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- 15-30
- 60-75

- 5-15
- 0-4

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 15-30
- 60-75
- 5-15
- 0-4

Диагноз

Оптимальным методом лечения пациентки является

- чрескожное введение склерозантов в узел щитовидной железы
- радиоiodтерапия
- супрессивная терапия левотироксином натрия
- хирургическое лечение

Рекомендованным объемом оперативного вмешательства является

- резекция правой доли щитовидной железы
- гемитиреоидэктомия
- тиреоидэктомия
- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией

Проведение ТАБ узловых образований диаметром менее 1 см показано в случае

- повышения базального кальцитонина до 5 пг/мл
- облучения головы и шеи в анамнезе
- сопутствующего нарушения функции щитовидной железы
- возраста старше 45 лет

При получении по результатам ТАБ цитологического заключения Bethesda II рекомендовано

- проведение тиреоидэктомии
- проведение гемитиреоидэктомии
- повторное выполнение тонкоигольной аспирационной биопсии
- динамическое наблюдение

При получении по результатам ТАБ цитологического заключения Bethesda III вероятность злокачественности составляет (в процентах)

- 5-15
- 60-75
- 20-40
- 1-4

К ультразвуковым признакам, наиболее подозрительным в отношении злокачественного характера опухоли щитовидной железы, относят

- преобладание ширины узла над высотой
- наличие гипоэхогенного ободка (halo)
- гиперэхогенность узла
- наличие микрокальцинатов

К группе риска наличия агрессивных форм рака щитовидной железы относят пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы в случае

- наличия увеличенных регионарных лимфоузлов
- возраста старше 60 лет
- гиперфункции узла по данным сцинтиграфии
- манифестного гипотиреоза

Верхней границей референсных значений нормы кальцитонина у женщин является уровень + ___ + пг/мл

- наличия увеличенных регионарных лимфоузлов
- возраста старше 60 лет
- гиперфункции узла по данным сцинтиграфии
- манифестного гипотиреоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 34 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На общую слабость, повышенную утомляемость, сонливость, сухость кожных покровов и слизистых, увеличение массы тела на 20 кг в течение 6 месяцев.

Анамнез заболевания

6 месяцев назад появились жалобы на повышенную потливость и общую слабость. При обследовании по данным УЗИ щитовидной железы в левой доле

обнаружен неоднородный гипоэхогенный узел около 1 см, протокол УЗИ не предоставлен. Функция щитовидной железы не исследовалась

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: нет.

Лекарственная терапия: нет.

Семейный анамнез: мать- узловой зоб, миома матки, бабушка - СД 2 типа

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные на фоне ЗГТ (Ярина).

Аллергия на Саридон (кожный зуд), никель (сыпь), лактозу.

Вредные привычки: нет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает менеджером.

Объективный статус

Рост 166 см, масса тела 88 кг, ИМТ 31,9 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 72 уд. в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Щитовидная железа пальпируется в типичном месте, не увеличена, эластической консистенции. В левой доле пальпируется образование плотно-эластической консистенции. Дополнительные образования на шее не пальпируются.

При выявлении у пациентки узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- наличия увеличенных регионарных лимфоузлов
- возраста старше 60 лет
- гиперфункции узла по данным сцинтиграфии
- манифестного гипотиреоза

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- наличия увеличенных регионарных лимфоузлов
- возраста старше 60 лет
- гиперфункции узла по данным сцинтиграфии
- манифестного гипотиреоза

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- наличия увеличенных регионарных лимфоузлов
- возраста старше 60 лет
- гиперфункции узла по данным сцинтиграфии
- манифестного гипотиреоза

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- наличия увеличенных регионарных лимфоузлов
- возраста старше 60 лет
- гиперфункции узла по данным сцинтиграфии
- манифестного гипотиреоза

Диагноз

Оптимальным методом лечения пациентки является

- чрескожное введение склерозантов в узлы щитовидной железы
- супрессивная терапия левотироксином натрия
- радиойодтерапия
- хирургическое лечение

Рекомендованным объемом оперативного вмешательства при папиллярном раке щитовидной железы менее 4 см и отсутствии данных о регионарных и отдаленных метастазах является

- тиреоидэктомия с центральной и боковой лимфаденэктомией
- тиреоидэктомия
- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией
- гемитиреоидэктомия

Проведение ТАБ узловых образований диаметром менее 1 см показано в случае

- повышения базального кальцитонина до 5 пг/мл
- возраста старше 45 лет
- сопутствующего нарушения функции щитовидной железы
- семейного анамнеза рака щитовидной железы

С целью профилактики медуллярного рака щитовидной железы рекомендуется выполнение превентивной тиреоидэктомии у

- носителей BRAF-мутации
- женщин с облучением головы и шеи в анамнезе
- носителей RET-мутации
- пациентов с узловым образованием щитовидной железы более 3 см

Подозрительным в отношении метастатического поражения лимфатического узла ультразвуковым признаком является

- овальная форма лимфоузла
- гипоэхогенная структура
- наличие мелких гиперэхогенных включений
- наличие кровотока в воротах лимфоузла

Оценка индивидуального клинического прогноза после оперативного лечения медуллярного рака щитовидной железы производится на основе динамики времени удвоения уровня + _____ + и РЭА крови

- базального кальцитонина
- тиреотропного гормона
- тиреоглобулина
- антител к тиреопероксидазе

Пациентам с подозрением на папиллярный рак щитовидной железы при наличии подозрительных на метастатическое поражение по данным УЗИ лимфатических узлов рекомендуется ТАБ под УЗ-контролем с определением + _____ + в смыве пункционной иглы

- тироксина
- тиреотропного гормона
- кальцитонина
- тиреоглобулина

Пациентам с подозрением на медуллярный рак щитовидной железы при наличии подозрительных на метастатическое поражение по данным УЗИ лимфатических узлов рекомендуется ТАБ под УЗ-контролем с определением + _____ + в смыве пункционной иглы

- тироксина
- тиреотропного гормона
- кальцитонина
- тиреоглобулина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 41 года обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на общую слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

В течение 20 лет наблюдается у врача-эндокринолога по поводу узлового зоба, получала левотироксин натрия 12,5-37 мкг в сутки, на этом фоне - эутиреоз. В течение 10 лет левотироксин натрия не принимает, динамически не обследовалась.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: нет.

Лекарственная терапия: нет.

Семейный анамнез: отец - узловой зоб, мать - хронический аутоиммунный тиреоидит, дед - рак легких.

Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, нерегулярные.

Беременности: 1. Роды: 1.

Эпидемиологический анамнез: в течение 3 лет латентное носительство вируса гепатита В.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: нет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает менеджером.

Объективный статус

Рост 166 см, масса тела 63 кг, ИМТ 24,8 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 72 уд. в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Щитовидная железа пальпируется в типичном месте, не увеличена, эластической консистенции. В правой доле нечетко пальпируется образование около 1 см плотно-эластической консистенции. Дополнительные образования на шее не пальпируются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении у пациентки узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- тироксина
- тиреотропного гормона
- кальцитонина
- тиреоглобулина

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- тироксина
- тиреотропного гормона
- кальцитонина
- тиреоглобулина

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- тироксина
- тиреотропного гормона
- кальцитонина
- тиреоглобулина

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- тироксина
- тиреотропного гормона
- кальцитонина
- тиреоглобулина

Диагноз

Оптимальным методом лечения пациентки является

- чрескожное введение склерозантов в узлы щитовидной железы
- хирургическое лечение
- радиоiodтерапия
- супрессивная терапия левотироксином натрия

Рекомендованным объемом оперативного вмешательства при мультифокальном папиллярном раке щитовидной железы является

- тиреоидэктомия
- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией

- гемитиреоидэктомия
- тиреоидэктомия с центральной и боковой лимфаденэктомией

В послеоперационном периоде рекомендовано назначение

- комбинированной терапии йодом и левотироксином натрия
- комбинированной терапии левотироксином и трийодтиронином
- левотироксина натрия
- йодида калия

После тиреоидэктомии по поводу папиллярного рака щитовидной железы у пациентов низкого риска рецидива/прогрессирования опухоли целевым уровнем ТТГ на фоне терапии левотироксином натрия является + _____ + мМЕ/л

- 0,5-2,0
- 0,2-0,4
- 3,0-4,0
- 0,1-0,2

После тиреоидэктомии по поводу папиллярного рака щитовидной железы у пациентов умеренного риска рецидива/прогрессирования опухоли целевым уровнем ТТГ на фоне терапии левотироксином натрия является + _____ + мМЕ/л

- 0,05-0,09
- 0,6-1,0
- 1,0-4,0
- 0,1-0,5

После тиреоидэктомии по поводу папиллярного рака щитовидной железы у пациентов высокого риска рецидива/прогрессирования опухоли целевым уровнем ТТГ на фоне терапии левотироксином натрия является + _____ + мМЕ/л

- 0,5-1,0
- 1,0-4,0
- 0,05-0,1
- 0,2-0,5

Пациентам с дифференцированным раком ЩЖ высокой и умеренной группы клинического риска после тиреоидэктомии с целью подготовки к радиойодаблации рекомендуется отменить левотироксин натрия за +__+ нед. до процедуры

- 3
- 6
- 2
- 4

Пациентам с дифференцированным раком ЩЖ высокой и умеренной группы клинического риска после тиреоидэктомии с целью подготовки к радиойодаблации рекомендуется придерживаться йод-ограниченной диеты в течение как минимум +__+ нед

- 3
- 6
- 2
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 41 года обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на общую слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

При проведении ультразвукового дуплексного сканирования шеи было выявлено образование в щитовидной железе, в связи с чем была направлена на консультацию к врачу-эндокринологу. Ранее не обследовалась.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: нет.

Лекарственная терапия: нет.

Семейный анамнез: не отягощен

Гинекологический анамнез: менструации с 11 лет, регулярные. Беременности:

3. Роды: 2.

Эпиданамнез в течение 3 лет - латентное носительство вируса гепатита В.

Аллергологический анамнез: аллергия на ампициллин (отек Квинке).

Вредные привычки: нет.

Проживает в г. Санкт-Петербурге.

Трудовой анамнез: работает экологом.

Объективный статус

Рост 171 см, масса тела 63 кг, ИМТ 21,5 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного

наполнения. ЧСС — 66 уд. в минуту. АД 115/70 мм рт. ст. Щитовидная железа пальпируется в типичном месте, не увеличена, эластической консистенции. В обеих долях нечетко пальпируются образования около 1 см в диаметре плотно-эластической консистенции. Справа в боковом треугольнике шеи пальпируется увеличенный умеренно болезненный лимфоузел.

При выявлении у пациентки узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- 3
- 6
- 2
- 4

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 3
- 6
- 2
- 4

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- 3
- 6
- 2
- 4

Результаты обследования

Для подтверждения метастатического поражения лимфатических узлов показано проведение ТАБ под контролем УЗИ, которую разумно дополнить исследованием

- 3
- 6
- 2
- 4

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 3
- 6
- 2
- 4

Диагноз

Оптимальным методом лечения пациентки является

- чрескожное введение склерозантов в узлы щитовидной железы
- радиойодтерапия
- супрессивная терапия левотироксином натрия
- хирургическое лечение

Рекомендованным объемом оперативного вмешательства является

- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией
- тиреоидэктомия с центральной и боковой лимфаденэктомией
- тиреоидэктомия
- гемитиреоидэктомия

После тиреоидэктомии с центральной и боковой лимфаденэктомией по поводу папиллярного рака щитовидной железы у пациентов высокого риска рецидива/прогрессирования опухоли целевым уровнем ТТГ на фоне терапии левотироксином натрия является + _____ + мМЕ/л

- 0,5-2,0
- 1,0-4,0
- 0,2-0,4
- 0,05-0,1

Пациентам с дифференцированным раком ЩЖ высокой и умеренной группы клинического риска после тиреоидэктомии с целью подготовки к радиойодаблации рекомендуется в течение + ____ + мес. избегать КТ с йод-содержащими контрастами

- 3
- 6
- 1

- 2

Из С-клеток щитовидной железы происходит + _____ + рак щитовидной железы

- анапластический
- медуллярный
- фолликулярный
- папиллярный

Самым распространенным типом рака щитовидной железы является

- анапластический
- медуллярный
- папиллярный
- фолликулярный

До + ____ + % случаев медуллярный рак щитовидной железы имеет наследственную этиологию

- анапластический
- медуллярный
- папиллярный
- фолликулярный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 39 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на наличие объемного образования на шее.

Анамнез заболевания

Около месяца назад самостоятельно обнаружила на шее объемное образование, в связи с чем обратилась к врачу-эндокринологу. Ранее у врача-эндокринолога не наблюдалась.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: Хронический пиелонефрит.

Лекарственная терапия: канефрон курсами. Колекальциферол 1500 МЕ ежедневно.

Семейный анамнез: мать - аутоиммунный тиреоидит.

Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, регулярные. Беременности:

1. Роды: 1.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курила по 1 пачке в день в течение 10 лет, бросила 3 года назад.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает риелтором.

Объективный статус

Рост 158 см, масса тела 64 кг, ИМТ 25,6 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 78 уд. в минуту. АД 125/80 мм рт. ст. Щитовидная железа пальпируется в типичном месте, не увеличена, эластической консистенции. В левой доле пальпируется образование около 1 см плотно-эластической консистенции. Дополнительные образования на шее не пальпируются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении у пациентки узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- анапластический
- медуллярный
- папиллярный
- фолликулярный

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- анапластический
- медуллярный
- папиллярный
- фолликулярный

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- анапластический
- медуллярный
- папиллярный
- фолликулярный

Результаты обследования

Учитывая наличие измененного паратрахеального лимфатического узла, рекомендовано проведение

- анапластический
- медуллярный
- папиллярный
- фолликулярный

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- анапластический
- медуллярный
- папиллярный
- фолликулярный

Диагноз

Оптимальным методом лечения пациентки является

- супрессивная терапия левотироксином натрия
- хирургическое лечение
- терапия радиоактивным йодом
- чрескожное введение склерозантов в узел щитовидной железы

Рекомендованным объемом оперативного вмешательства является

- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией
- гемитиреоидэктомия
- тиреоидэктомия
- тиреоидэктомия с центральной и боковой лимфаденэктомией

В послеоперационном периоде рекомендовано назначение

- комбинированной терапии левотироксином и трийодтиронином
- левотироксина натрия
- йодида калия
- комбинированной терапии йодом и левотироксином натрия

Пациентам с дифференцированным раком ЩЖ высокой и умеренной группы клинического риска после тиреоидэктомии с целью подготовки к радиойодаблации рекомендуется отменить левотироксин натрия за +__+ нед. до процедуры

- 3
- 2
- 6
- 4

Пациентам с дифференцированным раком щитовидной железы высокой и умеренной группы клинического риска после тиреоидэктомии с целью подготовки к радиойодаблации рекомендуется течение +____+ мес. избегать КТ с йод-содержащими контрастами

- 6
- 2
- 3
- 1

Для пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы высокой и умеренной группы клинического риска после тиреоидэктомии минимальный уровень ТТГ для проведения радиойодтерапии – +__+ мЕд/л

- 30
- 40
- 20
- 10

Медуллярный рак щитовидной железы может быть компонентом генетического синдрома

- 30
- 40
- 20
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 37 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на ощущение "давления" в глазах, периодически головные боли, головокружение.

Анамнез заболевания

Год назад впервые появились жалобы на дрожь в теле, тремор рук, учащенное сердцебиение, жар, потливость, эмоциональную лабильность, снижение веса на 10 кг за 2 месяца. При обследовании в дебюте заболевания по данным УЗИ щитовидной железы общий объем 18,5 мл, эхо-признаки тиреоидита. По данным гормонального анализа крови ТТГ 0,028 мкМЕ/мл (0,23-3,4), Т4 св 25,9 пмоль/л (10-23,2). Назначены тиамазол 30 мг в день, бисопролол 5 мг. В настоящее время принимает 10 мг тирозола в сутки.

Симптомы ЭОП (асимметричный экзофтальм, больше справа, ретракция верхних век) развились через 2-3 месяца от манифестации тиреотоксикоза. В дальнейшем отмечала уменьшение экзофтальма. Иммуносупрессивной терапии не было.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия 3 степени повышения АД, риск 4. АВ блокада 1 степени. Дислипидемия.

Лекарственная терапия: престариум 5 мг утром, амлодипин 5 мг вечером.

Семейный анамнез: мать – зоб, эутиреоз. СД 2 типа.

Гинекологический анамнез: Мenses регулярные, цикл 30 дней. Беременности: 4.

Аборты: 2. Роды: 2.

Аллергические реакции: на citrusовые (крапивница).

Эпиданамнез неотягощен.

Вредные привычки: стаж курения 10 лет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает уборщицей.

Объективный статус

Рост 164 см, масса тела 89 кг, ИМТ 33 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд. в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, визуально не увеличена, пальпаторно мягко-эластической консистенции, узловые образования не определяются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Для оценки компенсации гормонального статуса пациентки на фоне тиреостатической терапии необходимо определение

- 40
- 20
- 10

Результаты обследования

Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз, являются антитела к

- 30
- 40
- 20
- 10

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 30
- 40
- 20
- 10

Результаты инструментального метода обследования

Для определения тактики ведения пациентки необходима консультация врача

- 30
- 40
- 20
- 10

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 30
- 40
- 20
- 10

Диагноз

Для пациентки молодого возраста с умеренным повышением уровня антител к рТТГ и небольшим объемом ЩЖ по данным УЗИ оптимальным методом лечения является

- прием бета-блокаторов
- радиоiodтерапия
- прием тиреостатиков
- оперативное лечение

Препаратом выбора для лечения тиреотоксикоза при диффузном токсическом зобе у небеременных пациенток является

- тиамазол
- лития карбонат
- преднизолон
- пропилтиоурацил

Перед отменой тиреостатической терапии желательно определить уровень

- антител к рецептору тиреотропного гормона
- антител к тиреоглобулину
- антител к тиреопероксидазе
- тиреоглобулина

При правильно проведенном лечении частота рецидивов после отмены тиреостатических препаратов составляет около (в процентах)

- 70
- 90
- 30
- 50

Активность эндокринной офтальмопатии оценивают по шкале

- BETHESDA
- TIRADS
- CAS
- NOSPECS

Об активности процесса свидетельствует суммарный балл + _____ + и более по шкале CAS

- 5
- 3
- 4
- 2

Методом выбора для лечения активной ЭОП является + _____ + применение глюкокортикоидов

- 5
- 3
- 4
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 54 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

* периорбитальные отеки, выраженный дискомфорт в правом глазу (болей в правом глазу не отмечает), слезотечение слева, низкое предметное зрение правого глаза;

* повышение АД до 180/100 мм рт. ст. 2-3 раза в неделю, преимущественно в вечернее время, сопровождающееся ухудшением самочувствия и головной болью;

* отеки голеней, преимущественно в вечернее время.

Анамнез заболевания

Год назад впервые отметила появление дрожи в теле, учащенного сердцебиения, одышки; снижение веса на 7 кг. Через месяц обратилась к врачу-эндокринологу. По данным лабораторных исследований на тот момент ТТГ - 0,028 мкМЕ\мл, Т4 общий – 17,9 пмоль/л (6,6-18,1), Т3 свободный - 6,6 пмоль/л (2,5-5,5). По данным УЗИ щитовидной железы общий объем 18,1 см³, группа узловых образований в левой доле размерами 29×12×19 мм. Был назначен мерказолил, начиная с 15 мг в сутки, в настоящее время в течение 1 месяца принимает 5 мг мерказолила.

Через 3-4 месяца после дебюта тиреотоксикоза развились периорбитальные отеки справа, консультирована офтальмологом по м/ж, диагностирована язва роговицы справа. Проводилось лечение язвы роговицы, выполнена частичная кровавая блефарорафия. За время лечения по поводу язвы роговицы отметила резкое нарастание периорбитального отека справа, что возможно

спровоцировало расхождение швов. Месяц назад появились периорбитальные отеки слева.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 ст, 2 ст, риск 4. Парез лицевого нерва в исходе оперативного удаления невриномы слухового нерва справа.

Лекарственная терапия: лортенза (лозартан+амлодипин) 100 мг{plus}10 мг по 1/2 таблетки утром, конкор 2,5 мг утром.

Семейный анамнез: не отягощен.

Гинекологический анамнез: Menses отсутствуют с 48 лет. Беременности: 6.

Аборты: 2. Роды: 4.

Аллергологический анамнез: аллергия на хлорид кальция (жар, затрудненное дыхание).

Эпиданамнез не отягощён.

Вредные привычки: отрицает.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает кассиром.

Объективный статус

Рост 164 см, масса тела 59 кг, ИМТ 21,8 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд. в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, визуально не увеличена, пальпаторно мягко-эластической консистенции, в левой доле пальпируется образование, около 1,5 см в диаметре. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При осмотре глаз: Status localis: экзофтальм, несимметричный (преимущественно справа). Репозиция глазных яблок затруднена.

Для оценки компенсации гормонального статуса пациентки на фоне тиреостатической терапии необходимо определение

- 5
- 3
- 4
- 2

Результаты обследования

Учитывая выявленное у пациентки узловое образование щитовидной железы, показана также оценка уровня

- 5
- 3
- 4
- 2

Результаты обследования

Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз, являются антитела к

- 5
- 3
- 4
- 2

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 5
- 3
- 4
- 2

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- 5
- 3
- 4
- 2

Результаты обследования

Для определения тактики ведения пациентки необходима консультация врача

- 5
- 3
- 4
- 2

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 5
- 3
- 4
- 2

Диагноз

Методом выбора для лечения активной ЭОП является + _____ +
применение глюкокортикоидов

- внутривенное
- пероральное
- внутримышечное
- ретробульбарное

Учитывая данные ТАБ и активность ЭОП, необходимо проведение хирургического лечения

- после уменьшения активности эндокринной офтальмопатии
- в экстренном порядке
- после декомпрессии орбиты
- после проведения лучевой терапии на область орбит

Шкала клинической активности эндокринной офтальмопатии (CAS) включает +__+ основных параметров

- 9
- 6
- 7
- 8

К основным параметрам клинической активности ЭОП по шкале CAS относят

- уменьшение подвижности глаза более чем на 8° в любом направлении
- боль при взгляде вбок
- снижение остроты зрения
- покраснение век

К факторам риска прогрессирования ЭОП относят

- уменьшение подвижности глаза более чем на 8° в любом направлении
- боль при взгляде вбок
- снижение остроты зрения
- покраснение век

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 64 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На периорбитальные отеки, выраженный дискомфорт в правом глазу (болей в правом глазу не отмечает), слезотечение слева, низкое предметное зрение правого глаза; повышение АД до 180/100 мм рт. ст. 2-3 раза в неделю, преимущественно в вечернее время, сопровождающееся ухудшением самочувствия и головной болью; отеки голеней, преимущественно в вечернее время.

Анамнез заболевания

Год назад впервые отметила появление дрожи в теле, учащенного сердцебиения, одышки, снижение веса на 7 кг. Через месяц обратилась к эндокринологу, по данным лабораторных исследований на тот момент ТТГ - 0,018 мкМЕ\мл, Т4 общий – 19,9 пмоль/л (6,6-18,1), Т3 свободный - 6,9 пмоль/л (2,5-5,5). По данным УЗИ щитовидной железы общий объем 18,1 см³, группа узловых образований в левой доле размерами 29x12x19 мм. Был назначен мерказолил, начиная с 15 мг в сутки, в настоящее время в течение 1 месяца принимает 5 мг мерказолила.

Через 3-4 месяца после дебюта тиреотоксикоза развились периорбитальные отеки справа, консультирована офтальмологом по м/ж, диагностирована язва роговицы справа. Проводилось лечение язвы роговицы, выполнена частичная кровавая блефарорафия. За время лечения по поводу язвы роговицы отметила резкое нарастание периорбитального отека справа, что возможно спровоцировало расхождение швов. Месяц назад появились периорбитальные отеки слева.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 ст, 2 ст, риск 4. Парез лицевого нерва в исходе оперативного удаления невриномы слухового нерва справа.

Лекарственная терапия: Лортенза (Лозартан+Амлодипин) 100 мг+10 мг по 1/2 таблетки утром, Конкор 2,5 мг утром.

Семейный анамнез: неотягощен.

Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют с 46 лет. Беременности: 8. Аборты: 2. Роды: 6.
Аллергологический анамнез аллергия на пенициллин (жар, затрудненное дыхание).
Эпиданамнез: хронический гепатит С в течение 6 лет.
Вредные привычки: отрицает.
Проживает в г. Санкт-Петербурге.
Трудовой анамнез: пенсионерка.

Объективный статус

Рост 162 см, масса тела 78 кг, ИМТ 27,6 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 76 уд. в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, визуальное не увеличена, пальпаторно мягко-эластической консистенции, в левой доле пальпируется образование, около 1.5 см в диаметре. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При осмотре глаз: Status localis: экзофтальм, несимметричный (преимущественно справа). Репозиция глазных яблок затруднена.

Для оценки компенсации гормонального статуса пациентки на фоне тиреостатической терапии необходимо определение

- уменьшение подвижности глаза более чем на 8° в любом направлении
- боль при взгляде вбок
- снижение остроты зрения
- покраснение век

Результаты обследования

Учитывая выявленное у пациентки узловое образование щитовидной железы, показана также оценка уровня

- уменьшение подвижности глаза более чем на 8° в любом направлении
- боль при взгляде вбок
- снижение остроты зрения
- покраснение век

Результаты обследования

Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз, являются антитела к

- уменьшение подвижности глаза более чем на 8° в любом направлении

- боль при взгляде вбок
- снижение остроты зрения
- покраснение век

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- уменьшение подвижности глаза более чем на 8° в любом направлении
- боль при взгляде вбок
- снижение остроты зрения
- покраснение век

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- уменьшение подвижности глаза более чем на 8° в любом направлении
- боль при взгляде вбок
- снижение остроты зрения
- покраснение век

Результаты обследования

Для определения тактики ведения пациентки необходима консультация

- уменьшение подвижности глаза более чем на 8° в любом направлении
- боль при взгляде вбок
- снижение остроты зрения
- покраснение век

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- уменьшение подвижности глаза более чем на 8° в любом направлении
- боль при взгляде вбок
- снижение остроты зрения
- покраснение век

Диагноз

Методом выбора для лечения активной ЭОП является + _____ +
применение глюкокортикоидов

- внутривенное
- внутримышечное
- пероральное
- ретробульбарное

Для пациентки с умеренным повышением уровня антител к рТТГ и
небольшим объемом ЩЖ по данным УЗИ оптимальным методом лечения
является

- прием тиреостатиков
- оперативное лечение
- радиоiodтерапия
- прием бета-блокаторов

О неактивной ЭОП свидетельствует суммарный балл + ___ + и менее по шкале
CAS

- 1
- 5
- 4
- 2

При пероральном приеме глюкокортикоиды оказываются эффективными для
лечения эндокринной офтальмопатии в + _____ + % случаев

- 20
- 80
- 60
- 40

При ретробульбарном введении глюкокортикоиды оказываются
эффективными для лечения эндокринной офтальмопатии в + _____ + %
случаев

- 20
- 80
- 60
- 40

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 37 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на ощущение "давления" в глазах, частые головные боли, эпизоды повышения АД до 150/90 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Год назад впервые появились жалобы на дрожь в теле, тремор рук, учащенное сердцебиение, жар, потливость, эмоциональную лабильность, снижение веса на 10 кг за 2 месяца. При обследовании в дебюте заболевания по данным УЗИ щитовидной железы общий объем 18,5 мл, эхо-признаки тиреоидита. По данным гормонального анализа крови ТТГ 0,028 мкМЕ/мл (0,23-3,4), Т4 св 25,9 пмоль/л (10-23,2). Назначены тиамазол 30 мг в день, бисопролол 5 мг. В настоящее время принимает 10 мг тирозола в сутки.

Симптомы ЭОП (асимметричный экзофтальм, больше справа, ретракция верхних век) развились через 2-3 месяца от манифестации тиреотоксикоза. В дальнейшем отмечала уменьшение экзофтальма. Иммуносупрессивной терапии не было.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия 1 степени, риск ССО 2. Дислипидемия.

Лекарственная терапия: престариум 2,5 мг утром.

Семейный анамнез: мать – зоб, эутиреоз. СД 2 типа.

Гинекологический анамнез: Менструации регулярные, цикл 28 дней.

Беременности: 6. Аборты: 5. Роды: 1.

Аллергических реакций не отмечалось.

Эпиданамнез: гепатит С в течение 5 лет.

Вредные привычки: стаж курения 5 лет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает барменом.

Объективный статус

Рост 164 см, масса тела 59 кг, ИМТ 21,8 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд. в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, пальпаторно увеличена до 1 ст. по ВОЗ, мягко-эластической консистенции, узловые

образования не определяются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Для оценки компенсации гормонального статуса пациентки на фоне тиреостатической терапии необходимо определение

- 20
- 80
- 60
- 40

Результаты обследования

Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз, являются антитела к

- 20
- 80
- 60
- 40

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 20
- 80
- 60
- 40

Результаты инструментального метода обследования

Для определения тактики ведения пациентки необходима консультация врача

- 20
- 80
- 60
- 40

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 20
- 80
- 60
- 40

Диагноз

Для пациентки молодого возраста с умеренным повышением уровня антител к рТТГ и небольшим объемом ЩЖ по данным УЗИ оптимальным методом лечения является

- оперативное лечение
- радиоiodтерапия
- прием тиреостатиков
- прием бета-блокаторов

Пропилтиоурацил является препаратом выбора при лечении ДТЗ

- у мужчин
- у пациентов старше пятидесяти лет
- при наличии симптомов эндокринной офтальмопатии
- в первом триместре беременности

Препаратом выбора для лечения активной стадии эндокринной офтальмопатии является

- гидрокортизон
- октреотид
- метилпреднизолон
- ритуксимаб

К основным параметрам клинической активности ЭОП по шкале CAS относят

- боль при взгляде вбок
- снижение остроты зрения
- хемоз
- уменьшение подвижности глаза более чем на 8° в любом направлении

После повторного осмотра офтальмолога через 2-3 месяца ЭОП считается активной при сумме баллов +__+ и более

- 1
- 2
- 4
- 3

Нормальный объем щитовидной железы для жителей Европы у мужчин – до +__+ мл

- 25
- 16
- 20
- 18

К факторам риска прогрессирования ЭОП относят

- 25
- 16
- 20
- 18

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 63 лет обратился на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на повышение температуры тела до 39°C (преимущественно в ночное время), боли в области шеи.

Анамнез заболевания

В течение нескольких недель беспокоит повышение температуры тела до 39°C (преимущественно в ночное время), боли в области шеи. Впервые обратился к эндокринологу.

Анамнез жизни

Семейный анамнез: бабушка – тиреоидэктомия по поводу зоба с компрессионным синдромом.

Лекарственный анамнез неотягощён.

Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: нет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает электриком.

Объективный статус

Рост – 170 см, масса тела – 54 кг, ИМТ – 18,7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 82 уд. в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст. Контуры шеи ровные. Шея визуально не изменена. Щитовидная железа при пальпации болезненна, не увеличена, узлы не пальпируются, лимфатические узлы не пальпируются.

Для оценки функциональной активности щитовидной железы на первом этапе необходимо исследование уровня

- 25
- 16
- 20
- 18

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- 25
- 16
- 20
- 18

Результаты обследования

Необходимым для уточнения диагноза лабораторным показателем является

- 25
- 16
- 20
- 18

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 25
- 16
- 20
- 18

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить диагноз

- 25
- 16
- 20
- 18

Диагноз

Для подтверждения диагноза подострого тиреоидита проводят тест

- Вольфа-Чайкова
- Лиддла
- Крайля
- Сомоджи

Тест Крайля заключается в назначении преднизолона в дозе + _____ + мг/сут

- 10-15
- 5-10
- 20-30
- 40-50

Основным методом лечения подострого тиреоидита является применение

- глюкокортикоидов
- фармакологических доз йода
- тиреостатиков
- антибиотиков

При легких формах подострого тиреоидита показана терапия

- препаратами йода в фармакологических дозах
- антибактериальными средствами
- нестероидными противовоспалительными средствами
- глюкокортикостероидами

Причиной подострого тиреоидита считают

- бактериальную инфекцию
- избыточное потребление йода
- вирусную инфекцию

- аутоиммунный процесс

Эпонимическим названием подострого тиреоидита является тиреоидит

- Хашимото
- де Кервена
- Пламмера
- Риделя

Подострый тиреоидит характеризуется + _____ + щитовидной железы

- Хашимото
- де Кервена
- Пламмера
- Риделя

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился мужчина 24 лет.

Жалобы

На повышенную утомляемость, сухость во рту, жажду, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц, частое мочеиспускание, отсутствие аппетита, тошноту, боли в животе, рвоту после приёма пищи.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 1 месяца, когда после перенесённой ОРВИ появились повышенная утомляемость, сухость во рту, жажда, частое мочеиспускание. В течение последних двух недель снизился аппетит, беспокоит тошнота. Накануне и в день обращения была однократная рвота.

Анамнез жизни

Рос и развивался согласно возрастным нормам. Работает охранником на частном предприятии. Работа связана с дежурствами в ночную смену. У отца сахарный диабет 2 типа. Аллергических реакций не отмечено. Из перенесенных заболеваний отмечает тонзилэктомию в возрасте 22 лет, редкие ОРВИ (1 раз в год, умеренной тяжести). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, гепатита В, ВИЧ и сифилиса отрицает. Курит в течение 9 лет, около 20 сигарет/день, алкоголем не злоупотребляет. Питание нерегулярное.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Изо рта отмечается запах ацетона.

Телосложение нормостеническое. Рост – 1,75 м, вес - 63 кг, индекс массы тела –

20,5 кг/м². Температура тела 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, сухие. Лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 в минуту. АД – 105 и 70 мм рт. ст. Живот при пальпации умеренно напряжённый, болезненный в эпигастральной и мезогастральной области. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Суточный диурез достигает 5-6 литров.

При подозрении на наличие у больного диабетического кетоацидоза пациенту необходимо провести

- Хашимото
- де Кервена
- Пламмера
- Риделя

Результаты обследования

Предположительным диагнозом у пациента является

- Хашимото
- де Кервена
- Пламмера
- Риделя

Диагноз

Учитывая предположительный диагноз диабетического кетоацидоза, ожидаемое значение pH крови у пациента будет

- <7,3
- > 7,6
- ≥ 7,3
- 7,3-7,5

Для дифференциальной диагностики сахарного диабета 1 типа и сахарного диабета 2 типа у данного пациента можно использовать определение

- фруктозамина крови
- С-пептида крови
- HbA1c в крови
- глюкозурии

Тактика дальнейшего ведения данного пациента с диабетическим кетоацидозом лёгкой степени тяжести предполагает

- госпитализацию в отделение эндокринологического профиля
- госпитализацию в отделение интенсивной терапии и реанимации
- госпитализацию в отделение хирургического профиля
- амбулаторное наблюдение и лечение пациента

Для устранения инсулиновой недостаточности при лечении данного пациента с диабетическим кетоацидозом, предпочтение следует отдавать

- аналогам инсулина сверхдлительного действия
- инсулинам короткого и ультракороткого действия в режиме малых доз
- введению готовых смесей инсулина короткого действия и инсулина средней продолжительности действия
- базис-болюсному режиму введения инсулина

Рекомендации по питанию для данного пациента после выписки из стационара заключаются в

- повышении калорийности рациона до 4000 ккал в сутки с целью увеличения массы тела с оценкой усваиваемых углеводов по системе хлебных единиц
- низкобелковой диете со значительным ограничением животных жиров, умеренным потреблением легкоусвояемых углеводов с оценкой их употребления по системе хлебных единиц
- высокобелковой диете с ограничением легкоусвояемых углеводов и животных жиров, уменьшении массы тела
- общем потреблении белков, жиров и углеводов не отличающимся от рациона здорового человека. Необходима оценка усваиваемых углеводов по системе хлебных единиц, перед едой

Целевое артериальное давление у данного пациента при дальнейшем наблюдении должно соответствовать значениям для систолического АД + _____ + мм рт. ст и диастолического АД + _____ + мм рт. ст

- ≥ 130 и < 140 ; ≥ 70 и < 80
- ≥ 120 и < 130 ; ≥ 70 и < 80
- < 145 ; < 90
- ≥ 120 и < 130 ; ≥ 80 и 90

После выписки из стационара данный пациент с сахарным диабетом 1 типа должен осуществлять самоконтроль гликемии

- не менее 1 раза в сутки в разное время
- ежедневно, не менее 4-х раз в сутки
- по показаниям
- не менее 3-х раз в неделю натошак

После выписки из стационара данного пациента контроль гликированного гемоглобина должен осуществляться 1 раз в

- 6 месяцев
- год
- месяц
- 3 месяца

Взрослый пациент с сахарным диабетом 1 типа должен быть направлен на первичный осмотр к офтальмологу

- только при развитии диабетической нефропатии
- не позднее, чем через 2 года от дебюта сахарного диабета
- не позднее, чем через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее не реже 1 раза в год
- только при наличии жалоб со стороны органов зрения

В рамках скрининга диабетической нефропатии у пациентов с сахарным диабетом 1 типа длительностью заболевания ≥ 5 лет проводится

- только при развитии диабетической нефропатии
- не позднее, чем через 2 года от дебюта сахарного диабета
- не позднее, чем через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее не реже 1 раза в год
- только при наличии жалоб со стороны органов зрения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому врачу –терапевту обратилась женщина 35 лет.

Жалобы

На слабость, сонливость, отсутствие интереса к окружающему, утомляемость, выраженную зябкость, сухость кожи, выпадение волос, запоры, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 1,5 лет. Заболевание развивалось постепенно:

нарастали слабость, сонливость, утомляемость. Около полугода отмечает выраженную зябкость, сухость кожи, выпадение волос, запоры, снижение аппетита. Мenses с 14 лет были нормальными. В течение последних 6 месяцев – олигоменорея.

Анамнез жизни

Росла и развивалась согласно возрастным нормам. Работает продавцом в магазине. Перенесённые заболевания: ветряная оспа, корь в детстве, ОРВИ 1-2 раза в год. Замужем. Беременности -1, роды -1. Похожие жалобы были у матери пациентки, но к врачу она не обращалась. Наследственность: неотягощена. Аллергических реакций не отмечает. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, гепатита В, ВИЧ и сифилиса отрицает. Вредные привычки: курение, алкоголизм, приём наркотиков отрицает.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост – 158 см, вес – 60 кг, индекс массы тела – $24,1 \text{ кг/м}^2$. Температура тела $36,0^\circ\text{C}$. Кожа очень сухая, холодная, выраженные плотные отёки вокруг глаз, губ, на кистях, голенях и стопах; надключичные ямки заполнены. Кожные покровы бледные с желтоватым оттенком. Лимфатические узлы не увеличены. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости сердца: в пределах возрастных норм. Тоны сердца тихие, ритмичные. ЧСС – 52 в минуту. АД – 110 и 75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Щитовидная железа не визуализируется при осмотре области шеи, при пальпации – мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании. Глазные симптомы отрицательные.

При подозрении на гипотиреоз в качестве дообследования пациентке необходимо провести определение

- только при развитии диабетической нефропатии
- не позднее, чем через 2 года от дебюта сахарного диабета
- не позднее, чем через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее не реже 1 раза в год
- только при наличии жалоб со стороны органов зрения

Результаты обследования

Для подтверждения диагноза в план обследования целесообразно включить

- только при развитии диабетической нефропатии
- не позднее, чем через 2 года от дебюта сахарного диабета
- не позднее, чем через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее не реже 1 раза в год
- только при наличии жалоб со стороны органов зрения

Результаты обследования

Диагноз может быть сформулирован как

- только при развитии диабетической нефропатии
- не позднее, чем через 2 года от дебюта сахарного диабета
- не позднее, чем через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее не реже 1 раза в год
- только при наличии жалоб со стороны органов зрения

Диагноз

Для биохимического анализа крови данной пациентки характерно

- снижение общего белка и альбуминов, повышение щелочной фосфатазы
- повышение холестерина липопротеинов высокой плотности, амилазы, сывороточного железа
- повышение мочевины, креатинина, натрия
- повышение уровня общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности, триглицеридов

В общем анализе крови данной пациентки можно выявить

- базофильно-эозинофильную ассоциацию
- вторичный тромбоцитоз
- нормохромную анемию
- нейтрофильный лейкоцитоз

На электрокардиограмме данной пациентки можно обнаружить

- атрио-вентрикулярную блокаду 2 степени Мобитц 1, отрицательный зубец Т
- патологический зубец Q, синусовую брадикардию, подъем сегмента ST
- синусовую брадикардию, низкий вольтаж зубцов, сглаженный или отрицательный зубец Т
- синусовую аритмию, наджелудочковую экстрасистолию, высокий вольтаж зубцов

Данной пациентке необходимо назначить левотироксин натрия из расчёта + _____ + мкг на 1 кг массы тела

- 1,6
- 2,3
- 0,6
- 0,9

Контроль лечения левотироксином данной пациентки следует оценивать по уровню

- Т4 общего
- тиреотропного гормона (ТТГ)
- Т4 свободного
- Т3 свободного

Определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) у данной пациентки необходимо провести через + _____ + недель/недели после начала терапии

- 2
- 4
- 12
- 8

После подбора заместительной дозы левотироксина натрия у данной пациентки уровень тиреотропного гормона (ТТГ) необходимо контролировать 1 раз в

- 2 года
- 2 месяца
- год
- 6 месяцев

Исследование динамики содержания циркулирующих антител к щитовидной железе при аутоиммунном тиреоидите для оценки его прогрессирования

- проводят каждые 6 месяцев
- проводят каждые 2 года
- проводят ежегодно
- не проводят

В случае наступления беременности данной пациентке необходимо рекомендовать

- проводят каждые 6 месяцев
- проводят каждые 2 года
- проводят ежегодно
- не проводят

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентке 51 года, страдающей артериальной гипертензией II степени повышения АД, с трудом поддающейся коррекции на фоне многокомпонентной антигипертензивной терапии, было рекомендовано сдать биохимический анализ крови, выполнить компьютерную томографию надпочечников и прийти к Вам на консультацию для исключения эндокринного генеза АГ и решения о дальнейшей тактике.

Жалобы

на частые эпизоды повышения АД до 150/95 мм рт.ст., сопровождающиеся головокружением и слабостью, головной болью.

Анамнез заболевания

Артериальная гипертензия около 3 лет с максимальным повышением до 165/100 мм рт.ст. Наблюдается у кардиолога, получает многокомпонентную антигипертензивную терапию, включающую ингибитор АПФ, дигидропиридиновый блокатор кальциевых каналов и тиазидоподобный диуретик: амлодипин 5 мг/сут. + периндоприл 10 мг/сут. + индапамид 2,5 мг/сут. с положительным эффектом, но без достижения целевых значений АД (адаптирована к АД 150/95 мм рт.ст.).

По данным компьютерной томографии (КТ): надпочечники не увеличены, не изменены, данных за наличие образований не получено.

Результаты биохимического анализа крови: показатели в пределах референсных интервалов. Калий – 3,8 ммоль/л (3,5-5,1), натрий – 138 ммоль/л (136-145).

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не было.
- * Аллергологический анамнез без особенностей.
- * Наследственность не отягощена.
- * Менструации регулярные, безболезненные, не обильные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 175 см. Вес – 95 кг (ИМТ = 31,0 кг/м²). Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена по абдоминальному типу. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Дыхание везикулярное. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. АД – 155/90 мм рт.ст. Печень по краю реберной дуги.

Для постановки диагноза на первом этапе необходимо провести исследование

- проводят каждые 6 месяцев
- проводят каждые 2 года
- проводят ежегодно
- не проводят

Результаты обследования

Первичный тест на определение альдостерона и ренина проводится на фоне

- приема только диуретиков
- приема только препаратов с минимальным влиянием на РААС гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ
- отмены всех антигипертензивных препаратов
- приема любых антигипертензивных препаратов

С учетом полученных результатов пациентке необходимо выполнить

- приема только диуретиков
- приема только препаратов с минимальным влиянием на РААС гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ
- отмены всех антигипертензивных препаратов
- приема любых антигипертензивных препаратов

Результаты обследования

Из дополнительных лабораторных исследований требуется

- приема только диуретиков
- приема только препаратов с минимальным влиянием на РААС гипогликемией или теста с синтетическим аналогом АКТГ
- отмены всех антигипертензивных препаратов
- приема любых антигипертензивных препаратов

Результаты обследования

Представленные результаты КТ (надпочечники не увеличены, не изменены, данных за наличие образований не получено)

- исключают наличие одно-/двусторонней гиперплазии надпочечников, но не другие формы первичного гиперальдостеронизма
- исключают наличие микроаденомы надпочечника, но не другие формы первичного гиперальдостеронизма
- исключают наличие первичного гиперальдостеронизма любой нозологической формы
- не исключают первичный гиперальдостеронизм в связи с возможным наличием одно-/двусторонней гиперплазии надпочечников или микроаденомы

Для уточнения диагноза и/или определения лечебной тактики на следующем этапе необходимо выполнить

- исключают наличие одно-/двусторонней гиперплазии надпочечников, но не другие формы первичного гиперальдостеронизма
- исключают наличие микроаденомы надпочечника, но не другие формы первичного гиперальдостеронизма
- исключают наличие первичного гиперальдостеронизма любой нозологической формы
- не исключают первичный гиперальдостеронизм в связи с возможным наличием одно-/двусторонней гиперплазии надпочечников или микроаденомы

Результаты обследования

На основании полученных результатов можно предположить у пациентки диагноз

- исключают наличие одно-/двусторонней гиперплазии надпочечников, но не другие формы первичного гиперальдостеронизма
- исключают наличие микроаденомы надпочечника, но не другие формы первичного гиперальдостеронизма
- исключают наличие первичного гиперальдостеронизма любой нозологической формы
- не исключают первичный гиперальдостеронизм в связи с возможным наличием одно-/двусторонней гиперплазии надпочечников или микроаденомы

Диагноз

К гипотензивным препаратам, на фоне приема которых повторное определение альдостерона и ренина наиболее предпочтительно из-за их минимального влияния на показатели, относятся

- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы β -адренорецепторов
- недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов и блокаторы α -адренорецепторов
- дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов и блокаторы β -адренорецепторов

Оптимальной лечебной тактикой у данной пациентки является

- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- пожизненная медикаментозная терапия альфа-адреноблокаторами
- односторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- пожизненная медикаментозная терапия антагонистами минералокортикоидных рецепторов

Сравнительный селективный забор крови из надпочечниковых вен, являясь ключевым этапом диагностики первичного гиперальдостеронизма

- требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов за неделю до исследования
- требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов накануне исследования
- требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов за 2 недели до исследования
- не требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов

Эплеренон характеризуется + _____ + спиронолактон числом неблагоприятных эндокринных побочных эффектов и назначается + _____ + в сутки

- большим, чем; три раза
- меньшим, чем; два раза
- большим, чем; один раз
- таким же, как; один раз

Одним из осложнений первичного гиперальдостеронизма является

- большим, чем; три раза
- меньшим, чем; два раза
- большим, чем; один раз
- таким же, как; один раз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

У пациентки 48 лет с артериальной гипертензией II степени повышения АД, с трудом поддающейся коррекции на фоне многокомпонентной антигипертензивной терапии, в ходе УЗИ брюшной полости выявлено образование надпочечника. Пациентке было рекомендовано сдать биохимический анализ крови, выполнить компьютерную томографию надпочечников и прийти к Вам на консультацию для исключения эндокринного генеза АГ и решения о дальнейшей тактике.

Жалобы

на частые эпизоды повышения АД до 150/95 мм рт. ст., сопровождающиеся головокружением и слабостью, головной болью.

Анамнез заболевания

Артериальная гипертензия около 5 лет с максимальным повышением до 165/100 мм рт. ст. Наблюдается у кардиолога, получает многокомпонентную антигипертензивную терапию, включающую ингибитор АПФ и дигидропиридиновый блокатор кальциевых каналов и тиазидоподобный диуретик: Амлодипин 5 мг/сут/ + Периндоприл 10 мг/сут. + Индапамид 2,5 мг/сут. + с положительным эффектом, но без достижения целевых значений АД (адаптирована к АД 150/95 мм рт. ст.).

Результаты биохимического анализа крови: показатели в пределах референсных интервалов. Калий – 4,1 ммоль/л (3.5-5.1), натрий - 140 ммоль/л (136-145).

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * Профессиональных вредностей не было;
- * Аллергологический анамнез без особенностей;
- * Наследственность не отягощена;
- * Менструации регулярные, безболезненные, не обильные;

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 173 см. Вес 95 кг (ИМТ = 31,7 кг/м²).

Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена по абдоминальному типу. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Дыхание везикулярное. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. АД – 155/90 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

**На первом этапе для постановки необходимо исследование:
(в скобках указаны референсные интервалы)**

- большим, чем; три раза
- меньшим, чем; два раза
- большим, чем; один раз
- таким же, как; один раз

Результаты обследования

Первичный тест на определение альдостерона и ренина проводится на фоне

- приема только препаратов с минимальным влиянием на РААС
- приема любых антигипертензивных препаратов
- отмены всех антигипертензивных препаратов
- приема только диуретиков

С учетом полученных результатов пациентке необходимо выполнить

- приема только препаратов с минимальным влиянием на РААС
- приема любых антигипертензивных препаратов
- отмены всех антигипертензивных препаратов
- приема только диуретиков

Результаты обследования

Для уточнения диагноза необходимо

- приема только препаратов с минимальным влиянием на РААС
- приема любых антигипертензивных препаратов
- отмены всех антигипертензивных препаратов
- приема только диуретиков

Результаты обследования

Представленные результаты КТ (надпочечники не увеличены, не изменены, данных за наличие образований не получено)

- исключают наличие одно-/двусторонней гиперплазии надпочечников, но не другие формы первичного гиперальдостеронизма
- исключают наличие первичного гиперальдостеронизма любой нозологической формы
- исключают наличие микроаденомы надпочечника, но не другие формы первичного гиперальдостеронизма
- не исключают первичный гиперальдостеронизм в связи с возможным наличием одно-/двусторонней гиперплазии надпочечников или микроаденомы

Для постановки окончательного диагноза и/или определения лечебной тактики на следующем этапе необходимо выполнить

- исключают наличие одно-/двусторонней гиперплазии надпочечников, но не другие формы первичного гиперальдостеронизма
- исключают наличие первичного гиперальдостеронизма любой нозологической формы
- исключают наличие микроаденомы надпочечника, но не другие формы первичного гиперальдостеронизма
- не исключают первичный гиперальдостеронизм в связи с возможным наличием одно-/двусторонней гиперплазии надпочечников или микроаденомы

Результаты обследования

На основании полученных результатов пациентке можно поставить диагноз

- исключают наличие одно-/двусторонней гиперплазии надпочечников, но не другие формы первичного гиперальдостеронизма
- исключают наличие первичного гиперальдостеронизма любой нозологической формы
- исключают наличие микроаденомы надпочечника, но не другие формы первичного гиперальдостеронизма
- не исключают первичный гиперальдостеронизм в связи с возможным наличием одно-/двусторонней гиперплазии надпочечников или микроаденомы

Диагноз

К гипотензивным препаратам, на фоне приема которых повторное определение альдостерона и ренина наиболее предпочтительно из-за их минимального влияния на показатели, относятся

- дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов и блокаторы b-адренорецепторов
- дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов и блокаторы a-адренорецепторов
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы b-адренорецепторов

Оптимальной тактикой в данном случае является

- пожизненная медикаментозная терапия антагонистами минералокортикоидных рецепторов
- двусторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия
- пожизненная медикаментозная терапия альфа-адреноблокаторами

Сравнительный селективный забор крови из надпочечниковых вен, являясь ключевым этапом диагностики первичного гиперальдостеронизма

- требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов за неделю до исследования
- требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов за 2 недели до исследования
- требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов накануне исследования
- не требует отмены антагонистов минералокортикоидных рецепторов

Сравнительный селективный забор крови из надпочечниковых вен как ключевой этап диагностики первичного гиперальдостеронизма (ПГА) должен выполняться

- всем пациентам с высоким альдостерон-рениновым соотношением для подтверждения диагноза ПГА
- только у пациентов с подтверждённым ПГА и картиной неизмененных надпочечников или двусторонних изменений
- всем пациентам с подтверждённым ПГА, вне зависимости от того, рассматривается ли возможность оперативного лечения
- только у пациентов с подтверждённым ПГА, у которых рассматривается возможность оперативного лечения

Предиктором развития послеоперационной гиперкалиемии может быть

- всем пациентам с высоким альдостерон-рениновым соотношением для подтверждения диагноза ПГА
- только у пациентов с подтверждённым ПГА и картиной неизмененных надпочечников или двусторонних изменений
- всем пациентам с подтверждённым ПГА, вне зависимости от того, рассматривается ли возможность оперативного лечения
- только у пациентов с подтвержденным ПГА, у которых рассматривается возможность оперативного лечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет выявлена гликемия натощак 6,9 ммоль/л.

Жалобы

на момент осмотра жалоб активно не предъявляет. При расспросе сообщает, что испытывает постоянную жажду, учащенное мочеиспускание.

Анамнез заболевания

В течение последних 20 лет имеет лишний вес. Диету не соблюдает. В течение 6 лет прибавила в весе около 5 килограмм.

Анамнез жизни

- * В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала.
- * Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа. Отец умер в возрасте 60 лет от инфаркта миокарда.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не имела.
- * Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Повышенного питания. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, имеется гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях, под молочными железами отмечается яркая гиперемия. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент 2 тона на аорте ЧСС – 72 в мин. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание учащено.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- всем пациентам с высоким альдостерон-рениновым соотношением для подтверждения диагноза ПГА
- только у пациентов с подтверждённым ПГА и картиной неизменных надпочечников или двусторонних изменений
- всем пациентам с подтверждённым ПГА, вне зависимости от того, рассматривается ли возможность оперативного лечения
- только у пациентов с подтвержденным ПГА, у которых рассматривается возможность оперативного лечения

Результаты обследования

Целевые значения холестерина ЛПНП для пациентов высокого риска составляют

- < 3,8 ммоль/л
- < 4,5 ммоль/л
- < 5,1 ммоль/л
- < 1,8 ммоль/л

Наиболее вероятным диагнозом является

- < 3,8 ммоль/л
- < 4,5 ммоль/л
- < 5,1 ммоль/л
- < 1,8 ммоль/л

Диагноз

Индивидуальной целью лечения данной пациентки следует считать уровень Hb A1c < +____+ %

- 6
- 7
- 9
- 8

В качестве стартовой терапии пациентке следует назначить

- комбинацию инсулина с пероральными сахароснижающими препаратами

- метформин в виде монотерапии
- ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
- метформин в сочетании с препаратом сульфонилмочевины

С целью уточнения функционального состояния почек пациентке было назначено исследование уровня креатинина в сыворотке крови, произведён расчет СКФ (68 мл/мин /1,73 м²). Результат соответствует + ____ + стадии хронической болезни почек

- 2
- 4
- 3А
- 3Б

С целью коррекции дислипидемии пациентке следует назначить

- фибраты
- ацетилсалициловую кислоту
- статины
- только соблюдение диеты

Препаратами первой линии для лечения артериальной гипертензии пациентки с СД 2-го типа являются

- препараты центрального действия
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- тиазидные диуретики и антагонисты кальция
- бета-блокаторы и калийсберегающие диуретики

Рекомендации по диете пациенту с СД 2-го типа предполагают

- ограничение калорийности рациона с целью умеренного снижения массы тела
- учет потребления углеводов по системе «хлебных единиц»
- исключение жиров животного происхождения
- значительное ограничение количества углеводов

Нерациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- препарат сульфонилмочевины {plus}глинид
- ингибитор НГЛТ-2{plus} препарат сульфонилмочевины
- препарат сульфонилмочевины {plus}метформин
- ингибитор ДПП-4 {plus} глинид

Пациентке с СД 2-го типа следует рекомендовать

- интенсивные ежедневные аэробные физические нагрузки
- аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут не менее 3 раз в неделю
- полный отказ от физических нагрузок
- аэробные физические упражнения продолжительностью 15 минут не менее 2 раз в неделю

К показаниям для госпитализации пациентов с СД 2-го типа относят

- интенсивные ежедневные аэробные физические нагрузки
- аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут не менее 3 раз в неделю
- полный отказ от физических нагрузок
- аэробные физические упражнения продолжительностью 15 минут не менее 2 раз в неделю

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * общую слабость,
- * повышенную утомляемость,
- * сонливость,
- * ухудшение памяти.

Анамнез заболевания

Отмечает ухудшение самочувствия в течение полугода. Ранее функция щитовидной железы не исследовалась. Планирует беременность.

Анамнез жизни

- * Семейный анамнез: бабушка – тиреоидэктомия по поводу зоба с компрессионным синдромом.
- * Менструальный цикл регулярный, 28 дней. Беременности — 0.
- * Лекарственный анамнез не отягощён.
- * Аллергических реакций не отмечалось.
- * Вредные привычки: нет.
- * Проживает в Чувашской республике.
- * Трудовой анамнез: работает врачом.

Объективный статус

Рост - 170 см, масса тела - 54 кг, ИМТ 18,7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 82 уд. в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Контуры шеи ровные. Шея визуально не изменена. При пальпации щитовидная железа не увеличена в объёме, плотная, безболезненная, подвижная, узловые образования четко не пальпируются, л/у не пальпируются.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение уровня

- интенсивные ежедневные аэробные физические нагрузки
- аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут не менее 3 раз в неделю
- полный отказ от физических нагрузок
- аэробные физические упражнения продолжительностью 15 минут не менее 2 раз в неделю

Результаты лабораторного метода обследования

При выявлении повышенного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- интенсивные ежедневные аэробные физические нагрузки
- аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут не менее 3 раз в неделю
- полный отказ от физических нагрузок
- аэробные физические упражнения продолжительностью 15 минут не менее 2 раз в неделю

Результаты обследования

К иммунологическим маркерам, необходимым для постановки диагноза, относятся антитела к

- интенсивные ежедневные аэробные физические нагрузки
- аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут не менее 3 раз в неделю
- полный отказ от физических нагрузок
- аэробные физические упражнения продолжительностью 15 минут не менее 2 раз в неделю

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- интенсивные ежедневные аэробные физические нагрузки
- аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут не менее 3 раз в неделю
- полный отказ от физических нагрузок
- аэробные физические упражнения продолжительностью 15 минут не менее 2 раз в неделю

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- интенсивные ежедневные аэробные физические нагрузки
- аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут не менее 3 раз в неделю
- полный отказ от физических нагрузок
- аэробные физические упражнения продолжительностью 15 минут не менее 2 раз в неделю

Диагноз

При субклиническом гипотиреозе заместительная терапия назначается

- пациентам в возрасте старше восьмидесяти лет
- в случае отягощенного по аутоиммунному тиреоидиту семейного анамнеза
- при наличии узловых образований щитовидной железы
- в индивидуальном порядке

При впервые выявленном субклиническом гипотиреозе на фоне АИТ рекомендовано повторное гормональное исследование через + _____ + мес. для подтверждения стойкого характера нарушения функции щитовидной железы

- 3-6
- 1-2
- 7-9
- 9-12

Для лечения гипотиреоза на фоне АИТ рекомендовано использовать

- левотироксин натрия в сочетании с трийодтиронином
- трийодтиронин
- высушенный экстракт щитовидных желез
- левотироксин натрия

При манифестном гипотиреозе показана заместительная терапия левотироксином натрия в средней дозе + _____ + мкг/кг массы тела пациента

- 2,1-2,3
- 1,3-1,5
- 1,6-1,8
- 1,9-2,1

Если женщина до беременности принимала левотироксин натрия, доза последнего должна быть увеличена примерно на + _____ + % при наступлении беременности

- 30
- 60
- 10
- 100

После установления диагноза АИТ дальнейшее исследование динамики уровня циркулирующих антител к щитовидной железе

- не имеет прогностического значения
- должно проводиться ежегодно
- необходимо при планировании беременности
- необходимо при гипертрофическом варианте аутоиммунного тиреоидита

При необходимости приема в утренние часы препаратов, влияющих на всасывание левотироксина натрия, рекомендуется соблюдать минимальный интервал около + _____ + часов/часа

- не имеет прогностического значения
- должно проводиться ежегодно
- необходимо при планировании беременности
- необходимо при гипертрофическом варианте аутоиммунного тиреоидита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * общую слабость,
- * повышенную утомляемость,
- * сонливость,
- * ухудшение памяти.

Анамнез заболевания

Отмечает ухудшение самочувствия в течение полугода. Ранее функция щитовидной железы не исследовалась.

Анамнез жизни

- * Семейный анамнез: бабушка – тиреоидэктомия по поводу зоба с компрессионным синдромом.
- * Менструальный цикл регулярный, 28 дней. Беременности — 0.
- * Лекарственный анамнез неотягощён.
- * Аллергических реакций не отмечалось.
- * Вредные привычки: нет.
- * Проживает в г. Санкт-Петербурге.
- * Трудовой анамнез: работает бухгалтером.

Объективный статус

Рост 162 см, масса тела 44 кг, ИМТ 16,8 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 90 уд. в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Контуры шеи ровные. Шея визуально не изменена. При пальпации щитовидная железа увеличена в объёме, мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная, узловые образования четко не пальпируются, л/у не пальпируются.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение уровня

- не имеет прогностического значения
- должно проводиться ежегодно
- необходимо при планировании беременности
- необходимо при гипертрофическом варианте аутоиммунного тиреоидита

Результаты лабораторного метода обследования

При выявлении повышенного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- не имеет прогностического значения
- должно проводиться ежегодно
- необходимо при планировании беременности
- необходимо при гипертрофическом варианте аутоиммунного тиреоидита

Результаты обследования

К иммунологическим маркерам, необходимым для постановки диагноза, относятся антитела к

- не имеет прогностического значения
- должно проводиться ежегодно
- необходимо при планировании беременности
- необходимо при гипертрофическом варианте аутоиммунного тиреоидита

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- не имеет прогностического значения
- должно проводиться ежегодно
- необходимо при планировании беременности
- необходимо при гипертрофическом варианте аутоиммунного тиреоидита

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- не имеет прогностического значения
- должно проводиться ежегодно
- необходимо при планировании беременности
- необходимо при гипертрофическом варианте аутоиммунного тиреоидита

Диагноз

При субклиническом гипотиреозе заместительная терапия назначается

- пациентам в возрасте старше восьмидесяти лет

- в случае отягощенного по аутоиммунному тиреоидиту семейного анамнеза
- в индивидуальном порядке
- при наличии узловых образований щитовидной железы

При впервые выявленном субклиническом гипотиреозе на фоне ХАИТ рекомендовано повторное гормональное исследование через + _____ + мес. для подтверждения стойкого характера нарушения функции щитовидной железы

- 3-6
- 7-9
- 9-12
- 1-2

Физиологическая доза йода, не способная индуцировать развитие гипотиреоза и не оказывающая отрицательного влияния на функцию щитовидной железы при уже существующем гипотиреозе, вызванном АИТ, составляет + _____ + мкг/сут

- 300
- 400
- 500
- 200

Существует риск манифестации гипотиреоза при назначении больным АИТ препаратов, содержащих йод в фармакологических дозах, – более + _____ + мкг в день

- 200
- 500
- 800
- 1000

В случае наступления беременности при субклиническом гипотиреозе терапия левотироксином натрия в полной заместительной дозе назначается

- во 2 триместре
- немедленно
- в 3 триместре
- перед родами

При наличии тиреоидных антител у лиц старше 65 лет риск развития манифестного гипотиреоза в последующие 4 года составляет + _____ + %

- 50
- 30
- 80
- 10

При субклиническом гипотиреозе и наличии тиреоидных антител риск развития явного гипотиреоза в общей популяции составляет + ____ + % в год

- 50
- 30
- 80
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * общую слабость,
- * повышенную утомляемость,
- * сонливость,
- * ухудшение памяти.

Анамнез заболевания

Отмечает ухудшение самочувствия в течение полугода. Ранее функция щитовидной железы не исследовалась.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст 3 ст риск ССО 4.
- * Лекарственная терапия: Эналаприл 10 мг утром и вечером.
- * Семейный анамнез: бабушка – тиреоидэктомия по поводу зоба с компрессионным синдромом.
- * Менструальный цикл регулярный, 28 дней. Беременности — 0.
- * Аллергических реакций не отмечалось.
- * Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 2 пачки в день.
- * Проживает в Пензенской области.
- * Трудовой анамнез: работает строителем.

Объективный статус

Рост 185 см, масса тела 115 кг, ИМТ 33,6 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс

ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 82 уд. в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Контуры шеи ровные. Шея визуально не изменена. При пальпации щитовидная железа увеличена в объёме, плотная, безболезненная, подвижная, узловые образования четко не пальпируются, л/у не пальпируются.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение уровня

- 50
- 30
- 80
- 10

Результаты лабораторного метода обследования

При выявлении повышенного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- 50
- 30
- 80
- 10

Результаты обследования

К иммунологическим маркерам, необходимым для постановки диагноза, относятся антитела к

- 50
- 30
- 80
- 10

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 50
- 30
- 80
- 10

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 50
- 30
- 80
- 10

Диагноз

Для лечения гипотиреоза на фоне ХАИТ рекомендовано использовать

- трийодтиронин
- левотироксин натрия
- высушенный экстракт щитовидных желез
- левотироксин в сочетании с трийодтиронином

При манифестном гипотиреозе показана заместительная терапия левотироксином в средней дозе + _____ + мкг/кг массы тела пациента

- 1,9-2,1
- 2,1-2,3
- 1,3-1,5
- 1,6-1,8

У лиц моложе + _____ + лет при отсутствии кардиальной патологии первоначальная доза левотироксина натрия может составлять 50 мкг и более

- 50
- 65
- 70
- 60

Пациентам с сопутствующей кардиальной патологией заместительную терапию гипотиреоза проводят под контролем

- эхокардиографии
- суточного мониторирования артериального давления
- электрокардиографии
- коронарографии

При гипертрофическом варианте ХАИТ оперативное лечение показано в случае

- отягощенного семейного анамнеза по раку щитовидной железы
- пожилого возраста пациента
- компрессии окружающих органов
- наличия косметического дефекта

При наличии тиреоидных антител у лиц старше 65 лет риск развития манифестного гипотиреоза в последующие 4 года составляет + _____ + %

- 60
- 20
- 80
- 40

При субклиническом гипотиреозе и наличии тиреоидных антител риск развития явного гипотиреоза в общей популяции составляет + ____ + % в год

- 60
- 20
- 80
- 40

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 19 лет обратился на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

* дискомфорт в области шеи.

Анамнез заболевания

Ранее обследование щитовидной железы не проводилось. Готовит пищу с использованием морской соли.

Анамнез жизни

* Семейный анамнез: мать – узловой эутиреоидный зоб.

* Лекарственный анамнез не отягощён.

* Аллергических реакций не отмечалось.

* Вредные привычки: курит в течение 6 лет по 1 пачке в день.

* Проживает в Нижегородской области.

* Трудовой анамнез: студент.

Объективный статус

Рост 175 см, масса тела 70 кг, ИМТ 22.86 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 62 уд. в минуту. АД 110/80 мм рт. ст. Контуры шеи ровные. Шея визуалью не изменена. При пальпации щитовидная железа увеличена в объёме, эластической консистенции, безболезненная, подвижная, узловые образования четко не пальпируются, л/у не пальпируются.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение уровня

- 60
- 20
- 80
- 40

Результаты лабораторного метода обследования

Для дифференциальной диагностики эндемического зоба и аутоиммунного заболевания щитовидной железы необходимо исследовать уровень антител к

- 60
- 20
- 80
- 40

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 60
- 20
- 80
- 40

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 60
- 20
- 80
- 40

Диагноз

На первом этапе лечения показано назначение

- комбинированной терапии йодом и левотироксином натрия
- супрессивной терапии левотироксином натрия
- тиреостатической терапии
- монотерапии препаратами йода

Для уменьшения размеров зоба возможно использование монотерапии левотироксином натрия в дозе не менее + _____ + мкг

- 100
- 75
- 150
- 125

При проведении терапии левотироксином натрия при диффузном эутиреоидном зобе целевым уровнем ТТГ является + _____ + мЕд/л

- 0,5-1,0
- 0,5-2,0
- 1,0-4,0
- 0,1-0,4

Для профилактики рецидива заболевания показано применение

- йодированной соли
- левотироксина натрия 25 мкг и препаратов йода 100 мкг в сутки
- левотироксина натрия 25 мкг в сутки
- препаратов йода 100 мкг в сутки

При диффузном эутиреоидном зобе оперативное лечение показано в случае

- наличия косметического дефекта
- пожилого возраста пациента
- компрессии окружающих органов
- отягощенного семейного анамнеза по раку щитовидной железы

Нормальный объем щитовидной железы для жителей Европы у мужчин — до + _____ + мл

- 18
- 22
- 20
- 25

Стандарт на йодированную поваренную соль от 1998 года предполагает внесение 40 ± 15 мг йода в виде + _____ + на 1 кг поваренной соли

- йодата натрия
- йодида калия
- йодида натрия
- йодата калия

Для предотвращения канцерогенного воздействия на ткань щитовидной железы радиоактивных изотопов йода, попадающих в атмосферу при аварии на атомной электростанции, рекомендовано назначение препаратов йода взрослыми по + _____ + мг/сут

- йодата натрия
- йодида калия
- йодида натрия
- йодата калия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на наличие объемного образования на шее, затруднение дыхания.

Анамнез заболевания

Увеличение щитовидной железы в течение 20 лет. Со слов, ТТГ в пределах нормы. В течение года затруднение при дыхании.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь I, стадия АГ 2, риск ССОЗ.

Лекарственная терапия: беталок зок 25 мг утром.

Семейный анамнез: мать – узловой эутиреоидный зоб.

Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют с 49 лет. Беременности: 0. Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: нет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работала учителем в школе. Пенсионерка.

Объективный статус

Рост - 160 см, масса тела - 53 кг, ИМТ 20,7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Отмечается сухость кожных покровов. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, безболезненная, подвижная при глотании, визуально увеличена (II ст. по ВОЗ), больше слева. Узловые образования четко не пальпируются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Для оценки функции щитовидной железы показано определение

- йодата натрия
- йодида калия
- йодида натрия
- йодата калия

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- йодата натрия
- йодида калия
- йодида натрия
- йодата калия

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- йодата натрия
- йодида калия
- йодида натрия
- йодата калия

Результаты обследования

Для оценки компрессии окружающих органов рекомендовано выполнение

- йодата натрия
- йодида калия
- йодида натрия
- йодата калия

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- йодата натрия
- йодида калия
- йодида натрия
- йодата калия

Диагноз

Оптимальным методом лечения пациентки является

- чрескожное введение склерозантов в узлы щитовидной железы
- хирургическое лечение
- радиоiodтерапия
- супрессивная терапия левотироксином натрия

Рекомендованным объемом оперативного вмешательства является

- резекция левой доли щитовидной железы
- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией
- тиреоидэктомия
- гемитиреоидэктомия

В послеоперационном периоде рекомендовано назначение

- комбинированной терапии левотироксином и трийодтиронином
- комбинированной терапии йодом и левотироксином натрия
- левотироксина натрия
- йодида калия

При узловом коллоидном эутиреоидном зобе 0-1 ст. предпочтительно

- оперативное лечение
- динамическое наблюдение
- проведение радиоiodтерапии

- назначение препаратов йода

Под динамическим наблюдением при узловом коллоидном эутиреоидном зобе 0-1 ст. подразумевают оценку ТТГ и УЗИ щитовидной железы с периодичностью 1 раз в + _____ + мес

- 9
- 3
- 12
- 6

Проведение ТАБ узловых образований диаметром менее 1 см показано в случае

- возраста старше 45 лет
- повышения базального кальцитонина до пяти пг/мл
- семейного анамнеза рака щитовидной железы
- сопутствующего нарушения функции щитовидной железы

Крайне редким осложнением ТАБ является

- возраста старше 45 лет
- повышения базального кальцитонина до пяти пг/мл
- семейного анамнеза рака щитовидной железы
- сопутствующего нарушения функции щитовидной железы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на наличие объемного образования на шее, тревожность, учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

Увеличение щитовидной железы в течение 5 лет. Со слов, ТТГ в пределах нормы. В течение месяца беспокоят тревожность и учащенное сердцебиение.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь I, стадия АГ 2, риск ССО 3.

Лекарственная терапия: периндоприл 5 мг утром.

Семейный анамнез: мать – узловой эутиреоидный зоб.

Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют с 49 лет. Беременности: 0. Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: нет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работала учителем в школе. Пенсионерка.

Объективный статус

Рост 160 см, масса тела 53 кг, ИМТ 20.7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд. в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации увеличена, мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании. В проекции правой доли пальпируется узловое образование около 1,5 см в диаметре, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении у пациентки узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- возраста старше 45 лет
- повышения базального кальцитонина до пяти пг/мл
- семейного анамнеза рака щитовидной железы
- сопутствующего нарушения функции щитовидной железы

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- возраста старше 45 лет
- повышения базального кальцитонина до пяти пг/мл
- семейного анамнеза рака щитовидной железы
- сопутствующего нарушения функции щитовидной железы

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики болезни Грейвса и функциональной автономии щитовидной железы необходимо исследования уровня антител к

- возраста старше 45 лет
- повышения базального кальцитонина до пяти пг/мл
- семейного анамнеза рака щитовидной железы
- сопутствующего нарушения функции щитовидной железы

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- возраста старше 45 лет
- повышения базального кальцитонина до пяти пг/мл
- семейного анамнеза рака щитовидной железы
- сопутствующего нарушения функции щитовидной железы

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- возраста старше 45 лет
- повышения базального кальцитонина до пяти пг/мл
- семейного анамнеза рака щитовидной железы
- сопутствующего нарушения функции щитовидной железы

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики различных форм токсического зоба необходимо выполнить

- возраста старше 45 лет
- повышения базального кальцитонина до пяти пг/мл
- семейного анамнеза рака щитовидной железы
- сопутствующего нарушения функции щитовидной железы

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- возраста старше 45 лет
- повышения базального кальцитонина до пяти пг/мл
- семейного анамнеза рака щитовидной железы
- сопутствующего нарушения функции щитовидной железы

Диагноз

Операцией выбора при многоузловом токсическом зобе является

- резекция доли щитовидной железы
- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией
- гемитиреоидэктомия
- тотальная тиреоидэктомия

После тиреоидэктомии по поводу многоузлового токсического зоба рекомендована заместительная терапия препаратами левотироксина натрия в дозе + _____ + мкг/кг в сутки

- 2,1
- 1,3
- 1,5
- 1,7

Проведение ТАБ узловых образований диаметром менее 1 см показано в случае

- сопутствующего нарушения функции щитовидной железы
- семейного анамнеза рака щитовидной железы
- возраста пациента старше 45 лет
- повышения базального кальцитонина до 5 пг/мл

Неинформативная пункция соответствует + _____ + диагностической категории по классификации Bethesda

- II
- I
- IV
- III

При кистозных + _____ + узлах независимо от размеров ТАБ диагностического значения не имеет

- II
- I
- IV
- III

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 23 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на тревожность, учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

Беременность 7-8 недель, многоплодная. В течение последней недели беспокоят тошнота, тревожность, учащенное сердцебиение. Направлена врачом-гинекологом на консультацию.

Анамнез жизни

Лекарственная терапия: йодомарин 200 мкг ежедневно.

Семейный анамнез: мать – узловой эутиреоидный зоб.

Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет. Беременности: 1.

Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: нет.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: студентка.

Объективный статус

Рост 160 см, масса тела 53 кг, ИМТ 20.7 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд. в минуту. АД 110/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, при пальпации не увеличена, мягкоэластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании. В проекции правой доли пальпируется узловое образование около 1,0 см в диаметре, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

При выявлении у пациентки узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня

- II
- I
- IV
- III

Результаты обследования

При выявлении сниженного ТТГ для постановки диагноза необходимо исследование

- II
- I
- IV
- III

Результаты обследования

Для уточнения диагноза необходимо исследование уровня антител к

- II
- I
- IV
- III

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- II
- I
- IV
- III

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения злокачественной патологии щитовидной железы показано выполнение

- II
- I
- IV
- III

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- II
- I
- IV
- III

Диагноз

Оптимальной тактикой ведения пациентки является

- назначение тиреостатиков

- оперативное лечение
- динамическое наблюдение
- проведение радиоiodтерапии

Эмбриопатия на фоне приема тиамазола развивается в течение + _____ + недели беременности

- 1-3
- 20-25
- 6-10
- 12-15

Во время беременности при проживании в йододефицитном регионе суточная потребность в йоде составляет + _____ + мкг

- 250
- 350
- 400
- 300

Материнский + _____ + важен для развития плода

- трийодтиронин
- тироксин
- ТТГ
- тиреоглобулин

В I триместре беременности у + _____ + % беременных развивается гестационный тиреотоксикоз

- 50-60
- 25-30
- 2-3
- 10-12

Гестационный тиреотоксикоз связан с повышением + _____ + в крови у беременных

- 50-60
- 25-30
- 2-3
- 10-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на дискомфорт при глотании, общую слабость, повышенную утомляемость, тревожность.

Анамнез заболевания

Год назад впервые появились жалобы на дрожь в теле, тремор рук, учащенное сердцебиение, жар, потливость, эмоциональную лабильность, снижение веса на 10 кг за 2 месяца. При обследовании в дебюте заболевания по данным УЗИ щитовидной железы общий объем 46,5 мл, эхо-признаки тиреоидита, гиперплазия щитовидной железы. По данным гормонального анализа крови ТТГ 0,08 мкМЕ/мл (0,23-3,4), Т4 св 89 пмоль/л (10-23,2). Диагностирован диффузный токсический зоб II ст. по ВОЗ, назначены тиамазол 30 мг в день, бисопролол 5 мг. Через 2 месяца от начала заболевания ТТГ 1,1 мкМЕ/мл, Т4 св 6,1 пмоль/л (10-23,2). Консультирована офтальмологом, диагностирована эндокринная офтальмопатия. В течение года доза тирозола постепенно снижена до 5 мг в сутки, продолжает получать на настоящий момент.

Планирует беременность.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: эндокринная офтальмопатия обоих глаз, неактивная стадия, слабая степень тяжести. Миопия слабой степени обоих глаз. Дислипидемия. Киста правого яичника.

Лекарственная терапия: тирозол 5 мг утром

Семейный анамнез: мать – зоб, эутиреоз. СД 2 типа.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные. Беременности: 0.

Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: курила раньше, бросила месяц назад.

Проживает в г. Москве.

Трудовой анамнез: работает юристом.

Объективный статус

Рост 164 см, масса тела 75 кг, ИМТ 27.9 кг/м². Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 86 уд в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, визуально увеличена (II ст по ВОЗ), пальпаторно мягко-эластической консистенции, узловые образования не определяются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Для оценки компенсации гормонального статуса пациентки на фоне тиреостатической терапии необходимо определение

- 50-60
- 25-30
- 2-3
- 10-12

Результаты обследования

Иммунологическим маркером, позволяющим уточнить диагноз, являются антитела к

- 50-60
- 25-30
- 2-3
- 10-12

Результаты обследования

Первоочередным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 50-60
- 25-30
- 2-3
- 10-12

Результаты инструментального метода обследования

Для оценки компрессии окружающих органов рекомендовано выполнение

- 50-60
- 25-30
- 2-3
- 10-12

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- 50-60
- 25-30

- 2-3
- 10-12

Диагноз

Перед отменой тиреостатической терапии желательно определить уровень антител к

- рецептору тиреотропного гормона
- тирозинкиназе
- тиреоглобулину
- тиреопероксидазе

При правильно проведенном лечении частота рецидивов после отмены тиреостатических препаратов составляет около (в процентах)

- 50
- 30
- 90
- 70

Учитывая объем щитовидной железы и планирование беременности, оптимальным методом лечения пациентки является

- терапия радиоактивным йодом
- назначение перхлората калия
- тиреостатическая терапия
- оперативное лечение

Рекомендуемым объемом операции при диффузном токсическом зобе является

- гемитиреоидэктомия
- тиреоидэктомия
- резекция доли щитовидной железы
- тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией

После тиреоидэктомии по поводу диффузного токсического зоба вне беременности рекомендована заместительная терапия препаратами левотироксина натрия в дозе + _____ + мкг/кг в сутки

- 1,9
- 1,7
- 2,1

- 1,5

После тиреоидэктомии или предельно субтотальной резекции ЩЖ беременным назначается заместительная терапия левотироксином из расчета + _____ + мкг/кг массы тела.

- 2,3
- 1,9
- 2,5
- 1,7

+ _____ + может/могут вызвать транзиторный тиреотоксикоз у плода и новорожденного

- 2,3
- 1,9
- 2,5
- 1,7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 72 -х лет обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На сухость кожи, выпадение волос, зябкость, снижение аппетита, общую слабость, снижение памяти, сонливость, запоры.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, указанные жалобы начали беспокоить около 2-х лет назад. Известно, что примерно в возрасте 65 лет эндокринолог назначал препарат для «лечения щитовидной железы», назвать препарат затрудняется. Препарат принимала каждое утро около 5 лет, потом самостоятельно отменила в связи с ухудшением самочувствия – появлением сердцебиения, потливости. Больше к эндокринологу не обращалась.

Анамнез жизни

- * функциональна независима, проживает с мужем, самостоятельно готовит, пользуется телефоном и общественным транспортом;
- * часто не может вспомнить, пила ли таблетки для сердца или нет, в последние месяцы стала забывать номера автобусов и названия знакомых станций метро;
- * в прошлом работала учителем математики в школе, в настоящее время на пенсии;

- * хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было;
- * мать страдала заболеванием щитовидной железы (зоб?);
- * около 3 лет назад диагностирована ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 2 ФК, постоянно получает бисопролол 5 мг в день, при появлении давящих болей за грудиной использует 1 таблетку нитроглицерина с положительным эффектом (не чаще 1 раза в неделю).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 161 см, масса тела 85 кг. Кожные покровы сухие, бледные, с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, имеются периферические плотные отеки голеней, кистей рук. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 52 в 1 мин, АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги. При осмотре обращает на себя внимание замедленная речь пациентки, грубый голос. Щитовидная железа при пальпации безболезненна, подвижна при глотании, увеличена в объеме, неоднородной структуры, плотной консистенции. Язык, зубной ряд.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение концентрации

- 2,3
- 1,9
- 2,5
- 1,7

Результаты обследования

Обязательным инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- 2,3
- 1,9
- 2,5
- 1,7

Результаты обследования

Учитывая клиническую картину и данные гормонального анализа крови, пациентке можно поставить диагноз

- 2,3
- 1,9
- 2,5
- 1,7

Диагноз

Результаты концентрации АТ-ТПО в крови и данные УЗИ щитовидной железы подтверждают, что причиной гипотиреоза является

- диффузный токсический зоб
- диффузный эутиреоидный зоб
- подострый тиреоидит
- хронический аутоиммунный тиреоидит (ХАИТ)

У пациентки наблюдается + _____ + форма аутоиммунного тиреоидита

- гипертрофическая
- узловая
- атрофическая
- диффузно-узловая

В клиническом анализе крови при гипотиреозе может наблюдаться

- лейкоцитоз
- эритроцитоз
- агранулоцитоз
- анемия

Тактика лечения пациентки заключается в

- проведении радиойодтерапии
- проведении тиреоидэктомии
- медикаментозной компенсации функции щитовидной железы
- восполнении йододефицита

Препаратом выбора для медикаментозной терапии пациентки является

- бисопролол
- калия йодид
- левотироксин натрия

- преднизолон

Учитывая наличие у пациентки кардиальной патологии (ИБС), лечение необходимо начинать с суточной дозы левотироксина натрия в количестве + _____ + мкг

- 50-75
- 25-50
- 75-88
- 12,5-25

Необходимость оперативного лечения при гипертрофической форме ХАИТ может быть обусловлена

- микседематозным отеком
- значительным увеличением щитовидной железы и развитием компрессионного синдрома
- повышением уровня тиреоглобулина крови
- наличием узлов

Более информативным инструментальным методом при проведении дифференциальной диагностики тиреотоксической фазы ХАИТ и болезни Грейвса является

- УЗИ
- МРТ
- тонкоигольная аспирационная биопсия
- радиоизотопное сканирование

Быстрый рост зоба при АИТ с появлением признаков компрессии окружающих органов и тканей подозрителен на развитие

- УЗИ
- МРТ
- тонкоигольная аспирационная биопсия
- радиоизотопное сканирование

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 88 лет обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На набор массы тела, слабость, зябкость, сухость кожи, снижение аппетита, плохую память, снижение настроения, сонливость, запоры, одутловатость, отечность лица, ноющие боли в суставах, боли за грудиной и одышку при физической активности.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки около 6 месяцев назад перенесла эндоскопическое оперативное лечение на щитовидной железе. Предположительно гемитиреоидэктомию по поводу крупного многоузлового зоба. После операции никакие препараты не получала. Указанные симптомы появились и стали нарастать последние 3-4 месяца. 2 года назад перенесла инфаркт миокарда.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было;
- * Б-1, Р-1 в возрасте 35 лет;
- * в прошлом работала поваром в детском саду, в настоящее время на пенсии;
- * живет с дочерью и внучкой, обслуживает себя самостоятельно, готовит сама, из дома выходит на прогулку и в магазин, пользуется стационарным домашним телефоном (мобильного нет), общественным транспортом не пользуется больше 5 лет, счета сама не оплачивает, пенсию получает с помощью дочери.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 89 кг. Кожные покровы сухие, бледные, с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, имеются периферические плотные отеки голеней, кистей рук. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 58 в 1 мин, АД 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Язык увеличен в объеме, обложен белым налетом. Установлены съемные зубные протезы. Пальпируется только правая доля щитовидной железы, безболезненная, подвижная при глотании, неоднородной структуры, мягко-эластичной консистенции. Язык? Состояние зубов.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение концентрации

- УЗИ
- МРТ
- тонкоигольная аспирационная биопсия
- радиоизотопное сканирование

Результаты обследования

Обязательным инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- УЗИ
- МРТ
- тонкоигольная аспирационная биопсия
- радиоизотопное сканирование

Результаты обследования

Учитывая клиническую картину и данные гормонального анализа крови, пациентке можно поставить диагноз

- УЗИ
- МРТ
- тонкоигольная аспирационная биопсия
- радиоизотопное сканирование

Диагноз

Данные анамнеза и данные УЗИ щитовидной железы подтверждают, что причиной гипотиреоза является

- радиойодтерапия
- тяжелый йодный дефицит
- хронический аутоиммунный тиреоидит
- левосторонняя гемитиреоидэктомия

Тактика лечения пациентки заключается в

- проведении тиреоидэктомии
- проведении радиойодтерапии
- медикаментозной компенсации функции щитовидной железы
- восполнении йододефицита

Препаратом выбора для медикаментозной терапии пациентки является

- левотироксин натрия
- преднизолон
- трийодтиронин
- калия йодид

Учитывая наличие у пациентки кардиальной патологии (ИБС), лечение необходимо начинать с суточной дозы левотироксина натрия в количестве + _____ + мкг

- 75-88
- 12,5-25
- 50-75
- 25-50

Показанием к назначению заместительной терапии у пациентки является

- субклинический гипотиреоз в пожилом возрасте
- повышение уровня ТТГ выше 10 мЕд/л
- наличие только одной доли щитовидной железы
- наличие фокальных изменений структуры щитовидной железы

Дозу левотироксина необходимо постепенно увеличивать каждые

- 6-8 месяцев
- 3-4 месяца
- 1-2 недели
- 1-2 месяца

Заместительную терапию левотироксином пациентке необходимо проводить под контролем

- ЭКГ
- ЭХО-КГ
- суточного мониторирования АД
- УЗИ щитовидной железы

После подбора суточной дозы левотироксина контроль ТТГ в динамике необходимо проводить с частотой 1 раз в

- 3 месяца
- 2-3 года
- 6 месяцев
- год

При выявлении низких показателей ТТГ на фоне приема тиреоидных препаратов показано

- 3 месяца
- 2-3 года

- 6 месяцев
- год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет с сахарным диабетом 1 типа обратился к врачу-эндокринологу для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 2,7 до 18,9 ммоль/л, гипогликемии 1 раз в день, периодически - сухость во рту.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 20 лет назад (в возрасте 15 лет). Дебют заболевания с кетоацидоза, гликемия 21 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия. Около года назад, учитывая невозможность достижения целевых показателей гликемии, пациенту инициирована помповая инсулинотерапия.

На момент обращения терапия в базальном режиме: с 00:00 - 0,5 Ед/ч, с 04:00 - 0,6 Ед/ч, с 18:00 - 0,7 Ед/ч,

Болюсная доза (на основные приемы пищи и коррекцию гипергликемии) из расчета:

* углеводный коэффициент – с 0:00 – 1,0 ЕД/ХЕ, 12:00 – 1,5 ЕД/ХЕ, с 17:00 – 1,0 ЕД/ХЕ,

* фактор чувствительности к инсулину с 00:00 - 3,0 ммоль/л/ЕД,

* целевая гликемия: 7,5 ммоль/л

Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 8,1 %.

Колебания гликемии от 2,7 до 18,9 ммоль/л. Гипогликемии ощущает на уровне 3,8 ммоль/л, купирует соком. Контроль гликемии 3-4 раза в день. Из осложнений сахарного диабета выявлена непролиферативная ретинопатия, дистальная диабетическая нейропатия, данных за наличие нефропатии ранее не получено. Пациент предоставил дневник гликемии за последние 2 дня.

Анамнез жизни

Наследственность: сахарный диабет 2 типа у бабушки.

Аллергоанамнез не отягощен.

Пациент работает сантехником.

Объективный статус

Рост – 170 см, масса тела – 70 кг, индекс массы тела – 24,2 кг/м², температура

тела – 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких– везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 120/74 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы визуально не изменены, язвенных дефектов нет. Снижение тактильной, вибрационной и температурной чувствительности с обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Рекомендованный индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для пациента составляет менее + _____ + %

- 8,0
- 6,5
- 7,5
- 7,0

Целевому уровню гликированного гемоглобина будет соответствовать значение гликемии натощак/перед приемом пищи менее + _____ + ммоль/л

- 7,0
- 7,5
- 8,0
- 6,5

Обязательными условиями для оценки адекватности базальной скорости инсулина являются пропуск приема пищи и

- прием пищи на 2 хлебные единицы за час до начала проверки
- введение болюса за 2 часа до начала оценки
- отсутствие дополнительных доз инсулина
- выраженная физическая активность

Учитывая наличие непролиферативной ретинопатии и диабетической дистальной нейропатии, должен быть выставлен код + _____ + по МКБ-10

- E10.4
- E10.7
- E11.7
- E13.7

Необходимо рекомендовать пациенту проводить контроль гликемии

- не менее 4 раз в день

- только при клинических признаках гипогликемии
- 1-2 раза в сутки
- 1 раз в неделю

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые + _____ + месяца/месяцев

- 6
- 2
- 3
- 12

Смена канюли при использовании помповой инсулинотерапии должна осуществляться каждые + _____ + часа

- 48-72
- 24-36
- 84-96
- 12-24

Скорость введения инсулина в базальном режиме должна обеспечивать

- снижение уровня гликемии до целевого при исходно высоком уровне гликемии
- поддержание уровня гликемии в пределах индивидуальных целевых значений
- стабильную гликемию при отсутствии факторов, влияющих на потребность в инсулине
- поддержание уровня гликемии после приемов пищи

При использовании помповой инсулинотерапии болюс на прием пищи необходимо вводить + _____ + минут

- через 10-15
- за 5-15
- через 30
- за 30-40

Выбор индивидуальных целей лечения сахарного диабета зависит от

- этнической принадлежности
- региона проживания
- индекса массы тела
- возраста пациента

При использовании помповой инсулинотерапии для расчета дозы с помощью калькулятора болюса пациенту необходимо запрограммировать

- гликированный гемоглобин и среднюю гликемию
- вариабельность гликемии и количество ХЕ
- частоту самоконтроля и длительность диабета
- углеводный коэффициент и корректирующий фактор

При использовании помповой инсулинотерапии увеличение срока ношения каждой инфузионной системы может привести к

- гликированный гемоглобин и среднюю гликемию
- вариабельность гликемии и количество ХЕ
- частоту самоконтроля и длительность диабета
- углеводный коэффициент и корректирующий фактор

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет с сахарным диабетом 1 типа впервые обратилась к врачу-эндокринологу в консультативно-диагностический центр для коррекции инсулинотерапии. Беременность 6 недель.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 1,4 до 12,4 ммоль/л, гипогликемии до 3х раз в сутки.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 20 лет назад (в возрасте 10 лет), дебют заболевания с характерной клинической картины декомпенсации углеводного обмена, гликемия 16 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

В настоящее время у пациентки 6 неделя беременности. На момент осмотра терапия по схеме Тресибя 16 Ед в 22.00, Хумалог перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 6,4 %, колебания гликемии от 1,4 до 12,4 ммоль/л.

Гипогликемии ощущает на уровне 3,5 ммоль/л, купирует соком. Из осложнений ранее выявлена дистальная диабетическая нейропатия, диабетическая непролиферативная ретинопатия. Данных за диабетическую нефропатию не получено. Пациентка предоставила дневник гликемии за последние 2 дня.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Пациентка не работает.

Объективный статус

Рост – 158 см, масса тела – 55 кг, температура тела – 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 80 в минуту, АД – 106/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы визуально не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Рекомендованный индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентки составляет менее + _____ + %

- 8,0
- 7,0
- 7,5
- 6,0

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 5,1
- 6,0
- 5,5
- 5,3

Целевой уровень гликемии через 1 час после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 7,8
- 7,5
- 7,0
- 7,2

Самоконтроль кетонурии или кетонемии должен проводиться утром натощак

- ежедневно после 24 недели
- 1 раз в триместр
- 1 раз в неделю
- 1 раз в 2 недели

Пациентка должна быть предупреждена, что риск развития гипогликемических состояний увеличивается в/на + _____ + беременности

- I триместре
- 32 неделе
- II триместре
- 24 неделе

Осмотр офтальмолога с расширенным зрачком должен осуществляться во время беременности

- 1 раз в месяц
- только в I триместре беременности
- 1 раз в триместр
- каждые 1-2 недели

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина во время беременности осуществляется 1 раз в + _____ + недель

- 6-8
- 10-12
- 4-5
- 2-3

Получаемый продленный инсулин Тресиба должен быть

- оставлен без изменения дозы препарата
- заменен на Левемир
- заменен на Туджео
- оставлен при условии коррекции дозы

Во время беременности разрешено применение инсулина

- тресиба
- хумалог
- апидра
- туджео

Риск развития сахарного диабета 1 типа у ребенка в течение жизни при наличии сахарного диабета 1 типа у обоих родителей составляет + _____ + %

- 2-6
- 15-20
- 30-35
- 50-60

Достижение целевого уровня гликированного гемоглобина рекомендовано за

+ _____ + до зачатия

- 2 недели
- 7 недель
- 3-4 месяца
- 1 месяц

Зачатие нежелательно при уровне гликированного гемоглобина более

+ _____ + %

- 2 недели
- 7 недель
- 3-4 месяца
- 1 месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 20 лет с сахарным диабетом 1 типа обратилась к врачу-эндокринологу в консультативно-диагностический центр для коррекции инсулинотерапии. Беременность 26 недель.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 2,4 до 13,4 ммоль/л, гипогликемии до 3х раз в сутки, повышение артериального давления до 145/90 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 10 лет назад (в возрасте 10 лет). Дебют заболевания с характерной клинической картины декомпенсации углеводного обмена, гликемия 17 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

В настоящее время у пациентки 27-я неделя беременности. На момент осмотра терапия по схеме: Лантус 16 Ед в 22.00, Хумалог перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 5,8 %, колебания гликемии от 2,4 до 13,4 ммоль/л.

Гипогликемии ощущает на уровне 3,0 ммоль/л, купирует соком, сахаром.

Тяжелые гипогликемии отрицает. Из осложнений ранее выявлена дистальная диабетическая нейропатия, данных за наличие диабетической нефропатии и

ретинопатии не получено. Пациентка предоставила дневник гликемии за последние 2 дня.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Пациентка не работает.

Объективный статус

Рост – 158 см, масса тела – 65 кг, температура тела – 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 66 в минуту, АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций инсулина без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы визуально не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение температурной чувствительности слева. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Рекомендованный индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентки составляет менее + _____ + %

- 6,5
- 6,0
- 7,0
- 7,5

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 5,1
- 5,3
- 5,5
- 6,0

Целевой уровень гликемии через 1 час после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 7,8
- 7,5
- 8,0
- 7,0

Самоконтроль кетонурии или кетонемии должен проводиться

- ежедневно после 24 недели

- при гипергликемии >11,0 ммоль/л
- 1 раз триместр
- 2 раза в день

Учитывая наличие артериальной гипертензии, пациентке должен быть назначен препарат

- метилдопа
- лозартан
- эналаприл
- фуросемид

Анализ мочи на соотношение альбумин/креатинин должен осуществляться

- не менее 1 раза в триместр
- 1 раз в месяц
- каждые 1-2 недели
- только в I триместре

Контроль гликированного гемоглобина во время беременности осуществляется 1 раз в + _____ + недель/недели

- 4-5
- 2-3
- 10-12
- 6-8

Пациентке необходимо рекомендовать использовать инсулины

- новорапид и туджео
- хумалог и лантус
- хумалог и тресиба
- апидра и лантус

Во время беременности разрешено применение инсулина

- новорапид
- туджео
- тресиба
- апидра

Риск развития сахарного диабета 1 типа у ребенка в течение жизни при наличии сахарного диабета 1 типа у обоих родителей составляет

+ _____ + %

- 30-35
- 65-70
- 10-15
- 2-6

Планирование беременности при сахарном диабете 1 типа включает определение уровня

- СТГ и ИРФ-1
- ТТГ и свободного Т4
- АКТГ и кортизола
- антител к GAD и β -клеткам поджелудочной железы

Зачатие у пациентов с сахарным диабетом 1 типа нежелательно при

- СТГ и ИРФ-1
- ТТГ и свободного Т4
- АКТГ и кортизола
- антител к GAD и β -клеткам поджелудочной железы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет с сахарным диабетом 1 типа обратилась к врачу-эндокринологу в консультативно-диагностический центр для коррекции инсулинотерапии. Беременность 24 недели.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 2,9 до 10,4 ммоль/л, гипогликемии 1 раз в сутки.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 20 лет назад (в возрасте 5 лет), дебют заболевания с характерной клинической картины декомпенсации углеводного обмена, гликемия 20 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

В настоящее время у пациентки 25-я неделя беременности. На момент осмотра терапия по схеме: Тресиба 14 Ед в 22.00, Хумалог перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 6,5%, колебания гликемии от 2,9 до 10,4 ммоль/л.

Гипогликемии ощущает на уровне 3,0 ммоль/л, купирует соком, конфетами, сахаром. Тяжелые гипогликемии отрицает. Из осложнений ранее выявлены дистальная диабетическая нейропатия, диабетическая препролиферативная

ретинопатия. Данных за наличие диабетической нефропатии не получено. Пациентка предоставила дневник гликемии за последние 2 дня.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Пациентка работает секретарем.

Объективный статус

Рост – 168 см, масса тела– 60 кг, температура тела – 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 80 в минуту, АД – 106/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций инсулина без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы визуально не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Рекомендованный индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентки составляет менее + _____ + %

- 7,0
- 7,5
- 6,5
- 6,0

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 6,0
- 5,5
- 5,1
- 5,3

Целевой уровень гликемии через 1 час после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 7,0
- 8,0
- 7,5
- 7,8

Целевой уровень гликемии перед сном у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 7,0
- 5,3
- 6,0
- 5,5

Пациентка должна быть предупреждена, что риск развития гипогликемических состояний увеличивается

- после 34 недели беременности
- перед родами
- на 24 неделе беременности
- в послеродовом периоде

Осмотр офтальмолога с расширенным зрачком должен осуществляться во время беременности

- каждые 1-2 недели
- только в I триместре беременности
- 1 раз в месяц
- 1 раз в триместр

Пациентке рекомендовано использовать инсулины

- хумалог и тресиба
- хумалог и лантус
- апидра и тресиба
- апидра и лантус

В случае выраженного ухудшения препролиферативной ретинопатии показана/показано

- безотлагательная лазеркоагуляция
- лазеркоагуляция после родов
- дальнейшее наблюдение
- интравитреальное введение стероидов

Срок и метод родоразрешения при сахарном диабете 1 типа определяются

- акушерскими показаниями
- стажем сахарного диабета
- желанием пациентки
- степенью компенсации углеводного обмена

Риск развития сахарного диабета 1 типа у ребенка в течение жизни при наличии сахарного диабета 1 типа у матери или отца составляет + _____ + %

- 80-90
- 2-6
- 30-35
- 50-55

При плановом оперативном родоразрешении доза инсулина продленного действия уменьшается накануне операции на + _____ + %

- 50
- 70
- 10
- 20

Грудное вскармливание при сахарном диабете сопряжено с риском развития

- 50
- 70
- 10
- 20

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 30 лет, с сахарным диабетом 1 типа, беременностью 10 недель, обратилась к врачу-эндокринологу с вопросом о целесообразности перевода на помповую терапию.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 2,4 до 15,4 ммоль/л, гипогликемии до 1 раза в сутки.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 17 лет назад (в возрасте 13 лет), дебют заболевания с характерной клинической картины декомпенсации углеводного обмена, гликемия 17 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

В настоящее время у пациентки 10 неделя беременности. На момент осмотра терапия по схеме Лантус 16 Ед в 22.00, Хумалог перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед, уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад 6,9%, колебания гликемии от 2,4 до 15,4 ммоль/л, гипогликемии ощущает на уровень 2,9 ммоль/л, купирует соком, сахаром. Из осложнений ранее выявлена дистальная диабетическая полинейропатия, данных за наличие диабетической нефропатии и ретинопатии не получено.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез без особенностей. Пациентка работает нотариусом.

Объективный статус

Рост – 158 см, масса тела – 55 кг, индекс массы тела – 22,0 кг/м², температура тела – 36,6°С. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с левой стороны. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентки составляет менее + _____ + %

- 8,0
- 7,5
- 7,0
- 6,0

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 7,0
- 6,5
- 5,3
- 6,0

Целевой уровень гликемии через 1 час после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 11,0
- 8,0
- 10,0
- 7,8

Целевой уровень гликемии через 2 часа после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 8,0

- 10,0
- 11,0
- 6,7

Пациентка должна быть предупреждена, что риск развития гипогликемических состояний увеличивается

- на 24 неделе беременности
- в первые 2-3 дня после зачатия
- до 5 недели беременности
- в 1 триместре

Анализ мочи на соотношение альбумин/креатин и расчет СКФ должны осуществляться во время беременности

- 1 раз в месяц
- каждые 1-2 недели
- только в I триместре беременности
- 1 раз в триместр

Учитывая наличие у пациентки дистальной диабетической полинейропатии, должен быть выставлен код + _____ + по МКБ-10

- E10.9
- E13.4
- E11.5
- E10.4

Перевод на помповую инсулинотерапию необходимо осуществлять не позднее + _____ + недели беременности

- 25-26
- 12-13
- 20
- 6

При необходимости экстренного родоразрешения при использовании помповой инсулинотерапии рекомендовано снижение базальной скорости на + _____ + %

- 75
- 25
- 50
- 15

Пациентка должна быть информирована, что запас инсулина должен храниться при температуре + _____ + °C

- {plus}17-20
- -15-20
- {plus}10-15
- {plus}2 -8

Достижение целевого уровня гликированного гемоглобина рекомендовано за + _____ + месяца/месяцев до зачатия

- 6-8
- 10-12
- 1-2
- 3-4

Целевые показатели глюкозы в родах составляют + _____ + ммоль/л

- 6-8
- 10-12
- 1-2
- 3-4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 21 года с сахарным диабетом 1 типа обратился к врачу-эндокринологу в поликлинику для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 1,7 до 18,4 ммоль/л, гипогликемии 1 раз в 2 недели, периодическую сухость во рту.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 7 лет назад (в возрасте 14 лет), дебют заболевания с кетоацидоза, гликемия 18 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

На момент осмотра терапия по схеме Левемир 16 Ед утром 14 Ед вечером, Апидра перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 7,9 %, колебания гликемии от 1,7 до 18,4 ммоль/л. Гипогликемии ощущает на уровне 3,3 ммоль/л, купирует соком. Отмечает, что иногда при гипогликемии требуется помощь посторонних. Контроль гликемии 3-4 раза в день. Данных за наличие

осложнений сахарного диабета ранее получено не было. Пациент предоставил дневник гликемии за последние 2 дня. Пациент занимается спортом 1 раз в неделю.

Анамнез жизни

Наследственность: Сахарный диабет 1 типа у сестры.

Аллергологический анамнез: ринит на пыльцу березы.

Профессия - ветеринар.

Объективный статус

Рост – 170 см, масса тела – 70 кг, индекс массы тела – 24,2 кг/м², температура тела – 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких– везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 120/74 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы визуально не изменены, язвенных дефектов нет. Снижение температурной чувствительности с обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Рекомендованный индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для пациента составляет менее + _____ + %

- 7,5
- 7
- 8,0
- 6,5

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациента составляет менее + _____ + ммоль/л

- 8,0
- 6,5
- 7,5
- 7,0

Целевой уровень гликемии через 2 часа после еды у пациента составляет менее + _____ + ммоль/л

- 8,0
- 7,5
- 8,5
- 9,0

Учитывая данные анамнеза и осмотра, должен быть выставлен код по МКБ-10

- E13.9
- E10.7
- E10.9
- E10.4

Необходимо рекомендовать пациенту проводить контроль гликемии

- не менее 4 раз в день
- 1-2 раза в сутки
- только при клинических признаках гипогликемии
- 1 раз в неделю

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые + _____ + месяца/месяцев

- 6
- 3
- 2
- 12

Профилактика гипогликемии при длительной физической активности (более 2 часов) заключается в

- увеличении дозы препаратов инсулина ультракороткого действия, которые будут действовать во время и после физической активности, на 30-50%
- уменьшении дозы препаратов инсулина продленного действия на 70-90%
- уменьшении дозы препаратов инсулина ультракороткого и продленного действия, которые будут действовать во время и после физической активности, на 20-50%
- дополнительном приеме углеводов без коррекции инсулинотерапии

Инъекции аналогов инсулина ультракороткого действия осуществляются

- во все рекомендуемые места инъекций
- исключительно в область верхней трети бедра
- только в область верхней-наружной части ягодиц
- строго в область средней наружной трети плеч

Действующим веществом препарата Левемир является инсулин

- гларгин
- детемир
- деглудек
- лизпро

Выбор индивидуальных целей лечения сахарного диабета зависит от

- этнической принадлежности
- региона проживания
- риска тяжелой гипогликемии
- индекса массы тела

Временным противопоказанием к физической активности является гликемия выше + _____ + ммоль/л без кетонурии

- 8,0
- 16,0
- 10,0
- 9,5

При + _____ + необходимо проявлять осторожность и дифференцированный подход к выбору вида физической активности

- 8,0
- 16,0
- 10,0
- 9,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 18 лет, с сахарным диабетом 1 типа, беременностью 26 недель, обратилась к врачу-эндокринологу с вопросом о целесообразности перевода на помповую инсулинотерапию.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 2,4 до 16,4 ммоль/л, гипогликемии до 1 раза в сутки.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 17 лет назад (в возрасте 1 года), дебют заболевания с кетоацидотической комы, гликемия 20 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

В настоящее время у пациентки 26 неделя беременности. На момент осмотра терапия по схеме Лантус 16 Ед в 22.00, Хумалог перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед, уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад 7,6 %, колебания гликемии от 2,4 до 16,4 ммоль/л, гипогликемии

ощущает на уровень 2,9 ммоль/л, купирует соком, сахаром. Из осложнений ранее выявлены дистальная диабетическая полинейропатия и пролиферативная ретинопатия, ранее выполнены 2 сеанса лазерной коагуляции сетчатки в 2012 и 2014 годах, данных за наличие диабетической нефропатии не получено.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез без особенностей. Пациентка работает флористом.

Объективный статус

Рост – 158 см, масса тела – 55 кг, индекс массы тела – 22,0 кг/м², температура тела – 36,6°С. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Целевой уровень гликированного гемоглобина у пациентки составляет менее + _____ + %

- 6,0
- 7,5
- 8,0
- 7,0

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 6,5
- 7,0
- 5,3
- 6,0

Целевой уровень гликемии через 1 час после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 11,0
- 10,0
- 8,0
- 7,8

Самоконтроль гликемии должен осуществляться не менее + _____ + раз в сутки

- 5
- 4
- 7
- 3

Пациентка должна быть предупреждена, что риск развития гипогликемических состояний увеличивается

- после 36 недели
- до 6 недели беременности
- в первые 2-3 дня после зачатия
- на 24 неделе беременности

Учитывая наличие у пациентки диабетической ретинопатии, рекомендован осмотр офтальмолога

- 1 раз в триместр
- каждые 1-2 недели
- только в I триместре беременности
- 1 раз в месяц

Учитывая наличие у пациентки дистальной диабетической полинейропатии и пролиферативной ретинопатии, должен быть выставлен код по МКБ-10

- E11.7
- E10.9
- E13.4
- E10.7

Перевод на помповую инсулинотерапию необходимо осуществлять не позднее + _____ + недели беременности

- 20-22
- 25-26
- 12-13
- 15-16

Пациентке планируется оперативное родоразрешение. При режиме многократных инъекций инсулина дозу инсулина продленного действия нужно уменьшить накануне операции на + _____ + %

- 15

- 50
- 75
- 25

Пациентка должна быть информирована, что запас инсулина должен храниться при температуре + _____ + °C

- {plus}2 -8
- -15-20
- {plus}10-15
- {plus}17-20

Зачатие нежелательно при

- уровне гликированного гемоглобина >6,5%
- уровне креатинина плазмы > 100 мкмоль/л
- суточной протеинурии >2,0 г
- пролиферативной ретинопатии до проведения ЛКС

Целевые показатели глюкозы в родах составляют + _____ + ммоль/л

- уровне гликированного гемоглобина >6,5%
- уровне креатинина плазмы > 100 мкмоль/л
- суточной протеинурии >2,0 г
- пролиферативной ретинопатии до проведения ЛКС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 28 лет, с сахарным диабетом 1 типа, беременностью 36 недель обратилась к врачу-эндокринологу в поликлинику для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 1,4 до 20,4 ммоль/л, гипогликемии до 1 раз в 3-4 дня.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 17 лет назад (в возрасте 11 лет), дебют заболевания с кетоацидотической комы, гликемия 21 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

В настоящее время у пациентки 36 неделя беременности. На момент осмотра терапия по схеме Лантус 14 Ед в 22.00, Хумалог перед основными приемами

пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед, уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад 7,3 %, колебания гликемии от 1,4 до 20,4 ммоль/л, гипогликемии ощущает на уровень 2,9 ммоль/л, купирует соком, сахаром. Из осложнений ранее выявлены дистальная диабетическая полинейропатия и пролиферативная ретинопатия, ранее выполнены 4 сеанса лазерной коагуляции сетчатки в 2012 и 2014,2016 и 2017 годах, данных за наличие диабетической нефропатии не получено. Пациентка не соблюдает рекомендации эндокринолога, контроль гликемии проводит 1-2 раза в день (натошак и на ночь).

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез без особенностей. Пациентка работает бухгалтером.

Объективный статус

Рост – 158 см, масса тела – 55 кг, индекс массы тела – 22,0 кг/м², температура тела – 36,6°С. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких– везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной, вибрационной и температурной чувствительности обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентки составляет менее + _____ + %

- 8,0
- 6,0
- 7,5
- 7,0

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 5,3
- 6,5
- 6,0
- 7,0

Целевой уровень гликемии через 1 час после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 8,0
- 7,8
- 11,0
- 10,0

Пациентка сообщила, что утром обнаружила кетонурию по самоконтролю. Гликемия 6,0 ммоль/л. Рекомендован/рекомендовано

- увеличение дозы продленного инсулина
- срочная госпитализация в связи с кетоацидозом
- дополнительная инъекция инсулина ультракороткого действия
- дополнительный прием углеводов перед сном или в ночное время

Пациентка должна быть предупреждена, что кетоацидоз при беременности может развиваться в течение + _____ + часов при гликемии > 11,0 ммоль/л

- 3-4
- 6-12
- 18-24
- 36-48

Анализ мочи на соотношение альбумин/креатин и расчет СКФ должны осуществляться во время беременности

- 1 раз в месяц
- каждые 1-2 недели
- только в I триместре беременности
- 1 раз в триместр

Учитывая наличие у пациентки дистальной диабетической полинейропатии и пролиферативной ретинопатии, должен быть выставлен код по МКБ-10

- E13.4
- E11.7
- E10.9
- E10.7

Пациентке необходимо рекомендовать проводить самоконтроль гликемии

- не менее 7 раз в сутки
- не менее 4 раз в сутки
- перед приемами пищи и на ночь
- натошак и на ночь и при ухудшении самочувствия

Пациентке необходимо рекомендовать самоконтроль кетонурии или кетонемии

- на ночь 1 раз в день
- через 2 часа после еды 1 раз в месяц
- натощак 1 раз в 2 недели
- в любое время суток 1 раз в триместр

При необходимости проведения родоразрешения путем кесарева сечения необходимо провести коррекцию инсулинотерапии в виде

- увеличения дозы продленного инсулина на 20-30%
- увеличения доза продленного инсулина на 50%
- отмены продленного инсулина за 2 суток до планируемой операции
- снижения дозы продленного инсулина на 50%

При грудном вскармливании доза болюсного инсулина

- уменьшается на 30-50%
- уменьшается на 10-20%
- увеличивается на 30-50%
- остается прежней

Целевые показатели глюкозы в послеродовом периоде составляют

+ _____ + ммоль/л

- уменьшается на 30-50%
- уменьшается на 10-20%
- увеличивается на 30-50%
- остается прежней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 38 лет, с сахарным диабетом 1 типа, беременностью 6 недель обратилась к врачу-эндокринологу в поликлинику для решения вопроса о возможности перевода на помповую инсулинотерапию.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 1,4 до 13,4 ммоль/л, гипогликемии до 1 раз в день, повышения АД до 150/90 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 17 лет назад (в возрасте 21 года),

дебют заболевания с кетоацидоза, гликемия 21 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

В настоящее время у пациентки 6 неделя беременности (беременность первая). На момент осмотра терапия по схеме Левемир по 14 Ед в 10.00 и 22.00, Хумалог перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед, уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад 7,0%, колебания гликемии от 1,4 до 13,4 ммоль/л, гипогликемии ощущает на уровень 2,9 ммоль/л, купирует соком, сахаром. Из осложнений ранее выявлены дистальная диабетическая полинейропатия и пролиферативная ретинопатия, лазерная коагуляция сетчатки не проводилась, данных за наличие диабетической нефропатии не получено. В течение 2 месяцев отмечает повышение АД до 150/90 мм рт. ст.

Пациентка не соблюдает рекомендации эндокринолога, контроль гликемии проводит 1-2 раза в день (натошак и на ночь).

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез без особенностей. Пациентка работает директором строительной компании.

Объективный статус

Рост – 158 см, масса тела – 54 кг, индекс массы тела – 22,0 кг/м², температура тела – 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких– везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 135/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентки составляет менее + _____ + %

- 7,5
- 7,0
- 6,0
- 8,0

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 5,3

- 6,5
- 6,0
- 7,0

Целевой уровень гликемии через 1 час после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 8,0
- 7,8
- 11,0
- 10,0

У данной пациентки имеются показания к

- прерыванию беременности
- безотлагательной лазеркоагуляции сетчатки
- приему антиоксидантов
- применению ангиопротекторов

Учитывая повышения АД у пациентки, препаратом выбора во время беременности является

- моксонидин
- эналаприл
- метилдопа
- верошпирон

Анализ мочи на соотношение альбумин/креатин и расчет СКФ должны осуществляться во время беременности

- 1 раз в триместр
- 1 раз в месяц
- каждые 1-2 недели
- только в I триместре беременности

Учитывая наличие у пациентки дистальной диабетической полинейропатии и пролиферативной ретинопатии, должен быть выставлен код по МКБ-10

- E13.4
- E10.9
- E11.7
- E10.7

Пациентке необходимо рекомендовать проводить самоконтроль гликемии

- не менее 7 раз в сутки
- натощак и на ночь и при ухудшении самочувствия
- не менее 4 раз в сутки
- перед приемами пищи и на ночь

Пациентке необходимо рекомендовать самоконтроль кетонурии или кетонемии

- на ночь 1 раз в день
- через 2 часа после еды 1 раз в месяц
- натощак 1 раз в 2 недели
- в любое время суток 1 раз в триместр

Перевод на помповую терапию необходимо осуществлять не позднее + _____ + недели беременности

- 20-21
- 32-34
- 12-13
- 25-26

Достижение целевого уровня гликированного гемоглобина рекомендовано за + _____ + до зачатия

- 3-4- недели
- 1-2 месяца
- 3-4 месяца
- 1-2 недели

При грудном вскармливании доза болюсного инсулина

- 3-4- недели
- 1-2 месяца
- 3-4 месяца
- 1-2 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 20 лет, с сахарным диабетом 1 типа, беременностью 14 недель обратилась к врачу-эндокринологу в поликлинику для решения вопроса о возможности перевода на помповую инсулинотерапию.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 2,4 до 9,4 ммоль/л, гипогликемии до 1 раз в день, повышения АД до 150/90 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 17 лет назад (в возрасте 3 лет), дебют заболевания с кетоацидоза, гликемия 17 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

В настоящее время у пациентки 14 неделя беременности (беременность первая). На момент осмотра терапия по схеме Лантус 14 Ед 22.00, Хумалог перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед, уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад 6,3 %, колебания гликемии от 2,4 до 9,4 ммоль/л, гипогликемии ощущает на уровень 3,9 ммоль/л, купирует соком, сахаром. Из осложнений ранее выявлены дистальная диабетическая полинейропатия и пролиферативная ретинопатия, лазерная коагуляция сетчатки не проводилась, данных за наличие диабетической нефропатии не получено. В течение 1 месяца отмечает повышения АД до 160/100 мм рт. ст.

Пациентка не соблюдает рекомендации эндокринолога, контроль гликемии проводит 3-4 раза в день.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез без особенностей. Пациентка работает юристом.

Объективный статус

Рост – 158 см, масса тела – 55 кг, индекс массы тела – 22,0 кг/м², температура тела – 36,7°С. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких– везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 66 в минуту, АД – 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с левой стороны. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентки составляет менее + _____ + %

- 7,0
- 8,0
- 6,0
- 7,5

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 5,3
- 6,0
- 7,0
- 6,5

Целевой уровень гликемии через 2 часа после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 6,7
- 11,0
- 8,0
- 10,0

У данной пациентки имеются показания к

- применению ангиопротекторов
- приему антиоксидантов
- безотлагательной лазеркоагуляции сетчатки
- прерыванию беременности

У пациентки, учитывая повышение АД, препаратом выбора во время беременности является

- метилдопа
- эналаприл
- верошпирон
- моксонидин

Во время беременности оценка фильтрационной способности почек осуществляется

- по формуле MDRD
- пробой Реберга
- по формуле Кокрафта-Голта
- по формуле Шварца

При недостаточной эффективности метилдопы и отсутствии жизнеугрожающего состояния может быть назначен

- нифедипин
- каптоприл

- фуросемид
- лозартан

Пациентке необходимо рекомендовать проводить самоконтроль гликемии

- перед приемами пищи и на ночь
- не менее 4 раз в сутки
- натощак и на ночь и при ухудшении самочувствия
- не менее 7 раз в сутки

Пациентке необходимо рекомендовать самоконтроль кетонурии или кетонемии

- в любое время суток 1 раз в триместр
- натощак 1 раз в 2 недели
- через 2 часа после еды 1 раз в месяц
- на ночь 1 раз в день

Пациентка сообщила, что ее муж тоже болен сахарным диабетом 1 типа. Риск развития СД 1 типа у их ребенка в течение жизни в этом случае составит + _____ + %

- 2-3
- 50-60
- 30-35
- 70-80

При использовании инсулинотерапии в режиме постоянной подкожной инфузии и проведении родоразрешения путем кесарева сечения необходимо

- увеличить базальную скорость на 20-30 % в день операции
- накануне операции с 21.00 уменьшить скорость на 50%
- накануне операции с 12.00 уменьшить скорость на 30%
- остановить введение инсулина за 2 часа до операции

Во время беременности противопоказано применение

- увеличить базальную скорость на 20-30 % в день операции
- накануне операции с 21.00 уменьшить скорость на 50%
- накануне операции с 12.00 уменьшить скорость на 30%
- остановить введение инсулина за 2 часа до операции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 25 лет с сахарным диабетом 1 типа обратился к врачу-эндокринологу в поликлинику для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 1,5 до 15,9 ммоль/л, эпизоды гипогликемии 1 раз в 4 дня.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 9 лет назад (в возрасте 16 лет), дебют заболевания с кетоацидоза, гликемия 15 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия. Около года назад, учитывая невозможность достижения целевых показателей гликемии, пациенту инициирована помповая инсулинотерапия.

На момент обращения терапия в базальном режиме: с 00:00 - 0,5 Ед/ч, с 04:00 - 0,4 Ед/ч, с 06:00 - 0,6 Ед/ч, с 18:00 - 0,7 Ед/ч,

Болюсная доза (на основные приемы пищи и коррекцию гипергликемии) из расчета:

* углеводный коэффициент – с 0:00 – 1,0 ЕД/ХЕ, 12:00 – 1,5 ЕД/ХЕ, с 17:00 – 1,2 ЕД/ХЕ,

* фактор чувствительности к инсулину с 00:00 - 2,0 ммоль/л/ЕД,

* целевая гликемия: 6,5 ммоль/л

Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 6,9 %, колебания гликемии от 1,5 до 15,9 ммоль/л. Гипогликемии ощущает на уровне 3,0 ммоль/л, купирует соком. Тяжелые гипогликемии отрицает. Контроль гликемии 2-3 раза в день. Из осложнений сахарного диабета выявлена дистальная диабетическая нейропатия, данных за наличие ретинопатии и нефропатии ранее не получено. Пациент предоставил дневник гликемии за последние 2 дня.

Анамнез жизни

Наследственность: сахарный диабет 2 типа у бабушки.

Аллергологический анамнез: отек Квинке на пенициллин.

Пациент работает экономистом.

Объективный статус

Рост – 170 см, масса тела – 65 кг, индекс массы тела – 22,5 кг/м², температура тела – 36,3°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультация легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 62 в минуту, АД – 116/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных

дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с левой стороны. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Рекомендованный индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для пациента составляет менее + _____ +%

- 7,0
- 6,5
- 8,0
- 7,5

Целевому уровню гликированного гемоглобина будет соответствовать значение гликемии натощак/перед приемом пищи + _____ + ммоль/л

- менее 8,0
- менее 7,5
- более 7,0
- менее 6,5

Обязательным условием для оценки адекватности базальной скорости инсулина является пропуск приема пищи с измерением уровня гликемии каждые 1-1,5 часа и

- выраженная физическая активность
- прием пищи на 2 хлебные единицы за 1 час до начала проверки
- отсутствие дополнительных доз инсулина
- введение болюса за 2 часа до начала оценки

Учитывая наличие у пациента диабетической дистальной нейропатии, должен быть выставлен код по МКБ-10

- E11.4
- E13.4
- E10.4
- E10.7

В случае снижения уровня гликемии ниже исходного при проверке базальной скорости инсулина (с 13 до 16 часов согласно дневнику самоконтроля) необходимо рекомендовать

- снижение базальной скорости инсулина
- снижение углеводного коэффициента на завтрак
- дополнительный прием пищи в 13.00

- снижение фактора чувствительности к инсулину

Целевым значением холестерина липопротеидов низкой плотности для пациента является уровень менее + _____ + ммоль/л

- 5,0
- 4,5
- 2,6
- 5,2

Запас инсулина должен храниться при температуре + _____ + °C

- 0-1
- +10-14
- +2-8
- +25-30

Основной задачей болюсов инсулина является

- поддержание стабильного уровня гликемии в стандартных условиях и при отсутствии факторов, заведомо влияющих на потребность в инсулине
- поддержание гликемии в пределах индивидуальных целевых значений
- удержание уровня гликемии в ночное время суток
- коррекция уровня гликемии при гипогликемических состояниях

При использовании помповой инсулинотерапии болюс на прием пищи необходимо вводить + _____ + мин

- за 5-15
- через 30
- через 10-15
- за 30

Выбор индивидуальных целей лечения сахарного диабета зависит от

- риска тяжелой гипогликемии
- региона проживания
- индекса массы тела
- этнической принадлежности

При использовании помповой инсулинотерапии для расчета дозы с помощью калькулятора болюса пациенту необходимо запрограммировать

- частоту самоконтроля
- углеводный коэффициент

- вариабельность гликемии
- гликированный гемоглобин

При использовании помповой инсулинотерапии пациент должен быть осведомлен, что наличие воздуха в инфузионной системе может привести к

- частоту самоконтроля
- углеводный коэффициент
- вариабельность гликемии
- гликированный гемоглобин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет с сахарным диабетом 1 типа обратился к врачу-эндокринологу в поликлинику для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 2,5 до 21,9 ммоль/л, эпизоды гипогликемии 1 раз 2 недели.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 45 лет назад (в возрасте 10 лет), дебют заболевания с кетоацидоза, гликемия 15 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия. Около 8 лет назад, учитывая невозможность достижения целевых показателей гликемии, пациенту инициирована помповая инсулинотерапия.

На момент обращения терапия в базальном режиме: с 00:00 - 0,5 Ед/ч, с 04:00 - 0,4 Ед/ч, с 06:00 - 0,6 Ед/ч, с 18:00 - 0,9 Ед/ч,

Болюсная доза (на основные приемы пищи и коррекцию гипергликемии) из расчета:

* углеводный коэффициент – с 0:00 – 1,0 ЕД/ХЕ, 12:00 – 1,5 ЕД/ХЕ, с 17:00 – 1,2 ЕД/ХЕ,

* фактор чувствительности к инсулину с 00:00 - 2,0 ммоль/л/ЕД,

* целевая гликемия: 8,0 ммоль/л

Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 8,0 %, колебания гликемии от 2,5 до 21,9 ммоль/л. Гипогликемии ощущает на уровне ниже 3,0 ммоль/л, купирует соком, контроль гликемии 4-5 раз в день. Тяжелые гипогликемии отрицает. Из осложнений сахарного диабета выявлена дистальная диабетическая нейропатия, пролиферативная ретинопатия, 2 сеанса ЛКС от 2016 и 2017 года. Данных за наличие нефропатии ранее не получено. Пациент предоставил дневник гликемии за последние 2 дня.

Анамнез жизни

Наследственность: сахарный диабет 2 типа у бабушки.

Аллергологический анамнез: крапивница на цитрусовые.

Пациент работает юристом.

Объективный статус

Рост – 175 см, масса тела – 65 кг, индекс массы тела – $21,2 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,3^\circ\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отеков нет. Аускультация легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 126/78 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной, вибрационной и температурной чувствительности с обеих сторон.

Рекомендованный индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данного пациента составляет менее + _____ + %

- 6,5
- 7,5
- 7,0
- 8,0

Целевому уровню гликированного гемоглобина будет соответствовать значение гликемии натощак/перед приемом пищи менее + _____ + ммоль/л

- 8,0
- 7,5
- 8,5
- 7,0

Обязательными условиями для оценки адекватности базальной скорости инсулина являются пропуск приема пищи с измерением уровня гликемии каждые 1-1,5 часа и

- введение болюса за 2 часа до начала оценки
- отсутствие дополнительных доз инсулина
- выраженная физическая активность
- прием пищи на 2 хлебные единицы за час до начала проверки

Учитывая наличие у пациента диабетической дистальной нейропатии и диабетической ретинопатии, должен быть выставлен код по МКБ-10

- E10.4

- E13.4
- E10.7
- E11.4

В случае снижения уровня гликемии ниже исходного при проверке базальной скорости инсулина (с 13 до 16 часов согласно дневнику самоконтроля) необходимо рекомендовать

- снижение углеводного коэффициента на завтрак
- дополнительный прием пищи в 13.00
- снижение фактора чувствительности к инсулину
- снижение базальной скорости инсулина

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые + _____ + месяца/месяцев

- 6
- 2
- 12
- 3

Учитывая применение помповой инсулинотерапии у пациента, смена инфузионной системы должна осуществляться

- каждый день
- только при смене резервуара
- 1 раз в 3 дня
- 1 раз в 7 дней

Скорость введения инсулина в базальном режиме должна обеспечивать

- поддержание уровня гликемии в пределах индивидуальных целевых значений
- стабильную гликемию при отсутствии факторов, влияющих на потребность в инсулине
- поддержание уровня гликемии после приемов пищи
- снижение уровня гликемии до целевого при исходно высоком уровне гликемии

При использовании помповой инсулинотерапии болюс на прием пищи необходимо вводить + _____ + минут

- за 30
- за 5-15

- через 10-15
- через 30

Критерием адекватности углеводного коэффициента является

- идентичность гликемии через 4 часа после введения дозы инсулина на еду препрандиальной (в рамках погрешности 15%)
- достижение целевой гликемии через 4 часа после введения дозы инсулина на коррекцию гипергликемии
- достижение целевой гликемии через 2 часа после введения дозы инсулина на коррекцию гипергликемии
- идентичность гликемии через 2 часа после введения дозы инсулина на еду препрандиальной

Для расчета дозы с помощью калькулятора болюса на помповой инсулинотерапии пациенту необходимо запрограммировать такой параметр как

- коэффициент чувствительности к инсулину
- частота самоконтроля
- гликированный гемоглобин
- вариабельность гликемии

При использовании помповой инсулинотерапии пациент должен быть осведомлен, что наличие воздуха в инфузионной системе может привести к

- коэффициент чувствительности к инсулину
- частота самоконтроля
- гликированный гемоглобин
- вариабельность гликемии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Беременная женщина (беременность 24 недели) 29 лет обратилась к врачу-эндокринологу в поликлинику.

Жалобы

Не предъявляет.

Анамнез заболевания

На 24 неделе беременности пациентке выполнен пероральный

глюкозотолерантный тест, в ходе которого выявлена гликемия натощак 4,9 ммоль/л, через 1 час - 10,5 ммоль/л.

Анамнез жизни

Наследственность: мать - сахарный диабет 2 типа, отец - ожирение.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Профессия- дизайнер интерьеров.

Объективный статус

Рост – 160 см, масса тела – 63 кг, температура тела – 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 70 в минуту, АД – 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

На основании лабораторных данных пациентке можно поставить такой диагноз как

- коэффициент чувствительности к инсулину
- частота самоконтроля
- гликированный гемоглобин
- вариабельность гликемии

Диагноз

Пациентке при постановке диагноза гестационного сахарного диабета показано /показана

- лечение метформином
- назначение инсулина длительного действия
- назначение инсулина ультракороткого действия
- модификация образа жизни

Целевой уровень глюкозы плазмы у пациентки натощак/перед едой/на ночь/ночью составляет менее + _____ + ммоль/л

- 6,5
- 5,1
- 6,1
- 5,3

Целевой уровень глюкозы плазмы у пациентки через 1 час после еды составляет менее + _____ + ммоль/л

- 7,0

- 7,8
- 8,0
- 7,5

Показанием для инсулинотерапии при гестационном сахарном диабете является невозможность достижения целевых показателей гликемии в течение + _____ + недель (-и) самоконтроля на фоне диетотерапии

- 3-4
- 1-2
- 7-8
- 5-6

Наличие признаков диабетической фетопатии по данным экспертного УЗИ является показанием к

- экстренному родоразрешению
- инсулинотерапии
- увеличению физических нагрузок
- исключению углеводов из рациона питания

После родов у всех пациенток с гестационным сахарным диабетом инсулинотерапия

- отменяется без обязательного контроля гликемии
- отменяется с измерением гликемии в течение первых трех суток
- продолжается с уменьшением дозы
- продолжается без изменения дозы

Срок и метод родоразрешения при гестационном сахарном диабете определяются

- длительностью инсулинотерапии
- уровнем гликированного гемоглобина
- степенью компенсации углеводного обмена
- акушерскими показаниями

Наиболее частым осложнением со стороны плода при гестационном сахарном диабете является/являются

- недоразвитие нервной трубки
- пороки развития сердца
- макросомия
- челюстно-лицевая деформация

Риск развития гестационного сахарного диабета повышается при

- избыточном потреблении углеводов до беременности
- многоплодной беременности
- возрасте беременной моложе 25 лет
- нормальной массе тела

Через + _____ + недель/недели после родов всем женщинам с уровнем глюкозы венозной плазмы натощак $<7,0$ ммоль/л проводится ПГТТ с 75 г глюкозы

- 1-2
- 2-3
- 13-15
- 4-12

Важно информировать педиатров о необходимости контроля за состоянием углеводного обмена и профилактики + _____ + у ребенка, рожденного от женщины с гестационным сахарным диабетом

- 1-2
- 2-3
- 13-15
- 4-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 67 лет с сахарным диабетом 1 типа обратилась к врачу-эндокринологу в поликлинику для коррекции инсулинотерапии. На прием пришла в сопровождении дочери.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 4,0 до 18,4 ммоль/л, гипогликемии до 3-х раз в сутки, периодически - сухость во рту, судороги нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 45 лет назад (в возрасте 22 лет). Дебют заболевания с характерной клинической картины декомпенсации углеводного обмена, гликемия 25 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

На момент осмотра терапия по схеме: Туджео 20 Ед в 22.00, Апидра перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 2 Ед. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 10,1%. Колебания гликемии от 4,0 до

18,4 ммоль/л. Гипогликемии ощущает при уровне гликемии ниже 3,5 ммоль/л, купирует самостоятельно соком. Отмечает, что иногда при гипогликемии требуется помощь посторонних. Из осложнений ранее выявлена дистальная диабетическая нейропатия, диабетическая нефропатия ХБП С3а, А2, непролиферативная ретинопатия.

Пациентка функционально зависима, без старческой астении/деменции.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез: крапивница на цветение березы.

Пациентка пенсионер

Объективный статус

Рост – 158 см, масса тела – 55 кг, индекс массы тела – 22,0 кг/м², температура тела – 36,4°С. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 75 в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций инсулина без особенностей, липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Рекомендованный индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентки составляет менее + _____ + %

- 8,5
- 8,0
- 7,5
- 7,0

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 7,0
- 8,5
- 7,5
- 8,0

Целевой уровень гликемии через 2 часа после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 10,5
- 11,0
- 6,0

- 10,0

Учитывая наличие у пациентки из осложнений сахарного диабета 1 типа диабетической нефропатии и ретинопатии, а также диабетической нейропатии, должен быть выставлен код по МКБ-10

- E11.7
- E10.7
- E13.3
- E10.8

Необходимо рекомендовать пациентке проводить контроль гликемии

- 1-2 раза в сутки
- 1 раз в неделю
- только при клинических признаках гипогликемии
- не менее 4 раз в день

Пациентка должна быть информирована, что инъекции инсулина ультракороткого действия необходимо выполнять + _____ + еды

- через 15 минут после
- сразу после
- за 5-15 минут до
- за 1 час до

Инъекции аналогов инсулина ультракороткого действия осуществляются

- строго в область средней наружной трети плеч
- только в область верхней-наружной части ягодиц
- исключительно в область верхней трети бедра
- во все рекомендуемые места инъекций

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые + _____ + месяца/месяцев

- 12
- 3
- 2
- 6

Пациентка должна быть информирована, что запас инсулина должен храниться при температуре от + _____ + до + _____ + °C

- 0; +1

- +2; +8
- +17; +25
- +10; +16

Действующим веществом препарата Туджео является инсулин

- гларгин
- лизпро
- деглудек
- детемир

Действующим веществом препарата Апидра является инсулин

- аспарт
- лизпро
- глулизин
- деглудек

С целью минимизации риска внутримышечного введения инсулина рекомендовано использование игл для шприц-ручек длиной + _____ + мм

- аспарт
- лизпро
- глулизин
- деглудек

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет с сахарным диабетом 1 типа обратился к врачу-эндокринологу в поликлинику для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 2,0 до 18,4 ммоль/л, гипогликемии до 2-х раз в сутки, периодически - сухость во рту, судороги нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 25 лет назад (в возрасте 15 лет), дебют заболевания с кетоацидотической комы, гликемия 20 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

На момент осмотра терапия по схеме: Туджео 16-18 Ед в 9.00, НовоРапид перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 10,8 %, колебания гликемии от 2,0 до

18,4 ммоль/л. Гипогликемии ощущает на уровне 3,7 ммоль/л, купирует соком. Отмечает, что иногда при гипогликемии требуется помощь посторонних. Контроль гликемии 1 раз в день утром натощак. Из осложнений ранее выявлена дистальная диабетическая нейропатия, также около 3 лет назад диагностирована диабетическая непролиферативная ретинопатия. Данных за наличие диабетической нефропатии не получено.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Курит в течение 20 лет по 5 сигарет в день

Пациент работает инженером

Объективный статус

Рост – 178 см, масса тела – 55 кг, индекс массы тела – 17,3 кг/м², температура тела – 36,4°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 14 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 76 в минуту, АД – 136/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Рекомендованный индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для пациента составляет менее + _____ +%

- 7,5
- 6,5
- 7,0
- 8,0

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациента составляет менее + ____ + ммоль/л

- 8,0
- 7,5
- 7,0
- 8,5

Целевой уровень гликемии через 2 часа после еды у пациента составляет менее + _____ + ммоль/л

- 9,0

- 8,0
- 10,0
- 11,0

Учитывая наличие у пациента диабетической непролиферативной ретинопатии и диабетической дистальной нейропатии, должен быть выставлен код по МКБ-10

- E10.7
- E10.4
- E13.7
- E11.7

Необходимо рекомендовать пациенту проводить контроль гликемии

- только при клинических признаках гипогликемии
- 1-2 раза в сутки
- 1 раз в неделю
- не менее 4 раз в день

Пациенту при планировании кратковременной физической активности рекомендуется

- измерить гликемию и принять решение о необходимости дополнительного приема углеводов
- не начинать занятие при гликемии выше 13 ммоль/л
- принять 4 ХЕ без определения уровня гликемии перед началом физической активности
- уменьшить дозу препарата инсулина длительного действия на 20-50%

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые + _____ + месяца/месяцев

- 2
- 6
- 12
- 3

Целевой уровень липопротеидов низкой плотности у пациента составляет < + _____ + ммоль/л

- 2,0
- 1,4
- 2,5

- 1,8

Инъекции аналогов инсулина ультракороткого действия осуществляются

- строго в область средней наружной трети плеч
- только в область верхней-наружной части ягодиц
- во все рекомендуемые места инъекций
- исключительно в область верхней трети бедра

Пациент должен быть осведомлен, что при значении уровня гликемии < +_____+ ммоль/л необходимо начать мероприятия по купированию гипогликемии

- 4,5
- 3,9
- 4,0
- 4,2

При наличии сахарного диабета 1 типа у обоих родителей риск развития сахарного диабета 1 типа в течение жизни у ребенка составляет +_____+ %

- 30-35
- 2-6
- 50-55
- 75-80

Выбор индивидуальных целей лечения сахарного диабета зависит от

- 30-35
- 2-6
- 50-55
- 75-80

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет с сахарным диабетом 1 типа обратилась к врачу-эндокринологу в консультативно-диагностический центр для коррекции инсулинотерапии. Беременность 15-16 недель.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 3,4 до 11,4 ммоль/л, гипогликемии до 3-х раз в сутки.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 17 лет назад (в возрасте 13 лет), дебют заболевания с характерной клинической картины декомпенсации углеводного обмена, гликемия 17 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

В настоящее время у пациентки 16-я неделя беременности. На момент осмотра терапия по схеме: Лантус 16 Ед в 22.00, Апидра перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 6,8%, колебания гликемии от 3,4 до 11,4 ммоль/л.

Гипогликемии ощущает на уровне 3,0 ммоль/л, купирует соком, сахаром.

Тяжелые гипогликемии отрицает. Из осложнений ранее выявлена дистальная диабетическая нейропатия, непролиферативная ретинопатия. Данных за наличие диабетической нефропатии не получено.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Пациентка работает кондитером.

Объективный статус

Рост – 158 см, масса тела– 55 кг, температура тела – 36,5°С. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 67 в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, липодистрофий нет.

Стопы визуально не изменены, язвенных дефектов нет. Снижение тактильной и температурной чувствительности с правой стороны. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Рекомендованный индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентки составляет менее + _____ + %

- 6,0
- 7,5
- 8,0
- 7,0

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 6,0
- 5,1
- 6,5
- 5,3

Целевой уровень гликемии через 1 час после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 8,0
- 7,0
- 7,5
- 7,8

Целевой уровень гликемии перед сном у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 6,0
- 5,5
- 5,1
- 5,3

Пациентка должна быть предупреждена, что риск развития гипогликемических состояний увеличивается

- на 24 неделе
- во время родов
- во II триместре
- после 36 недели

Анализ мочи на соотношение альбумин/креатинин во время беременности должен осуществляться не менее 1 раза в

- 2 недели
- неделю
- триместр
- месяц

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина во время беременности осуществляется 1 раз в + _____ + недель

- 6-8
- 1-2
- 3-5
- 10-12

Получаемый пациенткой ультракороткий инсулин Апидра должен быть

- оставлен без изменения дозы

- оставлен при условии коррекции дозы
- заменен на Хумалог
- заменен на Тресибу

Во время беременности разрешено применение инсулина

- новорапид
- апидра
- тресиба
- туджео

Пациентка должна быть информирована, что запас инсулина должен храниться при температуре от + ____ + до + ____ + °C

- 0; +1
- +20; +25
- +2; +8
- +10; +19

Достижение целевого уровня гликированного гемоглобина рекомендовано как минимум за + _____ + до зачатия

- 7 недель
- 2-3 недели
- 1 месяц
- 3-4 месяца

Доза болюсного инсулина снижается на + _____ + % при грудном вскармливании

- 7 недель
- 2-3 недели
- 1 месяц
- 3-4 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет с сахарным диабетом 1 типа обратилась к врачу-эндокринологу в консультативно-диагностический центр для коррекции инсулинотерапии. Беременность 36 - 37 недель.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 1,4 до 10,5 ммоль/л, гипогликемии до 4-х раз в сутки.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 12 лет назад (в возрасте 13 лет), дебют заболевания с характерной клинической картины декомпенсации углеводного обмена, гликемия 19 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

В настоящее время у пациентки 37-я неделя беременности. На момент осмотра терапия по схеме: Лантус 16 Ед в 22.00, НовоРapid перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 6,5%, колебания гликемии от 1,4 до 10,5 ммоль/л.

Гипогликемии ощущает на уровне 3,0 ммоль/л, купирует соком, сахаром. Из осложнений ранее выявлена дистальная диабетическая нейропатия, непролиферативная ретинопатия. Данных за наличие диабетической нефропатии не получено.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Пациентка не работает

Объективный статус

Рост – 158 см, масса тела– 56 кг, температура тела – 36,8°С. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Аускультации легких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 63 в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций не изменены, липодистрофий нет. Стопы визуально не изменены, язвенных дефектов нет. Снижение тактильной, вибрационной и температурной чувствительности с обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

Рекомендованный индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для пациентки составляет менее + _____ + %

- 6,0
- 6,5
- 7,5
- 7,0

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 5,1

- 6,5
- 5,3
- 6,0

Целевой уровень гликемии через 1 час после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 7,0
- 7,8
- 8,0
- 7,5

Самоконтроль кетонурии или кетонемии во время беременности должен проводиться утром натощак

- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в триместр
- 1 раз в неделю
- ежедневно после 24 недели

Пациентке необходимо объяснить, что после 36 недели беременности увеличивается риск

- кетоцидоза
- лактацидоза
- гипогликемии
- гиперосмолярной комы

Пациентка задала вопрос о возможности перевода на помповую инсулинотерапию. Необходимо ответить, что перевод на помповую инсулинотерапию должен осуществляться не позднее + _____ + недели беременности

- 24-26
- 12-13
- 3-5
- 18-20

Инъекции аналогов инсулина ультракороткого действия могут осуществляться

- строго в область средней наружной трети плеч
- только в область верхней-наружной части ягодиц
- во все рекомендуемые места инъекций
- исключительно в область верхней трети бедра

Самоконтроль гликемии во время беременности должен осуществляться не менее + _____ + раз в сутки

- 7
- 5
- 3
- 4

Во время беременности разрешено применение инсулина

- хумалог
- апидра
- туджео
- тресиба

Шприц-ручки, которые используются для ежедневных инъекций, могут храниться при температуре до +30°C в течение + _____ + недели/недель

- 10
- 3
- 2
- 4

Целевые показатели глюкозы плазмы в родах составляют + _____ + моль/л

- 8,5-9,0
- 7,5-8,0
- 3,3-4,4
- 4,5-7

Грудное вскармливание при сахарном диабете является риском развития + _____ + у матери

- 8,5-9,0
- 7,5-8,0
- 3,3-4,4
- 4,5-7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 21 года с сахарным диабетом 1 типа обратился к врачу-эндокринологу в поликлинику для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 1,7 до 18,4 ммоль/л, гипогликемии 1 раз в 2 недели, периодическую сухость во рту.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 3 года назад (в возрасте 18 лет). Дебют заболевания с кетоацидоза, гликемия 18 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

На момент осмотра терапия по схеме: Левемир 16 Ед утром 14 Ед вечером, НовоРапид перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 0,7 Ед. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад -7,9 %, колебания гликемии от 1,7 до 18,4 ммоль/. Гипогликемии ощущает на уровне 3,3 ммоль/л, купирует соком. Тяжелые гипогликемии отрицает. Контроль гликемии 3-4 раза в день. Данных за наличие осложнений сахарного диабета ранее получено не было.

Анамнез жизни

Наследственность: сахарный диабет 1 типа у сестры.

Аллергологический анамнез: ринит на пыльцу березы.

Профессия - инженер.

Объективный статус

Рост – 170 см, масса тела – 70 кг, индекс массы тела – 24,2 кг/м², температура тела – 36,6°С. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отеков нет. Аускультации легких– везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 69 в минуту, АД – 118/74 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Чувствительность сохранена.

Рекомендованным индивидуальным целевым уровнем гликированного гемоглобина для данного пациента является уровень менее + _____ + %

- 6,5
- 7,0
- 8,0
- 7,5

Целевой уровень гликемии для данного пациента натощак/перед едой составляет менее + _____ + ммоль/л

- 8,0
- 7,5
- 7,0

- 6,5

Целевой уровень гликемии через 2 часа после еды составляет менее + _____ + ммоль/л

- 11,0
- 8,0
- 6,0
- 10,0

Учитывая отсутствие у пациента осложнений сахарного диабета, должен быть выставлен код по МКБ-10

- E11.9
- E10.9
- E10.7
- E13.9

Необходимо рекомендовать пациенту проводить контроль гликемии

- только при клинических признаках гипогликемии
- 1 раз в неделю
- 1-2 раза в сутки
- не менее 4 раз в день

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые + _____ + месяца/месяцев

- 12
- 2
- 3
- 6

Пациент должен быть осведомлен, что введение аналогов инсулина может осуществляться

- предпочтительно в бедро
- во все рекомендуемые места инъекций
- строго в плечо
- в верхненаружную часть ягодиц

Минимальный шаг инсулиновой шприц-ручки составляет + _____ + Ед

- 0,1
- 1,0

- 0,25
- 0,5

Действующим веществом препарата Левемир является инсулин

- гларгин
- деглудек
- детемир
- лизпро

Выбор индивидуальных целей лечения сахарного диабета зависит от

- индекса массы тела
- этнической принадлежности
- риска тяжелой гипогликемии
- индекса массы тела

Пик действия инсулина ультракороткого действия наступает через + _____ + часа/часов после введения препарата

- 0-0,5
- 1-2
- 3-4
- 4-5

Тяжелым пациентам в ОРИТ в периоперационном периоде необходимо придерживаться гликемии _____ ммоль/л

- 0-0,5
- 1-2
- 3-4
- 4-5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет обратилась к врачу-эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 8,5 ммоль/л в течение дня.

Анамнез заболевания

При плановой диспансеризации неделю назад впервые выявлена гликемия 9,5 ммоль/л натощак.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец – ожирение, мать – сахарный диабет 2 типа
Аллергоанамнез не отягощен.

Профессия - повар

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 134/82 мм рт. ст. Вес – 105кг, рост – 169 см. ИМТ – 36,8 кг/м². Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

- 0-0,5
- 1-2
- 3-4
- 4-5

Результаты обследования

Для выбора дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

- 0-0,5
- 1-2
- 3-4
- 4-5

Результаты обследования

На основании клинико-лабораторных данных пациентке можно поставить такой диагноз как

- 0-0,5
- 1-2
- 3-4
- 4-5

Диагноз

Рекомендованным индивидуальным целевым уровнем гликированного гемоглобина для данной пациентки является уровень менее + _____ + %

- 7,0
- 6,5
- 8,0
- 8,5

Целевому уровню гликированного гемоглобина <7,0% соответствуют показатели глюкозы плазмы натощак менее + _____ + ммоль/л, через 2 часа после еды – менее + _____ + ммоль/л

- 6,5; 8,0
- 7,0; 9,0
- 7,5; 10,0
- 8,0; 11,0

Возможной тактикой лечения для данной пациентки будет являться комбинация

- инсулина и глибенкламида
- диетотерапии и метформина
- инсулина и метформина
- гликлазида и глимепирида

Инсулин деглудек является инсулином + _____ + действия

- сверхдлительного
- средней продолжительности
- короткого
- длительного

Инъекции инсулином деглудек можно осуществлять

- только в живот
- во все рекомендуемые места инъекций
- только в ягодицу или бедро
- исключительно в плечо

Начало действия сверхдлительного инсулина наступает через + _____ + минут после введения

- 10-25
- 5-15
- 30-90
- 120

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- инсулин короткого действия + ингибитор дипептидилпептидазы-4
- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 + ингибитор дипептидилпептидазы-4
- инсулин короткого действия + препарат сульфонилмочевины
- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 + метформин

Основной причиной развития гиперосмолярного гипергликемического состояния является выраженная относительная инсулиновая недостаточность в сочетании с

- печеночной недостаточностью
- резкой дегидратацией
- тяжелой физической нагрузкой
- приемом метформина

Основным эффектом глюкагоноподобного пептида-1 является

- печеночной недостаточностью
- резкой дегидратацией
- тяжелой физической нагрузкой
- приемом метформина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 лет обратился к врачу-эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 10,3 ммоль/л.

Анамнез заболевания

При плановой диспансеризации 2 недели назад впервые выявлена гликемия 10,3 ммоль/л натощак.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец – ожирение, мать – сахарный диабет 2 типа.

Аллергоанамнез не отягощен.

Профессия – врач.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 146/92 мм рт. ст. Вес – 110кг, рост – 187 см. ИМТ – 31,5 кг/м². Живот мягкий,

безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

- печеночной недостаточностью
- резкой дегидратацией
- тяжелой физической нагрузкой
- приемом метформина

Результаты обследования

Для выбора дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

- печеночной недостаточностью
- резкой дегидратацией
- тяжелой физической нагрузкой
- приемом метформина

Результаты обследования

На основании клинико-лабораторных данных пациенту можно поставить такой диагноз как

- печеночной недостаточностью
- резкой дегидратацией
- тяжелой физической нагрузкой
- приемом метформина

Диагноз

Рекомендованным индивидуальным целевым уровнем гликированного гемоглобина для данного пациента является уровень менее + _____ + %

- 6,5
- 8,0
- 7,5
- 8,5

Целевому уровню гликированного гемоглобина <7,5% соответствуют показатели глюкозы плазмы натощак менее + _____ + ммоль/л, через 2 часа после еды – менее + _____ + ммоль/л

- 7,0; 9,0

- 7,5;10,0
- 6,5; 8,0
- 8,0; 11,0

Возможной тактикой лечения для данного пациента будет являться

- терапия одним сахароснижающим препаратом
- интенсифицированная инсулинотерапия
- диетотерапия без назначения сахароснижающих препаратов
- комбинация двух сахароснижающих препаратов

Глимепирид пожилым пациентам с сахарным диабетом 2 типа

- назначается без коррекции дозировки препарата, независимо от возраста
- рекомендуется принимать исключительно в вечернее время
- необходимо назначать с осторожностью
- должен быть рассмотрен в качестве препарата выбора

Пиоглитазон у пожилых пациентов с сахарным диабетом 2 типа

- может быть рассмотрен в комбинации при неэффективности монотерапии метформином
- рекомендован в качестве стартовой терапии
- не рекомендован
- может быть назначен только после 75 лет

К группе ингибиторов натрий-глюкозного-котранспортера 2 типа относится

- лираглутид
- дапаглифлозин
- метформин
- ситаглиптин

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- препарат сульфонилмочевины + метформин
- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 + ингибитор дипептидилпептидазы-4
- инсулин короткого действия + препарат сульфонилмочевины
- инсулин короткого действия + ингибитор дипептидилпептидазы-4

Клинической особенностью течения сахарного диабета 2 типа у лиц пожилого возраста является

- бессимптомное течение

- быстрое начало заболевания
- дебют заболевания с кетоацидоза
- отсутствие осложнений сахарного диабета на момент выявления заболевания

Лабораторной особенностью течения сахарного диабета 2 типа у лиц пожилого возраста является

- бессимптомное течение
- быстрое начало заболевания
- дебют заболевания с кетоацидоза
- отсутствие осложнений сахарного диабета на момент выявления заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 32 года, с сахарным диабетом 1 типа, беременность 16 недель, обратилась к врачу-эндокринологу в консультативно-диагностический центр для коррекции помповой инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 2,4 до 10,4 ммоль/л, гипогликемии до 3х раз в сутки.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 17 лет назад (в возрасте 15 лет), дебют заболевания с характерной клинической картины декомпенсации углеводного обмена, гликемия 17 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

В настоящее время у пациентки 16 неделя беременности. В 2017 году для достижения стойкой компенсации углеводного обмена переведена на помповую инсулинотерапию. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад 6,3%, колебания гликемии от 2,4 до 10,4 ммоль/л, гипогликемии ощущает на уровень 3,0 ммоль/л, купирует соком, сахаром. Из осложнений ранее выявлена дистальная диабетическая полинейропатия, данных за наличие диабетической нефропатии и ретинопатии не получено.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез без особенностей. Пациентка работает стоматологом.

Объективный статус

Рост – 158 см, масса тела – 53 кг, индекс массы тела – $21,2 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с левой стороны. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

У пациентки целевой уровень гликированного гемоглобина составляет менее + _____ + %

- 8,0
- 7,5
- 6,0
- 7,0

Целевой уровень гликемии натощак/перед едой у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 6,0
- 7,0
- 6,5
- 5,3

Целевой уровень гликемии через 1 час после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 10,0
- 11,0
- 8,0
- 7,8

Целевой уровень гликемии через 2 часа после еды у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 6,7
- 8,0
- 10,0
- 11,0

Пациентка должна быть предупреждена, что риск развития гипогликемических состояний увеличивается

- в первые 2-3 дня после зачатия
- после 36 недели беременности
- до 1 недели беременности
- на 24 неделе беременности

Пациентке должно быть рекомендовано осуществлять смену канюли 1 раз в

- 48-72 часа
- 10 дней
- неделю
- 96 -120 часов

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина во время беременности осуществляется каждые + _____ + недель/недели

- 3-4
- 10-12
- 13-15
- 6-8

При возникновении показаний для экстренного родоразрешения необходимо

- скорректировать углеводный коэффициент
- снизить скорость базального инсулина на 75%
- увеличить фактор чувствительности к инсулину
- снизить скорость базального инсулина на 25%

Целевые показатели уровня глюкозы в родах через естественные родовые пути составляют + _____ + ммоль/л

- 4,5-7,0
- 7,0-10,0
- 3,5-5,0
- 3,5-12,0

Во время беременности разрешено применение инсулина

- новорапид
- туджео
- апидра
- актрапид

Пациентка должна быть информирована, что запас инсулина должен храниться при температуре + _____ + °C

- {plus}17 {plus}5
- {plus}10 {plus}6
- -15 -20
- {plus}2 -8

Достижение целевого уровня гликированного гемоглобина рекомендовано за + _____ + до зачатия

- {plus}17 {plus}5
- {plus}10 {plus}6
- -15 -20
- {plus}2 -8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 28 лет, с сахарным диабетом 1 типа, обратилась к врачу-эндокринологу в консультативно-диагностический центр для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 3,2 до 16,9 ммоль/л, гипогликемии до 3-х раз в сутки, периодически сухость во рту, судороги нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 11 лет назад (в возрасте 17 лет), дебют заболевания с характерной клинической картины декомпенсации углеводного обмена, гликемия 20 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

На момент осмотра терапия по схеме Лантус 16 Ед в 22.00, Апидра перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед, уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад 6,5 %, колебания гликемии от 3,4 до 16,6 ммоль/л, гипогликемии ощущает на уровень 3,5 ммоль/л, купирует соком. Из осложнений ранее выявлена дистальная диабетическая полинейропатия, данных за наличие диабетической нефропатии и ретинопатии не получено. Пациентка в течение 3 месяцев принимает престариум 2,5 мг по поводу артериальной гипертензии. Планирует беременность.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез без особенностей. Пациентка не работает.

Объективный статус

Рост – 168 см, масса тела – 50 кг, индекс массы тела – $17,7 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,8^\circ\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 76 в минуту, АД – 116/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

У пациентки целевой уровень гликированного гемоглобина составляет менее + _____ + %

- 7,5
- 6,5
- 7,0
- 8,0

Уровню целевого гликированного менее 6,5% соответствует уровень гликемии натощак/перед едой менее + _____ + ммоль/л

- 8,0
- 6,1
- 7,0
- 7,5

Уровню целевого гликированного менее 6,5% соответствует уровень гликемии через 2 часа после еды менее + _____ + ммоль/л

- 7,8
- 8,5
- 10,0
- 11,0

Учитывая планирование беременности, пациентке может быть рекомендовано/ рекомендована

- добавление к терапии препарата метформин
- более жесткое ограничение углеводов
- соблюдение безглютеновой диеты
- инициация помповой инсулинотерапии

Достижение целевых показателей углеводного обмена рекомендовано за + _____ + до зачатия

- 4-6 недель
- 3-4 месяца
- 1-2 недели
- 1 месяц

Учитывая планирование беременности, пациентке необходимо рекомендовать

- перевод на смешанные инсулины
- смену Апидры на Хумалог/НовоРапид
- оставить инсулинотерапию без коррекции
- смену Лантуса на Левемир

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые + _____ + месяца/месяцев

- 12
- 3
- 6
- 2

Учитывая планирование беременности, пациентке необходимо рекомендовать

- увеличение дозы Престариума для достижения АД менее 130/80 мм рт. ст
- заменить Престариум на препарат группы блокаторы рецепторов ангиотензина II
- отменить Престариум
- продолжить прием Престариума до наступления беременности

Во время беременности при артериальной гипертензии разрешен прием

- верошпирона
- лозартана
- метилдопы
- эналаприла

Риск развития сахарного диабета 1 типа у ребенка в течение жизни при наличии сахарного диабета 1 типа у обоих родителей составляет + _____ + %

- 70

- 15
- 30-35
- 4

Плановая госпитализация для подготовки к родам при сахарном диабете 1 типа должна осуществляться не позднее + _____ + недели беременности

- 39
- 35
- 37
- 30

Зачатие нежелательно при уровне креатинина плазмы + _____ + мкмоль/л, СКФ + _____ + мл/мин/1,73 м³

- 39
- 35
- 37
- 30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 69 лет, с сахарным диабетом 1 типа, обратилась к врачу-эндокринологу в поликлинику для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 5,5 до 21,9 ммоль/л, гипогликемии 1 раз в месяц.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 49 лет назад (в возрасте 20 лет), дебют заболевания с кетоацидотической комы, гликемия 18 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия свиными инсулинами, далее переведена на генно-инженерные инсулины. На момент осмотра инсулинотерапия: Туджео 10 Ед, НовоРапид 4-6 Ед, подсчет Хе приблизительный.

Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад 10,0 %, колебания гликемии от 5,5 до 21,9 ммоль/л, гипогликемии ощущает на уровне ниже 3,0 ммоль/л, купирует соком, контроль гликемии 4-5 раз в день. Из осложнений сахарного диабета выявлена дистальная диабетическая полинейропатия, пролиферативная ретинопатия, 6 сеансов ЛКС от 2016 и 2017 года, диабетическая нефропатия ХБП С3А2. По предоставленным результатам ЛПНП 3,5 ммоль/л, повышение АД пациентка отрицает, постоянной

гипотензивной и гиполипидемической терапии не принимает. Инфарктов, инсультов в анамнезе нет.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергический анамнез не отягощен. Пациентка пенсионерка.

Объективный статус

Рост – 165 см, масса тела – 65 кг, индекс массы тела – 23,9 кг/м², температура тела – 36,3°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 70 в минуту, АД – 146/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной, вибрационной и температурной чувствительности с обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

У пациентки рекомендованный целевой уровень гликированного гемоглобина составляет менее + _____ + %

- 6,5
- 8,5
- 8,0
- 7,0

Целевой уровень гликемии у пациентки натощак/перед едой составляет менее + _____ + ммоль/л

- 6,5
- 8,0
- 7,0
- 7,5

Целевой уровень гликемии через 2 часа после еды составляет менее + _____ + ммоль/л

- 9,0
- 12,0
- 10,0
- 11,0

Учитывая наличие у пациентки диабетической дистальной полинейропатии, диабетической ретинопатии и нефропатии, должен быть выставлен код по МКБ-10

- 9,0
- 12,0
- 10,0
- 11,0

Диагноз

Целевой уровень ЛПНП у пациентки составляет менее + _____ + ммоль/л

- 1,5
- 1,8
- 2,5
- 3,0

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые + _____ + месяца/месяцев

- 6
- 3
- 12
- 2

Целевой уровень систолического АД у пациентки составляет \geq + _____ + и $<$ + _____ + мм рт. ст

- 150; 160
- 120; 30
- 130; 140
- 110; 120

Действующим веществом инсулина Туджео является

- гларгин
- деглудек
- аспарт
- детемир

Наибольшей продолжительностью действия обладает инсулин

- детемир
- гларгин 300Ед/мл

- гларгин 100 Ед/мл
- деглудек

Углеводный коэффициент определяет

- количество единиц инсулина на 1 ХЕ
- на сколько ммоль/л повышенного уровня глюкозы снижает 1 ЕД инсулина
- количество ХЕ, необходимых для повышения уровня глюкозы до 6 ммоль/л при гипогликемии
- количество ХЕ, необходимых употребить перед физической нагрузкой

Коррекционный инсулин вводится

- на белковую пищу
- для снижения уровня гликемии
- на еду, содержащую углеводы
- при гипогликемии

Смена иглы при использовании шприц-ручек должна производиться

- на белковую пищу
- для снижения уровня гликемии
- на еду, содержащую углеводы
- при гипогликемии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 33 года, с сахарным диабетом 1 типа, обратился к врачу-эндокринологу в поликлинику для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 2,5 до 17,9 ммоль/л, гипогликемии 1 раз в 4 дня.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 23 года назад (в возрасте 10 лет), дебют заболевания с кетоацидоза, гликемия 15 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия. Около года назад, учитывая невозможность достижения целевых показателей гликемии пациенту инициирована помповая инсулинотерапия.

Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад 7,9 %, колебания от 2,5 до 17,9 ммоль/л, гипогликемии ощущает на уровень 3,0

ммоль/л, купирует соком, контроль гликемии 2-3 раза в день. Из осложнений сахарного диабета выявлена диабетическая непролиферативная ретинопатия, данных за наличие полинейропатии и нефропатии ранее не получено.

Анамнез жизни

Наследственность: Сахарный диабет 2 типа у бабушки.

Аллергический анамнез отек Квинке на препараты группы В. Пациент работает гитаристом.

Объективный статус

Рост – 170 см, масса тела – 65 кг, индекс массы тела – 22,5 кг/м², температура тела – 36,3°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 62 в минуту, АД – 116/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

У пациента рекомендованный целевой уровень гликированного гемоглобина составляет менее + _____ + %

- 7,5
- 6,5
- 8,0
- 7,0

Целевой уровень гликемии у пациента натощак/перед едой составляет менее + _____ + ммоль/л

- 7,5
- 6,5
- 7,0
- 8,0

Обязательным условием для оценки адекватности базальной скорости инсулина является пропуск приема пищи с измерением уровня гликемии каждые 1-1,5 часа и

- предшествующее введение болюса (за 2 часа)
- предшествующий прием пищи на 2 хлебные единицы
- предшествующая физическая активность
- отсутствие активного инсулина

Учитывая наличие у пациента диабетической непролиферативной ретинопатии, должен быть выставлен код по МКБ-10

- предшествующее введение болюса (за 2 часа)
- предшествующий прием пищи на 2 хлебные единицы
- предшествующая физическая активность
- отсутствие активного инсулина

Диагноз

В случае снижения уровня гликемии ниже исходного при проверке базальной скорости инсулина необходимо рекомендовать

- снижение углеводного коэффициента
- снижение фактора чувствительности к инсулину
- снижение базальной скорости инсулина
- дополнительный прием пищи

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые + _____ + месяца/месяцев

- 6
- 2
- 12
- 3

Учитывая применение помповой инсулинотерапии, смена инфузионной системы должна осуществляться

- только при смене резервуара
- 1 раз в 48-72 часа
- 1 раз в 7 дней
- каждый день

При правильно подобранной базальной скорости инфузии инсулина пропуск приема пищи

- ведет к гипергликемии
- не допустим
- не ведет к гипогликемии
- может спровоцировать гипогликемию

При использовании помповой инсулинотерапии болюс необходимо вводить

- через 10-15 минут после еды
- за 5-15 минут до еды
- через 30 минут после еды
- только при повышении уровня гликемии

Выбор индивидуальных целей лечения сахарного диабета зависит от

- риска тяжелой гипогликемии
- региона проживания
- этнической принадлежности
- пола

При использовании помповой инсулинотерапии для расчета дозы с помощью калькулятора болюса пациенту необходимо запрограммировать

- гликированный гемоглобин
- вариабельность гликемии
- углеводный коэффициент
- частоту самоконтроля

При использовании помповой инсулинотерапии пациент должен быть осведомлен, что наличие воздуха в инфузионной системе может привести к

- гликированный гемоглобин
- вариабельность гликемии
- углеводный коэффициент
- частоту самоконтроля

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина А. 48 лет, слесарь, обратился на прием к терапевту поликлиники

Жалобы

На головные боли диффузного характера, эпизодическое повышение АД, максимально до 145/95 мм рт. ст.; сухость во рту, жажду, частое и обильное мочеиспускание.

Анамнез заболевания

Считает себя здоровым, однако на протяжении последних 3-х лет периодически отмечает появление головных болей и повышение АД до 145/95 мм рт. ст. при «рабочих» цифрах 120/70 мм рт. ст. Два месяца тому назад в ходе планового профилактического осмотра впервые в жизни было выявлено повышение

уровня глюкозы крови натощак до 10,1 ммоль/л и проведено УЗИ органов брюшной полости: Заключение: свободной жидкости нет. Печень: правая доля 143 мм (КВР:130-150), левая доля 70 мм (КВР 50-60) контуры ровные, структура диффузно неоднородна, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок печени несколько обеднен. Внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы, 68x28 мм, стенка 2 мм, содержимое эхонегативное. Объем желчного пузыря 6 мм (4-6 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, четкие, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Селезенка 48 см² (до 50) не изменена.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональные вредности: отрицает.
- * Аллергологический анамнез: аллергических реакций на протяжении жизни не отмечал.
- * Наследственность: отец - 78 лет, здоров; мать - 70 лет, перенесла мозговой инсульт в 65 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеки не определяются. Видимые слизистые не изменены. Рост=172 см, вес=109 кг, ИМТ=36,8 кг/м². При аускультации дыхание везикулярное над всеми легочными полями, хрипов нет. При перкуссии в легких - ясный легочный звук. ЧД в покое – 18 в мин. Область сердца визуально не изменена. При перкуссии: левая граница сердца смещена на 1 см наружи, верхняя и правая- в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС – 100 уд. в мин., АД 175/90 мм рт. ст..Язык обложен белым налетом, влажный. Живот увеличен за счет жирового слоя. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край закруглен. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. Стул ежедневный.

Лабораторное обследование пациента должно включать

- гликированный гемоглобин
- вариабельность гликемии
- углеводный коэффициент
- частоту самоконтроля

Результаты лабораторных обследований

Инструментальное обследование, необходимое пациенту должно включать проведение

- гликированный гемоглобин
- вариабельность гликемии
- углеводный коэффициент
- частоту самоконтроля

Результаты инструментальных обследований

На основании имеющихся анамнестических данных и результатов проведенного обследования пациенту может быть поставлен диагноз

- нарушение гликемии натощак
- нарушение толерантности к глюкозе
- сахарный диабет
- метаболический синдром

Целевой уровень _HbA1C_ для данного пациента должен быть ниже + _____ + %

- 7,5
- 6,5
- 8,0
- 7,0

По имеющимся результатам обследования диагноз Сахарного диабета у пациента может быть сформулирован как

- сахарный диабет II типа. Диабетическая ретинопатия. Целевой уровень HbA1C<7,0%
- сахарный диабет I типа, неосложненный. Целевой уровень HbA1C<8,0%
- сахарный диабет II типа. ХБП 3Б. Целевой уровень HbA1C<7,0%
- сахарный диабет I типа, неосложненный. Целевой уровень HbA1C<7,0%

Окончательный диагноз пациента должен быть сформулирован как

- сахарный диабет II типа. Диабетическая ретинопатия. Целевой уровень HbA1C<7,0%
- сахарный диабет I типа, неосложненный. Целевой уровень HbA1C<8,0%
- сахарный диабет II типа. ХБП 3Б. Целевой уровень HbA1C<7,0%
- сахарный диабет I типа, неосложненный. Целевой уровень HbA1C<7,0%

Диагноз

Для лечения сахарного диабета пациенту показано назначение

- метформина
- акарбозы
- инсулина
- глибенкламида

Модификация диеты при Сахарном диабете для данного пациента должна включать ограничение

- растительной клетчатки
- белка
- поваренной соли
- жидкости

Антигипертензивная терапия для данного пациента должна включать

- иАПФ{plus}дигидропиридиновый антагонист кальция
- альфа-адреноблокатор{plus}дигидропиридиновый антагонист кальция
- метилдопа{plus}дигидропиридиновый антагонист кальция
- иАПФ{plus}бета-адреноблокатор

После назначения в качестве антигипертензивной терапии моноприла и фелодипина пациента стал беспокоить сухой надсадный кашель, преимущественно возникающий в ночное время суток и нарушающий сон. В этой ситуации целесообразно

- заменить фелодипин на индапамид
- заменить моноприл и фелодипин на бисопролол и доксазозин
- заменить моноприл на лозартан
- заменить моноприл на дилтиазем

Риск развития сахарного диабета возрастает при длительном приеме

- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ
- альфа-адреноблокаторов
- дигидропиридиновых антагонистов кальция

При резистентной АГв качестве четвертого антигипертензивного препарата в первую очередь следует рассмотреть

- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ
- альфа-адреноблокаторов
- дигидропиридиновых антагонистов кальция

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 23 года, с сахарным диабетом 1 типа, обратилась к врачу-эндокринологу в поликлинику для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 3,5 до 18,9 ммоль/л, гипогликемии 1 раз в день.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 10 лет назад (в возрасте 13 лет), дебют заболевания с кетоацидоза, гликемия 25 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия. Около года назад, учитывая невозможность достижения целевых показателей гликемии, пациентке инициирована помповая инсулинотерапия. +

Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 7,9%.

Колебания гликемии от 3,5 до 18,9 ммоль/л, гипогликемии ощущает на уровне 3,0 ммоль/л, купирует соком. Контроль гликемии 2-3 раза в день. Из осложнений сахарного диабета выявлена диабетическая нефропатия, ХБП С3 А2, данных за наличие полинейропатии и ретинопатии ранее не получено.

Анамнез жизни

Наследственность: сахарный диабет 1 типа у двоюродной сестры. +

Аллергический анамнез крапивница на препараты группы В. Профессиональных вредностей нет.

Объективный статус

Рост – 175 см, масса тела – 65 кг, индекс массы тела – 21,2 кг/м², температура тела – 36,3°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 106/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

У пациентки рекомендованный целевой уровень гликированного гемоглобина составляет менее +__+ %

- 8,0
- 7,0
- 7,5
- 6,5

Целевой уровень гликемии у пациентки натощак/перед едой составляет менее +__+ ммоль/л

- 7,0
- 7,5
- 6,5
- 8,0

Для помповой инсулинотерапии может быть использован инсулин

- протафан
- аспарт
- детемир
- деглудек

Учитывая наличие у пациентки диабетической нефропатии, должен быть выставлен код по МКБ-10

- протафан
- аспарт
- детемир
- деглудек

Диагноз

Пик введённого на еду болюсного инсулина при помповой инсулинотерапии достигается через

- 3-4 часа
- 1-2 часа
- 30-40 минут
- 10-20 минут

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые +__+ месяца/месяцев

- 6
- 12
- 3

- 2

Учитывая применение помповой инсулинотерапии, смена инфузионной системы должна осуществляться

- 1 раз в 3 дня
- каждый день
- 1 раз в 7 дней
- только при смене резервуара

Коррекционный инсулин вводится

- для снижения уровня гликемии
- на белковую пищу
- при гипогликемии
- на еду, содержащую углеводы

При использовании помповой инсулинотерапии болюс необходимо вводить

- через 10-15 минут после еды
- через 30 минут после еды
- только при повышении уровня гликемии
- за 5-15 минут

Выбор индивидуальных целей лечения сахарного диабета зависит от

- региона проживания
- этнической принадлежности
- риска тяжелой гипогликемии
- пола

При использовании помповой инсулинотерапии для расчета дозы с помощью калькулятора болюса пациентке необходимо запрограммировать

- уровень гликированного гемоглобина
- углеводный коэффициент
- вариабельность гликемии
- частоту самоконтроля

При использовании помповой инсулинотерапии пациентка должен быть осведомлена, что наличие воздуха в инфузионной системе может привести к

- уровень гликированного гемоглобина
- углеводный коэффициент
- вариабельность гликемии

- частоту самоконтроля

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 55 лет, с сахарным диабетом 1 типа, обратился к врачу-эндокринологу для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 3,7 до 15,4 ммоль/л, гипогликемии 1 раз в 2-3 недели, периодически сухость во рту.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 35 лет назад (в возрасте 20 лет), дебют заболевания с кетоацидоза, гликемия 18 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия. +

На момент осмотра терапия по схеме Туджео 23 Ед в 22.00, Апидра перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 7,9 %. Колебания гликемии от 3,7 до 15,4 ммоль/л, гипогликемии ощущает на уровень 3,7 ммоль/л, купирует соком. Контроль гликемии 1-2 раза в день. Из осложнений ранее выявлена непролиферативная ретинопатия, данных за наличие диабетической нефропатии и полинейропатии не получено.

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез не отягощен. Пациент работает программистом.

Объективный статус

Рост – 180 см, масса тела – 84 кг, индекс массы тела – 25,9 кг/м², температура тела – 36,6°С. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 72 в минуту, АД – 120/74 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

У пациента рекомендованный целевой уровень гликированного гемоглобина составляет менее + ___ + %

- 8,0
- 7,0
- 7,5

- 6,5

Целевой уровень гликемии у пациента натощак/перед едой составляет менее +__+ ммоль/л

- 8,0
- 7,8
- 7,0
- 7,5

У пациента целевой уровень гликемии через 2 часа после еды составляет менее +__+ ммоль/л

- 6,0
- 10,0
- 11,0
- 9,0

Учитывая наличие у пациента из осложнений сахарного диабета 1 типа только диабетической непролиферативной ретинопатии, должен быть выставлен код по МКБ-10

- 6,0
- 10,0
- 11,0
- 9,0

Диагноз

Необходимо рекомендовать пациенту проводить контроль гликемии

- 1-2 раза в сутки
- 1 раз в неделю
- только при клинических признаках гипогликемии
- не менее 4 раз в день

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые +__+ месяца/месяцев

- 12
- 3
- 6
- 2

Пациент должен быть осведомлён о необходимости приема + _____ + граммов быстро усваиваемых углеводов при развитии гипогликемии

- 30-40
- 50
- 10-20
- 5-7

Инъекции аналогов инсулина ультракороткого действия могут осуществляться

- только в область верхней-наружной части ягодиц
- во все рекомендуемые места инъекций
- исключительно в область верхней трети бедра
- строго в область средней наружной трети плеч

Контроль гликемии после купирования гипогликемии необходимо осуществить через + ___ + минут

- 5
- 30
- 15
- 60

Выбор индивидуальных целей лечения сахарного диабета зависит от

- риска тяжелой гипогликемии
- этнической принадлежности
- пола
- региона проживания

При возникновении тяжелой гипогликемии показано введение

- 5% раствора глюкозы
- гипертонического раствора хлорида натрия
- 0,9 % раствора хлорида натрия
- 40% раствора декстрозы

У пациентов с сахарным диабетом 1 типа рекомендован осмотр офтальмолога не позднее + _____ + от дебюта заболевания

- 5% раствора глюкозы
- гипертонического раствора хлорида натрия
- 0,9 % раствора хлорида натрия
- 40% раствора декстрозы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 20 лет, с сахарным диабетом 1 типа, обратился к врачу-эндокринологу в поликлинику для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 2,0 до 21,4 ммоль/л, гипогликемии до 2-х раз в месяц, периодически сухость во рту, судороги нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 5 лет назад (в возрасте 15 лет), дебют заболевания с кетоацидотической комы, гликемия 20 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия. +

На момент осмотра терапия по схеме Туджео 16-18 Ед в 9.00, НовоРапид перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 10,8 %, колебания гликемии от 2,0 до 21,4 ммоль/л. Гипогликемии ощущает на уровне 3,7 ммоль/л, купирует соком. Контроль гликемии 1 раз в день утром натощак. Из осложнений ранее выявлена дистальная диабетическая полинейропатия, также около 3 лет назад диагностирована диабетическая непролиферативная ретинопатия, данных за наличие диабетической нефропатии не получено. +
Пациент занимается бегом 4-5 раз в неделю.

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Пациент работает слесарем.

Объективный статус

Рост – 178 см, масса тела – 55 кг, индекс массы тела – 17,3 кг/м², температура тела – 36,4°С. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультации легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 14 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 76 в минуту, АД – 126/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и вибрационной чувствительности с обеих сторон. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

У пациента рекомендованный целевой уровень гликированного гемоглобина составляет менее + ___ + %

- 6,5

- 7,0
- 8,0
- 7,5

Целевой уровень гликемии у пациента натощак/перед едой составляет менее +__+ ммоль/л

- 7,5
- 7,0
- 8,0
- 6,5

У пациента целевой уровень гликемии через 2 часа после еды составляет менее +__+ ммоль/л

- 11,0
- 6,0
- 8,0
- 10,0

Учитывая наличие у пациента диабетической непролиферативной ретинопатии и диабетической дистальной полинейропатии, должен быть выставлен код по МКБ-10

- 11,0
- 6,0
- 8,0
- 10,0

Диагноз

Необходимо рекомендовать пациенту проводить контроль гликемии

- не менее 4 раз в день
- только при клинических признаках гипогликемии
- 1 раз в неделю
- 1-2 раза в сутки

Пациенту при планировании кратковременной физической активности должно быть рекомендовано

- уменьшить дозу инсулина короткого/ультракороткого действия на 20-50%
- измерить гликемию и принять решение о необходимости дополнительного приема углеводов

- уменьшить дозу инсулина, который будет действовать ночью после физической активности
- уменьшить дозу продленного инсулина на 20-50%

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые +__+ месяца/месяцев

- 12
- 3
- 2
- 6

Целевые показатели диастолического артериального давления у пациента составляют +_____+ мм рт. ст

- ≥ 70 и < 80
- ≥ 60 и < 70
- ≥ 75 и < 85
- ≥ 80 и < 90

Инъекции аналогов инсулина ультракороткого действия осуществляются

- исключительно в область верхней трети бедра
- во все рекомендуемые места инъекций
- строго в область средней наружной трети плеч
- только в область верхней-наружной части ягодиц

Пациент должен быть осведомлен, что при значениях уровня гликемии +_____+ ммоль/л, необходимо начать мероприятия по купированию гипогликемии

- от 2,0 до $< 4,9$
- от 3,0 до $< 6,9$
- от 2,5 до $< 5,9$
- от 3,0 до $< 3,9$

Пациент должен быть информирован, что запас инсулина должен храниться при температуре +_____+ С

- $\{plus\}10 \{plus\}25$
- -15 -20
- $\{plus\}2 -8$
- $\{plus\}6 \{plus\}12$

Выбор индивидуальных целей лечения сахарного диабета зависит от

- $\{plus\}10 \{plus\}25$
- -15 -20
- $\{plus\}2 -8$
- $\{plus\}6 \{plus\}12$

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 71 года обратилась к эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 9-10 ммоль/л.

Анамнез заболевания

Год назад пациентке был поставлен диагноз сахарный диабет 2 типа. В дебюте гликированный гемоглобин 8,4%. Был назначен метформин 1000 мг 2 раза в день, принимает по настоящее время. Измерение гликемии 1 раз в день натощак. В настоящий момент гликемия 8-10 ммоль/л натощак.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать, отец – сахарный диабет 2 типа. +
Аллергоанамнез не отягощен. Профессиональных вредностей нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 142/84 мм рт. ст. Вес – 101 кг, рост – 179 см. ИМТ – 31,5 кг/м². Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании.

Для выбора дальнейшей тактики лечения необходимо определить уровень

- $\{plus\}10 \{plus\}25$
- -15 -20
- $\{plus\}2 -8$
- $\{plus\}6 \{plus\}12$

Результаты обследования

Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данной пациентки (атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний при дополнительном обследовании не выявлено), составляет менее + ___ + %

- 8,5
- 8,0
- 6,5
- 7,5

Целевому уровню гликированного гемоглобина <7,5% соответствуют показатели глюкозы плазмы натощак < + ___ + ммоль/л

- 6,5
- 8,0
- 7,0
- 7,5

Тактика лечения, которая может быть выбрана для данной пациентки, заключается в

- отмене сахароснижающей терапии
- увеличении дозы метформина
- интенсификации сахароснижающей терапии
- продолжении монотерапии метформином

Интенсификация терапии должна осуществляться путем

- присоединения инсулина длительного действия
- добавления к метформину второго сахароснижающего препарата
- увеличения дозы метформина до 3000 мг в день
- перевода на интенсифицированную инсулинотерапию

К препаратам группы ингибиторов НГЛТ-2 относится

- эксенатид
- акарбоза
- дапаглифлозин
- вилдаглиптин

Механизмом действия ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа является

- глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина
- снижение продукции глюкозы печенью
- замедление всасывания углеводов в кишечнике
- снижение реабсорбции глюкозы в почках

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов считается

- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} ингибитор дипептидил пептидазы-4
- инсулин короткого действия {plus} ингибитор дипептидил пептидазы-4
- препарат сульфонилмочевины {plus} метформин
- инсулин короткого действия {plus} препарат сульфонилмочевины

Пациентке необходимо рекомендовать проводить самоконтроль гликемии не менее

- 1 раза в сутки в разное время +1 гликемический профиль в неделю
- 2 раз в сутки в разное время
- 1 раза в неделю
- 4 раз в сутки

Особенностью течения сахарного диабета 2 типа в пожилом возрасте является (-ются)

- медленное развитие микроангиопатий
- часто бессимптомное течение
- стойкая гипергликемия натощак
- постоянные жалобы на сухость во рту

Пациентке можно рекомендовать физическую активность в виде

- посещения бассейна 3 раза в неделю
- ежедневных прогулок по 90 мин
- прогулок по 30-60 мин через день
- подъема по лестнице по 15 мин ежедневно

Необходимо с осторожностью назначать _____ пожилым пациентам

- посещения бассейна 3 раза в неделю
- ежедневных прогулок по 90 мин
- прогулок по 30-60 мин через день
- подъема по лестнице по 15 мин ежедневно

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 39 лет обратился к эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 12-13 ммоль/л.

Анамнез заболевания

Год назад пациенту был поставлен диагноз сахарный диабет 2 типа. В дебюте гликированный гемоглобин 9,1%. Были назначены метформин 1000 мг 2 раза в день и инсулин гларгин 100 Ед/мл 10Ед вечером. Измерение гликемии 1-2 раза в день натощак и на ночь. В настоящий момент гликемия 11-13 ммоль/л натощак.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать – сахарный диабет 2 типа. +
Аллергоанамнез не отягощен. Профессиональных вредностей нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 142/84 мм рт. ст. Вес – 110 кг, рост – 180 см. ИМТ – 33,9 кг/м². Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании.

Для выбора дальнейшей тактики лечения необходимо определить уровень

- посещения бассейна 3 раза в неделю
- ежедневных прогулок по 90 мин
- прогулок по 30-60 мин через день
- подъема по лестнице по 15 мин ежедневно

Результаты обследования

Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данного пациента (атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний при дополнительном обследовании не выявлено), составляет менее + ___ + %

- 8,5
- 6,5
- 8,0
- 7,5

Целевому уровню гликированного гемоглобина <6,5% соответствуют показатели глюкозы плазмы через 2 часа после еды < + ___ + ммоль/л

- 11,0
- 9,0
- 10,0
- 8,0

Тактика лечения, которая может быть выбрана для данного пациента, заключается в

- отмене инсулина гларгина
- интенсификации сахароснижающей терапии
- увеличении дозы метформина
- продолжении монотерапии метформином

Интенсификация терапии может осуществляться путем

- увеличения дозы метформина до 3000 мг в день
- замены метформина на вилдаглиптин
- интенсификации инсулинотерапии
- замены инсулина гларгин 100Ед/мл на инсулин гларгин 300Ед/мл

Максимальная продолжительность эффекта после введения инсулина длительного действия (Гларгин 100 ЕД\мл) составляет до +__+ часов

- 36
- 14
- 24
- 29

Аналоги инсулина должны вводиться

- во все рекомендуемые места инъекций
- строго в область живота с целью повышения скорости всасывания
- только в ягодицу с целью замедления всасывания
- исключительно в область средней наружной трети плеч

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов считается

- инсулин короткого действия {plus} ингибитор дипептидил пептидазы-4
- базальный инсулин {plus} метформин
- инсулин короткого действия {plus} препарат сульфонилмочевины
- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} ингибитор дипептидил пептидазы-4

Торговым названием зарегистрированного в России инсулина гларгин в концентрации 100 ЕД/мл является

- новорапид
- лантус
- тресиба
- туджео

Временными противопоказаниями к занятиям спортом при сахарном диабете является наличие

- гемофтальма
- дистальной диабетической полинеuropатии
- беременности
- непролиферативной ретинопатии

Всем пациентам с избыточной массой тела рекомендуется

- резкое ограничение в питании/голодание
- исключение жиров из рациона
- ограничение калорийности рациона
- увеличение потребления белка

К сахароснижающим препаратам, замедляющим опорожнение желудка, относятся

- резкое ограничение в питании/голодание
- исключение жиров из рациона
- ограничение калорийности рациона
- увеличение потребления белка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет обратился к врачу-эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 9,2 ммоль/л.

Анамнез заболевания

При плановой диспансеризации 2 недели назад впервые выявлена гликемия 9,2 ммоль/л натощак.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: отец – ожирение, мать – сахарный диабет 2 типа.
- * Аллергоанамнез не отягощен.
- * Профессия - врач.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 128/88

мм рт. ст. Вес – 100 кг, рост – 177 см. ИМТ – 31,9 кг/м². Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, подвижная при глотании, безболезненная.

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- резкое ограничение в питании/голодание
- исключение жиров из рациона
- ограничение калорийности рациона
- увеличение потребления белка

Результаты обследования

Пациенту на основании клинико-лабораторных данных можно поставить диагноз

- резкое ограничение в питании/голодание
- исключение жиров из рациона
- ограничение калорийности рациона
- увеличение потребления белка

Диагноз

Для выбора дальнейшей тактики лечения необходимо провести определение уровня

- резкое ограничение в питании/голодание
- исключение жиров из рациона
- ограничение калорийности рациона
- увеличение потребления белка

Результаты обследования

Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данного пациента (атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний при дополнительном обследовании не выявлено) составляет менее + ___ + %

- 6,5
- 7,5
- 8,5
- 8,0

Целевому уровню гликированного гемоглобина <6,5% соответствует целевое значение глюкозы плазмы через 2 часа после еды менее + ___ + ммоль/л

- 10,0
- 9,0
- 11,0
- 8,0

Тактикой лечения, которую следует выбрать для данного пациента, является

- комбинация двух сахароснижающих препаратов
- интенсифицированная инсулинотерапия
- диетотерапия без назначения сахароснижающих препаратов
- терапия одним сахароснижающим препаратом

В составе любой комбинации 2 и более сахароснижающих препаратов следует использовать + _____ + при отсутствии противопоказаний

- глибенкламид
- метформин
- вилдаглиптин
- акарбоза

Основой терапевтической стратегии сахарного диабета 2 типа является

- строгое соблюдение принципов диетического питания с исключением углеводов
- полноценное питание без ограничений
- соблюдение принципов рационального питания
- строгое ограничение питания с целью максимально быстрого снижения массы тела

К группе препаратов производных сульфонилмочевины относится

- лираглутид
- гликлазид
- вилдаглиптин
- акарбоза

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} ингибитор дипептидил пептидазы-4
- инсулин короткого действия {plus} ингибитор дипептидил пептидазы-4
- инсулин короткого действия {plus} препарат сульфонилмочевины
- ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2 типа {plus} препарат сульфонилмочевины

Приоритетными препаратами при сахарном и диабете и хронической сердечной недостаточности являются

- тиазолидиндионы
- ингибиторы дипептидилпептидазы-4
- ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
- препараты сульфонилмочевины

У всех мужчин с ожирением и сахарным диабетом 2 типа рекомендуется определять уровень

- тиазолидиндионы
- ингибиторы дипептидилпептидазы-4
- ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
- препараты сульфонилмочевины

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился к врачу-эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

на

- * повышение глюкозы крови до 9,6 ммоль/л в течение дня,
- * сухость во рту,
- * жажду,
- * учащенное мочеиспускание.

Анамнез заболевания

При плановой диспансеризации 2 недели назад впервые выявлена гликемия 9,6 ммоль/л натощак. После этого самостоятельно купил глюкометр, измерения проводил бессистемно, максимальные значения до 9,9 ммоль/л (точно не может сказать, в какое время относительно еды проводил измерения).

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: отец – ожирение, мать – сахарный диабет 2 типа. +
- * Аллергоанамнез не отягощен.
- * Профессия – повар.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 134/82

мм рт. ст. Вес – 102 кг, рост – 181 см. ИМТ – 31,0 кг/м². Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, подвижная при глотании, безболезненная.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- тиазолидиндионы
- ингибиторы дипептидилпептидазы-4
- ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
- препараты сульфонилмочевины

Результаты лабораторного метода обследования

Пациенту на основании клинико-лабораторных данных можно поставить диагноз

- тиазолидиндионы
- ингибиторы дипептидилпептидазы-4
- ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
- препараты сульфонилмочевины

Диагноз

Для выбора дальнейшей тактики лечения необходимо провести определение уровня

- тиазолидиндионы
- ингибиторы дипептидилпептидазы-4
- ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
- препараты сульфонилмочевины

Результаты обследования

Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данного пациента (атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний при дополнительном обследовании не выявлено) составляет менее + ___ + %

- 6,5
- 8,0
- 8,5
- 7,5

Целевому уровню гликированного гемоглобина <6,5% соответствует целевое значение глюкозы плазмы натощак менее + ___ + ммоль/л

- 7,5
- 6,5
- 8,0
- 7,0

Тактикой лечения, которую следует выбрать для данного пациента, является назначение

- диетотерапии без назначения сахароснижающих препаратов
- инсулинотерапии
- препарата группы агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
- препарата группы сульфонилмочевины

Пик инсулина ультракороткого действия после введения наступает через

- 2-3 часа
- 1-2 часа
- 6-10 часов
- 4-5 часов

Прием препаратов витаминов, антиоксидантов, микроэлементов и пищевых добавок при сахарном диабете 2 типа

- не показан ввиду часто возникающих аллергических реакций
- показан только при невозможности достижения компенсации углеводного обмена
- показан только при наличии диабетической полинейропатии
- не показан ввиду отсутствия доказательной базы

К инсулинам короткого действия относится

- хумулин регуляр
- лизпро
- аспарт
- глулизин

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- инсулин короткого действия {plus} ингибитор дипептидил пептидазы-4
- инсулин короткого действия {plus} препарат сульфонилмочевины
- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} ингибитор дипептидил пептидазы-4

- инсулин короткого действия {plus} базальный инсулин

Микроаневризмы, мелкие интравитреальные кровоизлияния, отек сетчатки, твердые и мягкие экссудативные очаги характерны для

- непролиферативной ретинопатии
- пролиферативной ретинопатии
- препролиферативной ретинопатии
- диабетического макулярного отека

Метформин при предиабете назначается в максимальной суточной дозе + ____ + мг

- непролиферативной ретинопатии
- пролиферативной ретинопатии
- препролиферативной ретинопатии
- диабетического макулярного отека

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 41 года обратилась к эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 9,2 ммоль/л.

Анамнез заболевания

- * 6 месяцев назад пациентке был поставлен диагноз сахарный диабет 2 типа.
- * В дебюте гликированный гемоглобин 8,1%. Был назначен метформин 1000 мг 2 раза в день и вилдаглиптин 50 мг 2 раза в день, принимает по настоящее время.
- * Измерение гликемии 1 раз в день натощак. В настоящий момент гликемия 8-9 ммоль/л натощак.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: мать, отец – сахарный диабет 2 типа. +
- * Аллергоанамнез не отягощен.
- * Профессия – учительница.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 130/76 мм рт. ст. Вес – 112 кг, рост – 175 см. ИМТ – 36,6 кг/м². Живот мягкий,

безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, подвижная при глотании, безболезненная.

Необходимым лабораторным методом обследования является определение

- непролиферативной ретинопатии
- пролиферативной ретинопатии
- препролиферативной ретинопатии
- диабетического макулярного отека

Результаты лабораторного метода обследования

Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данной пациентки (атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний при дополнительном обследовании не выявлено) составляет менее + ___ + %

- 8,0
- 8,5
- 7,5
- 6,5

Целевому уровню гликированного гемоглобина <6,5% соответствует целевое значение глюкозы плазмы через 2 часа после еды менее + ___ + ммоль/л

- 10,0
- 11,0
- 9,0
- 8,0

Тактикой лечения, которую следует выбрать для данной пациентки, является

- сохранение текущей сахароснижающей терапии
- отмена сахароснижающей терапии
- уменьшение дозы метформина
- интенсификация сахароснижающей терапии

Возможным вариантом интенсификации терапии может быть

- увеличение дозы метформина до 3000 мг в день
- интенсифицированная инсулинотерапия
- замена препарата вилдаглиптин на ситаглиптин
- комбинация 3 препаратов (включая инсулин)

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} ингибитор дипептидил пептидазы-4
- инсулин короткого действия {plus} препарат сульфонилмочевины
- инсулин короткого действия {plus} ингибитор дипептидил пептидазы-4
- тиазолидиндион {plus} препарат сульфонилмочевины

Нерациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- тиазолидиндион {plus} ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} метформин
- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} ингибитор дипептидил пептидазы-4
- инсулин короткого действия {plus} базальный инсулин

Инсулин лизпро относится к инсулину + _____ + действия

- ультракороткого
- сверхдлительного
- короткого
- средней продолжительности

Длительность действия инсулина + _____ + составляет 4-5 часов

- детемир
- гларгин
- деглудек
- лизпро

Одним из видов ремиссии сахарного диабета 2 типа после метаболической хирургии является

- временная
- частичная
- легкая
- короткая

Пероральный глюкозотолерантный тест не проводится

- на фоне острого заболевания
- взрослым старше 50 лет
- во время беременности
- детям

Выбор индивидуальных целей лечения сахарного диабета зависит от

- на фоне острого заболевания
- взрослым старше 50 лет
- во время беременности
- детям

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет обратился к врачу-эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 7,5 ммоль/л.

Анамнез заболевания

При плановой диспансеризации 2 недели назад впервые выявлена гипергликемия 8,5 ммоль/л натощак.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: мать – сахарный диабет 2 типа, ожирение. +
- * Аллергоанамнез без особенностей. +
- * Профессия - флорист.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 146/78 мм рт. ст. Вес – 104 кг, рост – 180 см. ИМТ – 32,1 кг/м². Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, подвижная при глотании, безболезненная.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- на фоне острого заболевания
- взрослым старше 50 лет
- во время беременности
- детям

Результаты лабораторного метода обследования

Пациенту на основании клинико-лабораторных данных можно поставить диагноз

- на фоне острого заболевания

- взрослым старше 50 лет
- во время беременности
- детям

Диагноз

Для выбора дальнейшей тактики лечения необходимо провести определение уровня

- на фоне острого заболевания
- взрослым старше 50 лет
- во время беременности
- детям

Результаты обследования

Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данного пациента (атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний при дополнительном обследовании не выявлено) составляет менее +___+ %

- 7,0
- 6,5
- 8,0
- 8,5

Целевому уровню гликированного гемоглобина <7,0% соответствует целевое значение глюкозы плазмы через 2 часа после еды менее +___+ ммоль/л

- 11,0
- 8,0
- 10,0
- 9,0

Тактикой лечения, которую следует выбрать для данного пациента, является

- инсулинотерапия в комбинации с пероральным сахароснижающим препаратом
- комбинация 2 пероральных сахароснижающих препаратов
- монотерапия метформином
- интенсифицированная инсулинотерапия

При выявлении непереносимости метформина показана/показано

- снижение дозы метформина

- отмена метформина без назначения других сахароснижающих средств
- замена сахароснижающего препарата
- назначение инсулинотерапии

К препаратам группы ингибиторов натрий-глюкозного-котранспортера 2 типа относится

- канаглифлозин
- глипизид
- дулаглутид
- саксаглиптин

Механизмом действия ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа является

- снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани
- замедление опорожнения желудка
- снижение продукции глюкозы печенью
- снижение реабсорбции глюкозы в почках

Самоконтроль гликемии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа на пероральной сахароснижающей терапии должен осуществляться

- только при плохом самочувствии
- не менее 4 раз в сутки
- 1 раз в неделю в разное время суток
- не менее 1 раза в сутки в разное время {plus} 1 гликемический профиль в неделю

Физическая активность при сахарном диабете 2 типа

- должна быть только высокой интенсивности
- подбирается индивидуально
- противопоказана при непролиферативной ретинопатии
- показана только при ИМТ $>35 \text{ кг/м}^2$

Скрининг диабетической периферической нейропатии проводится у всех пациентов с сахарным диабетом 2 типа

- должна быть только высокой интенсивности
- подбирается индивидуально
- противопоказана при непролиферативной ретинопатии
- показана только при ИМТ $>35 \text{ кг/м}^2$

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 73 лет обратился к врачу-эндокринологу в поликлинику.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 10,6 ммоль/л в течение дня.

Анамнез заболевания

При плановой диспансеризации 2 недели назад впервые выявлена гликемия 10,6 ммоль/л натощак.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: отец – ожирение, сахарный диабет 2 типа. +
- * Аллергоанамнез не отягощен. +
- * Профессия - повар.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 134/82 мм рт. ст. Вес – 99 кг, рост – 175 см. ИМТ – 32,3 кг/м². Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, подвижная при глотании, безболезненная.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- должна быть только высокой интенсивности
- подбирается индивидуально
- противопоказана при непролиферативной ретинопатии
- показана только при ИМТ >35 кг/м²

Результаты обследования

Пациенту на основании клинико-лабораторных данных можно поставить диагноз

- должна быть только высокой интенсивности
- подбирается индивидуально
- противопоказана при непролиферативной ретинопатии
- показана только при ИМТ >35 кг/м²

Диагноз

Для выбора дальнейшей тактики лечения необходимо провести определение уровня

- должна быть только высокой интенсивности
- подбирается индивидуально
- противопоказана при непролиферативной ретинопатии
- показана только при ИМТ >35 кг/м²

Результаты обследования

Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данного пациента (функциональной зависимости, атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний при дополнительном обследовании не выявлено) составляет менее +__+ %

- 7,5
- 8,5
- 8,0
- 6,5

Целевому уровню гликированного гемоглобина <7,5% соответствует целевое значение глюкозы плазмы натощак менее +__+ ммоль/л

- 8,0
- 7,5
- 7,0
- 6,5

В случае неэффективности монотерапии метформином при сахарном диабете 2 типа у пожилых людей следует рассмотреть

- комбинацию пероральных сахароснижающих препаратов
- инициацию терапии инсулином длительного действия
- исключение углеводов из рациона питания
- инициацию терапии инсулином короткого/ультракороткого действия

У пожилых пациентов с сахарным диабетом 2 типа препараты сульфонилмочевины

- являются препаратами выбора и должны быть рассмотрены в качестве стартовых

- назначаются без коррекции дозировки препаратов, независимо от возраста
- необходимо назначать с осторожностью ввиду риска гипогликемий
- длительного действия предпочтительны при нерегулярном питании

Прием препаратов витаминов, антиоксидантов, микроэлементов и пищевых добавок при сахарном диабете

- показан только при невозможности достижения компенсации углеводного обмена
- показан только при наличии диабетической полинейропатии
- не показан ввиду часто возникающих аллергических реакций
- не показан ввиду отсутствия доказательной базы

Деинтенсификация (упрощение) сахароснижающей терапии у пациентов пожилого возраста с сахарным диабетом 2 типа с целью снижения риска гипогликемии необходимо осуществлять посредством

- перевода на препарат с низким риском гипогликемии
- перевода на инсулинотерапию
- ограничения потребления углеводов
- снижения калорийности питания

Нерациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} ингибитор дипептидилпептидазы-4
- тиазолидиндион {plus} ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
- инсулин короткого действия {plus} базальный инсулин
- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} метформин

Клинической особенностью течения сахарного диабета 2 типа у лиц пожилого возраста является

- дебют заболевания с кетоацидозом
- нередко наличие микро-и макроангиопатий на момент выявления сахарного диабета
- начало заболевания с выраженных симптомов декомпенсации углеводного обмена
- быстрое начало заболевания

Диагностические критерии сахарного диабета в пожилом возрасте

- дебют заболевания с кетоацидоза
- нередко наличие микро-и макроангиопатий на момент выявления сахарного диабета
- начало заболевания с выраженных симптомов декомпенсации углеводного обмена
- быстрое начало заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 54 лет обратилась к эндокринологу в поликлинику.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 8,4 ммоль/л.

Анамнез заболевания

- * 6 месяцев назад пациентке был поставлен диагноз сахарный диабет 2 типа.
- * В дебюте гликированный гемоглобин 8,3%. Был назначен метформин 1000 мг 2 раза в день и ситаглиптин 100 мг утром, принимает по настоящее время.
- * Измерение гликемии 1 раз в день натощак. В настоящий момент гликемия 8-9 ммоль/л натощак.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: мать, отец – сахарный диабет 2 типа. +
- * Аллергоанамнез не отягощен. +
- * Профессиональных вредностей нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 130/76 мм рт. ст. Вес – 112 кг, рост – 175 см. ИМТ – 36,6 кг/м². Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, подвижная при глотании, безболезненная.

Необходимым лабораторным методом обследования является определение уровня

- дебют заболевания с кетоацидоза
- нередко наличие микро-и макроангиопатий на момент выявления сахарного диабета
- начало заболевания с выраженных симптомов декомпенсации углеводного обмена
- быстрое начало заболевания

Результаты лабораторного метода обследования

Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данной пациентки (атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний при дополнительном обследовании не выявлено) составляет менее + ___ + %

- 8,0
- 8,5
- 7,0
- 6,5

Целевому уровню гликированного гемоглобина <7,0% соответствует целевое значение глюкозы плазмы через 2 часа после еды менее + ___ + ммоль/л

- 11,0
- 10,0
- 9,0
- 8,0

Тактикой лечения, которую следует выбрать для данной пациентки, является

- отмена сахароснижающей терапии
- сохранение текущей сахароснижающей терапии
- уменьшение дозы метформина
- интенсификация сахароснижающей терапии

Возможным вариантом интенсификации терапии может быть

- увеличение дозы метформина до 3000мг в день
- интенсифицированная инсулинотерапия
- замена препарата ситаглиптин на вилдаглиптин
- комбинация 3 препаратов (включая инсулин)

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- инсулин короткого действия {plus} ингибитор дипептидил пептидазы-4
- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} ингибитор дипептидилпептидазы-4
- инсулин короткого действия {plus} препарат сульфонилмочевины
- базальный инсулин {plus} метформин

Нерациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- ингибитор дипептидилпептидазы-4 {plus} ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2 типа

- метформин{plus} инсулин короткого действия
- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} тиазолидиндион
- инсулин короткого действия {plus} препарат сульфонилмочевины

К группе препаратов ингибиторы натрий-глюкозного-котранспортера 2 типа относится

- дапаглифлозин
- ситаглиптин
- метформин
- лираглутид

Инъекции инсулином короткого действия (Биосулин Р)

- должны быть выполнены только в ягодицу или бедро
- можно осуществлять во все места инъекций
- предпочтительно выполнять в живот
- рекомендуется выполнять в плечо

В случае развития у пациентки артериальной гипертензии, на первом этапе медикаментозной терапии должны быть назначены

- спиронолактон и бета-адреноблокаторы
- антагонисты кальция и тиазидный диуретик
- агонисты имидазолиновых рецепторов
- ингибиторы АПФ и тиазидный диуретик

На фоне острого заболевания нельзя проводить

- определение уровня фруктозамина
- определение гликированного гемоглобина
- определение уровня С-пептида в крови
- пероральный глюкозотолерантный тест

Одним из ограничений в использовании гликированного гемоглобина в качестве диагностического критерия сахарного диабета является наличие

- определение уровня фруктозамина
- определение гликированного гемоглобина
- определение уровня С-пептида в крови
- пероральный глюкозотолерантный тест

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 53 лет обратился к эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 12-13 ммоль/л.

Анамнез заболевания

- * Год назад пациенту был поставлен диагноз сахарный диабет 2 типа.
- * В дебюте гликированный гемоглобин 9,6%. Были назначены вилдаглиптин 50 мг 2 раза в день и инсулин гларгин 100 Ед/мл 10 Ед вечером.
- * Измерение гликемии 1-2 раза в день натощак и на ночь. В настоящий момент гликемия 11-13 ммоль/л натощак.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать – сахарный диабет 2 типа.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 136/80 мм рт. ст. Вес – 114 кг, рост – 176 см. ИМТ – 36,8 кг/м². Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, подвижная при глотании, безболезненная.

Необходимым лабораторным методом обследования является определение уровня

- определение уровня фруктозамина
- определение гликированного гемоглобина
- определение уровня С-пептида в крови
- пероральный глюкозотолерантный тест

Результаты лабораторного метода обследования

Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данной пациентки (атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний при дополнительном обследовании не выявлено) составляет менее + ___ + %

- 7,0
- 6,5
- 8,0
- 8,5

Целевому уровню гликированного гемоглобина <7,0% соответствует целевое значение глюкозы плазмы натощак менее +__+ ммоль/л

- 7,0
- 7,5
- 6,5
- 8,0

Тактикой лечения, которую следует выбрать для данного пациента, является

- интенсификация сахароснижающей терапии
- сохранение вилдаглиптина в качестве монотерапии
- отмена инсулина гларгина
- отмена сахароснижающей терапии

Возможным вариантом интенсификации терапии может быть

- интенсификация инсулинотерапии
- замена вилдаглиптина на алоглиптин
- добавление 50 мг вилдаглиптина днем
- замена инсулина гларгин 100 Ед/мл на инсулин гларгин 300 Ед/мл

Максимальная продолжительность эффекта после введения инсулина длительного действия (Гларгин 300 ЕД/мл) составляет до +__+ часов

- 14
- 36
- 29
- 24

Инсулин Гларгин выпускается в концентрации 300 Ед/мл и +__+ Ед/мл

- 150
- 400
- 200
- 100

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов считается

- инсулин короткого действия {plus} препарат сульфонилмочевины
- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} ингибитор дипептидил пептидазы-4
- инсулин короткого действия {plus} ингибитор дипептидилпептидазы-4
- препарат сульфонилмочевины {plus} метформин

Инсулин + _____ + перед введением необходимо тщательно перемешивать

- детемир
- двухфазный аспарт
- гларгин 100 Ед/мл
- гларгин 300 Ед/мл

Физическая активность при сахарном диабете временно противопоказана в первые 6 месяцев после

- тяжелой гипогликемии
- выявления диабетической нефропатии
- перевода на инсулинотерапию
- лазеркоагуляции сетчатки

1 хлебная единица соответствует + _____ + г углеводов

- 14-16
- 23-25
- 18-20
- 10-12

При сахарном диабете 2 типа допустимо умеренное употребление

- 14-16
- 23-25
- 18-20
- 10-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 71 года обратилась к эндокринологу в поликлинике.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 9,7 ммоль/л.

Анамнез заболевания

- * 6 месяцев назад пациентке был поставлен диагноз сахарный диабет 2 типа.
- * В дебюте гликированный гемоглобин 8,9%. Был назначен глибенкламид 10 мг утром и метформин 1000 мг вечером, принимает по настоящее время.
- * Измерение гликемии 1 раз в день натощак. В настоящий момент гликемия 9-10 ммоль/л натощак.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: мать, отец – сахарный диабет 2 типа. +
- * Аллергоанамнез неотягощен. +
- * Профессия – учительница.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 130/76 мм рт. ст. Вес – 105 кг, рост – 171 см. ИМТ – 35,9 кг/м². Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, подвижная при глотании, безболезненная.

Необходимым лабораторным методом обследования является определение уровня

- 14-16
- 23-25
- 18-20
- 10-12

Результаты лабораторного метода обследования

Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данной пациентки (атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний при дополнительном обследовании не выявлено) составляет менее + ___ + %

- 6,5
- 8,0
- 8,5
- 7,5

Целевому уровню гликированного гемоглобина <7,5% соответствует целевое значение глюкозы плазмы через 2 часа после еды менее + ___ + ммоль/л

- 9,0
- 10,0
- 11,0
- 8,0

Тактикой лечения, которую следует выбрать для данной пациентки, является

- уменьшение дозы метформина
- отмена сахароснижающей терапии

- сохранение текущей сахароснижающей терапии
- интенсификация сахароснижающей терапии

Возможным вариантом интенсификации терапии может быть

- интенсифицированная инсулинотерапия
- комбинация 3 препаратов (включая инсулин)
- замена препарата глибенкламида на ситаглиптин
- увеличение дозы метформина до 3000 мг в день

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} метформин
- инсулин короткого действия {plus} ингибитор дипептидилпептидазы-4
- инсулин короткого действия {plus} препарат сульфонилмочевины
- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 {plus} ингибитор дипептидилпептидазы-4

Глимепирид у пожилых пациентов с сахарным диабетом 2 типа

- назначается без коррекции дозировки препарата, независимо от возраста
- является препаратом выбора и должен быть рассмотрен в качестве стартового
- необходимо назначать с осторожностью ввиду риска гипогликемий
- следует принимать исключительно в вечернее время

Прием алкоголя при сахарном диабете возможен в количестве не более

+ _____ + для женщин

- 15 мл
- 2 условных единиц
- 1 условной единицы
- 40 мл

Длительность действия инсулина + _____ + составляет 4-5 часов

- гларгин
- детемир
- деглудек
- лизпро

Механизмом действия ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа является

- снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани

- снижение реабсорбции глюкозы в почках
- снижение продукции глюкозы печенью
- замедление опорожнения желудка

К физиологическому эффекту инсулина относится стимуляция

- апоптоза
- липолиза
- глюконеогенеза
- синтеза белка

В L-клетках слизистой оболочки кишечника секретируется

- апоптоза
- липолиза
- глюконеогенеза
- синтеза белка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 74 лет обратился к эндокринологу в поликлинику.

Жалобы

На повышение глюкозы крови до 12-13 ммоль/л.

Анамнез заболевания

- * Год назад пациенту был поставлен диагноз сахарный диабет 2 типа.
- * В дебюте гликированный гемоглобин 10,1%. Были назначены метформин 1000 мг 2 раза в день и инсулин гларгин 300 Ед/мл 15 Ед вечером.
- * Измерение гликемии 1-2 раза в день натощак и на ночь. В настоящий момент гликемия 11-13 ммоль/л натощак.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: мать, отец – сахарный диабет 2 типа.
- * Аллергоанамнез не отягощен.
- * Профессиональных вредностей нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 148/78

мм рт. ст. Вес – 112 кг, рост – 176 см. ИМТ – 36,2 кг/м². Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластической консистенции, подвижная при глотании, безболезненная.

Необходимым лабораторным методом обследования является определение уровня

- апоптоза
- липолиза
- глюконеогенеза
- синтеза белка

Результаты лабораторного метода обследования

Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данной пациентки (атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний при дополнительном обследовании не выявлено) составляет менее + ___ + %

- 8,5
- 8,0
- 6,5
- 7,5

Целевому уровню гликированного гемоглобина <7,5 % соответствует целевое значение глюкозы плазмы натощак менее + ___ + ммоль/л

- 7,0
- 6,5
- 8,0
- 7,5

Тактикой лечения, которую следует выбрать для данного пациента, является

- интенсификация сахароснижающей терапии
- отмена сахароснижающей терапии
- сохранение метформина в качестве монотерапии
- отмена инсулина гларгина

Возможным вариантом интенсификации терапии может быть

- интенсификация инсулинотерапии
- увеличение дозы метформина до 3000 мг в день

- замена инсулина гларгин 300 Ед/мл на инсулин гларгин 100 Ед/мл
- замена метформина на вилдаглиптин

При использовании инсулина короткого (ультракороткого) действия при сахарном диабете 2 типа в пожилом возрасте

- рекомендовано максимальное исключение углеводов из рациона
- необходим строгий подсчет углеводов по системе хлебных единиц
- необходим подсчет калорийности рациона
- достаточно ориентировочной оценки углеводов в пище

Аналоги инсулина вводятся

- во все рекомендуемые места инъекций
- только в ягодицу с целью замедления всасывания
- строго в область живота с целью повышения скорости всасывания
- исключительно в область средней наружной трети плеч

Инсулин короткого действия при близком к нормальному уровню гликемии вводится + _____ + еды

- во время
- за 5-10 минут до
- сразу после
- за 20-30 минут до

Пик инсулина ультракороткого действия после введения наступает через

- 1-2 часа
- 6-10 часов
- 2-3 часа
- 4-5 часов

Клинической особенностью течения сахарного диабета 2 типа у лиц пожилого возраста является

- начало заболевания с выраженных симптомов декомпенсации углеводного обмена
- быстрое начало заболевания
- дебют заболевания с кетоацидоза
- наличие микро-и макроангиопатий на момент выявления сахарного диабета

Лабораторной особенностью течения сахарного диабета 2 типа у лиц пожилого возраста является

- снижение почечного порога для глюкозы с возрастом
- частое преобладание изолированной постпрандиальной гипергликемии
- чаще, чем в молодом возрасте, встречается гипергликемия натощак
- дебют заболевания с кетоацидоза

Диагностические критерии сахарного диабета в пожилом возрасте

- снижение почечного порога для глюкозы с возрастом
- частое преобладание изолированной постпрандиальной гипергликемии
- чаще, чем в молодом возрасте, встречается гипергликемия натощак
- дебют заболевания с кетоацидоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * немотивированную слабость,
- * утомляемость,
- * эпизоды боли при мочеиспускании,
- * постоянную изжогу,
- * голодные боли,
- * эпизоды диареи.

Анамнез заболевания

- * Обозначенные жалобы в течение последнего года.
- * Согласно заключению ФГДС, 6 месяцев назад были выявлены множественные язвенные дефекты слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, наблюдается у гастроэнтеролога, нерегулярно принимает блокаторы протонной помпы.
- * Два месяца назад перенес перелом лучевой кости при падении с высоты собственного роста.
- * Обратился к терапевту, который рекомендовал исследовать уровень общего кальция крови, показатель - 2.85 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 65 мкмоль/л.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.

- * Другие хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональные вредности отрицает.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Рост – 175 см, масса тела – 73 кг. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 61 в минуту, АД – 127/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Для уточнения генеза гиперкальциемии следует определить уровень

- снижение почечного порога для глюкозы с возрастом
- частое преобладание изолированной постпрандиальной гипергликемии
- чаще, чем в молодом возрасте, встречается гипергликемия натощак
- дебют заболевания с кетоацидоза

Результаты обследования

Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как

- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз

При выполнении УЗИ околощитовидных желез были выявлены образования в проекции двух желез. С учетом клинико-anamnestических данных и жалоб пациента, также целесообразно исследование уровня

- вторичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз

Результаты обследования

Уровень гастрина соответствует

- ВИПома
- синдрому Аддисона-Бирмера
- хроническому атрофическому гастриту
- синдрому Золлингера-Эллисона

С учетом клинико-anamnestических данных у пациента следует подозревать

- комплекс Карни
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 1
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 2
- синдром Вольфрама

Для верификации диагноза у пациента необходимо исследовать мутацию в гене

- комплекс Карни
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 1
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 2
- синдром Вольфрама

Результаты обследования

Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациента должна заключаться в

- первичном хирургическом лечении
- хирургическом вмешательстве при возникновении повторного патологического перелома
- динамическом наблюдении
- назначении цинакальцета

Хирургическое лечение по поводу первичного гиперпаратиреоза у данного пациента должно быть проведено в объеме

- удаления всех визуально измененных околопаращитовидных желез
- удаления 2 из 4 околощитовидных желез
- субтотальной паратиреоидэктомии
- удаления самой крупной околощитовидной железы

Увеличить вероятность радикальной паратиреоидэктомии может интраоперационное

- назначение цинакальцета
- мониторинг ЭКГ
- определение уровня паратгормона
- введение глюконата кальция

Первой линией терапии для коррекции явлений гипергастринемии является

- лучевая терапия
- тотальная панкреатэктомия
- назначение ингибиторов H^{+},K^{+} -АТФазы
- назначение деносумаба

При синдроме множественной эндокринной неоплазии типа 1 происходит

- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- инактивирующая мутация в протоонкогене
- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- активирующая мутация в протоонкогене

Для гиперпаратиреоза, развившегося в рамках синдрома МЭН 1, характерно + _____ + по сравнению со спорадическими случаями

- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- инактивирующая мутация в протоонкогене
- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- активирующая мутация в протоонкогене

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На регулярные эпизоды сердцебиения, внутренней дрожи, потливости, сопровождающиеся снижением уровня гликемии и проходящие после приема углеводов.

Анамнез заболевания

* Обозначенные жалобы в течение последних 6 месяцев. Обследовался у терапевта по месту жительства. При обследовании была зарегистрирована гипогликемия до 2.7 ммоль/л натощак, после чего пациент был направлен к

эндокринологу. +

* Обращает внимание на увеличение массы тела на 7 кг в течение последних 2 месяцев. Пациент отмечает наличие симптомов в ночное время - ставит будильник каждые 2 часа, чтобы измерить гликемию. Введение инсулина и прием сахароснижающих препаратов категорически отрицает. Сахарный диабет у ближайших родственников отсутствует. +

* Также наблюдается у уролога по поводу уролитиаза. При обследовании уровень общего кальция крови - 2.95 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 65 мкмоль/л.

Анамнез жизни

* Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.

* Перенес перелом лучевой кости при падении с высоты собственного роста около года назад.

* Другие хронические заболевания отрицает.

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

* Профессиональные вредности отрицает.

* Аллергический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Рост – 175 см, масса тела – 101 кг. Дыхание везикулярное. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 61 в минуту, АД – 127/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Для уточнения генеза гиперкальциемии следует определить уровень

- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- инактивирующая мутация в протоонкогене
- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- активирующая мутация в протоонкогене

Результаты обследования

Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как

- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз

- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз

При выполнении УЗИ околощитовидных желез были выявлены образования в проекции 2 желез. С учетом клинико-anamnestических данных и жалоб пациента, также необходимо выполнить

- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз
- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз

Результаты обследования

Результаты пробы с голоданием соответствуют

- экзогенной гиперинсулиемии
- введению препаратов инсулина
- эндогенной гиперинсулиемии
- приему препаратов сульфонилмочевины

С учетом клинико-anamnestических данных у пациента следует подозревать

- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 2
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 1
- синдром Вольфрама
- комплекс Карни

Для верификации диагноза у пациента необходимо исследовать мутацию в гене

- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 2
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 1
- синдром Вольфрама
- комплекс Карни

Результаты обследования

Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациента должна заключаться в

- назначении цинакальцета

- первичном хирургическом лечении
- динамическом наблюдении
- хирургическом вмешательстве при возникновении повторного патологического перелома

Хирургическое лечение по поводу первичного гиперпаратиреоза у данного пациента должно быть проведено в объеме

- удаления всех визуально измененных околопаращитовидных желез
- удаления 2 из 4 околощитовидных желез
- удаления самой крупной околощитовидной железы
- субтотальной паратиреоидэктомии

Увеличить вероятность радикальной паратиреоидэктомии может интраоперационное

- определение уровня паратгормона
- введение глюконата кальция
- мониторингирование ЭКГ
- назначение цинакальцета

Тактика в отношении эндогенной гиперинсулинемии у пациента должна заключаться в

- динамическом наблюдении
- первичном хирургическом лечении
- назначении деносумаба
- назначении аналогов соматостатина

При синдроме множественной эндокринной неоплазии типа 1 происходит

- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- активирующая мутация в протоонкогене
- инактивирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли

Наиболее часто при синдроме МЭН 1 наряду с первичным гиперпаратиреозом наблюдаются опухоли

- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- активирующая мутация в протоонкогене
- инактивирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет была направлена на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На регулярные эпизоды сердцебиения, внутренней дрожи, потливости, сопровождающиеся снижением уровня гликемии и проходящие после приема углеводов.

Анамнез заболевания

- * Обозначенные жалобы в течение последних 3 месяцев. Обследовалась у терапевта по месту жительства. При обследовании была зарегистрирована гипогликемия до 2.5 ммоль/л натощак, после чего пациентку направили к эндокринологу. +
- * Обращает внимание на увеличение массы тела на 5 кг в течение последних 2 месяцев. Пациентка отмечает наличие симптомов в ночное время - ставит будильник каждые 2 часа, чтобы измерить гликемию. Введение инсулина и прием сахароснижающих препаратов категорически отрицает. Сахарный диабет у ближайших родственников отсутствует. +
- * Также наблюдается у уролога по поводу нефролитиаза. При обследовании уровень общего кальция крови - 2.88 (до 2.55) ммоль/л (результат подтвержден контрольным исследованием). Уровень креатинина 71 мкмоль/л.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: мать пациентки наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.
- * Перенесла перелом лучевой кости при падении с высоты собственного роста около года назад.
- * Другие хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональные вредности отрицает.
- * Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Осмотр молочных желез – без отклонений, галакторея отсутствует. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Рост – 174 см, масса тела – 87 кг. Дыхание везикулярное. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68

в минуту, АД – 121/74 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Для уточнения генеза гиперкальциемии следует определить уровень

- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- активирующая мутация в протоонкогене
- инактивирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли

Результаты обследования

Выявленные нарушения фосфорно-кальциевого обмена следует трактовать как

- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз

При выполнении УЗИ околотитовидных желез были выявлены образования в проекции 2 желез. С учетом клинко-anamнестических данных и жалоб пациентки, также необходимо выполнить

- вторичный гипопаратиреоз
- первичный гиперпаратиреоз
- первичный гипопаратиреоз
- вторичный гиперпаратиреоз

Результаты обследования

Результаты пробы с голоданием соответствуют

- введению препаратов инсулина
- приему препаратов сульфонилмочевины
- эндогенной гиперинсулинемии
- экзогенной гиперинсулинемии

С целью визуализации субстрата эндогенной гиперинсулинемии целесообразно выполнить

- введению препаратов инсулина

- приему препаратов сульфонилмочевины
- эндогенной гиперинсулинемии
- экзогенной гиперинсулинемии

Результаты обследования

С учетом клинико-anamnestических данных у пациента следует подозревать

- синдром Вольфрама
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 2
- комплекс Карни
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 1

Для верификации диагноза у пациента необходимо исследовать мутацию в гене

- синдром Вольфрама
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 2
- комплекс Карни
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 1

Результаты обследования

Тактика в отношении первичного гиперпаратиреоза у пациента должна заключаться в

- первичном хирургическом лечении
- назначении цинакальцета
- динамическом наблюдении
- хирургическом вмешательстве при возникновении повторного патологического перелома

Хирургическое лечение по поводу первичного гиперпаратиреоза у данной пациентки должно быть проведено в объеме

- удаления всех визуально измененных околопаращитовидных желез
- удаления самой крупной околощитовидной железы
- удаления 2 из 4 околощитовидных желез
- субтотальной паратиреоэктомии

Тактика в отношении эндогенной гиперинсулинемии у пациентки должна заключаться в

- назначении аналогов соматостатина
- назначении деносумаба
- первичном хирургическом лечении
- динамическом наблюдении

Для фармакологической коррекции эндогенной гиперинсулинемии возможно использование

- тиамазола
- диазоксида
- деносумаба
- пегвисоманта

Наиболее часто при синдроме МЭН 1 наряду с первичным гиперпаратиреозом наблюдаются опухоли

- тиамазола
- диазоксида
- деносумаба
- пегвисоманта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет была направлена на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На регулярные эпизоды сердцебиения, внутренней дрожи, потливости, сопровождающиеся снижением уровня гликемии и проходящие после приема углеводов, задержки менструального цикла до 2 месяцев.

Анамнез заболевания

* Обозначенные жалобы в течение последних 4 месяцев. Обследовалась у терапевта по месту жительства. При обследовании была зарегистрирована гипогликемия до 2.6 ммоль/л натощак, после чего пациентку направили к эндокринологу. +

* Обращает внимание на увеличение массы тела на 8 кг в течение последних 2 месяцев. Пациентка отмечает наличие симптомов в ночное время. Введение инсулина и прием сахароснижающих препаратов категорически отрицает. Сахарный диабет у ближайших родственников отсутствует.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: мать пациентки наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.
- * Перенесла субтотальную паратиреоидэктомию по поводу первичного гиперпаратиреоза 5 лет назад.
- * Другие хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональные вредности отрицает.
- * Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Осмотр молочных желез – без отклонений, галакторея отсутствует. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Рост – 177 см, масса тела – 89 кг. Дыхание везикулярное. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 74 в минуту, АД – 125/74 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

С учетом клинико-anamнестических данных и жалоб пациентки необходимо выполнить

- тиамазола
- диазоксида
- деносумаба
- пегвисоманта

Результаты обследования

Результаты пробы с голоданием соответствуют

- введению препаратов инсулина
- экзогенной гиперинсулинемии
- эндогенной гиперинсулинемии
- приему препаратов сульфонилмочевины

С целью визуализации субстрата эндогенной гиперинсулинемии целесообразно выполнить

- введению препаратов инсулина
- экзогенной гиперинсулинемии

- эндогенной гиперинсулинемии
- приему препаратов сульфонилмочевины

Результаты обследования

С учетом клинико-anamnestических данных у пациентки также целесообразно исследование уровня

- введению препаратов инсулина
- экзогенной гиперинсулинемии
- эндогенной гиперинсулинемии
- приему препаратов сульфонилмочевины

Результаты обследования

У пациентки дважды выявлено повышение уровня пролактина. С учетом клинико-anamnestических и лабораторных данных пациентке следует выполнить

- введению препаратов инсулина
- экзогенной гиперинсулинемии
- эндогенной гиперинсулинемии
- приему препаратов сульфонилмочевины

Результаты обследования

С учетом клинико-anamnestических данных и результатов обследования у пациентки следует подозревать

- синдром Вольфрама
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 2
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 1
- комплекс Карни

Для верификации диагноза у пациента необходимо исследовать мутацию в гене

- синдром Вольфрама
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 2
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 1
- комплекс Карни

Результаты обследования

Методом выбора при лечении пролактиномы у пациентки является

- трансфеноидальная аденомэктомия
- лучевая терапия
- назначение темозолоамида
- назначение каберголина

Тактика в отношении эндогенной гиперинсулинемии у пациентки должна заключаться в

- назначении аналогов соматостатина
- динамическом наблюдении
- назначении деносумаба
- первичном хирургическом лечении

Для фармакологической коррекции эндогенной гиперинсулинемии возможно использование

- деносумаба
- пегвисоманта
- тиамазола
- диазоксида

Наиболее часто при синдроме МЭН 1 наряду с первичным гиперпаратиреозом наблюдаются опухоли

- гипофиза
- надпочечников
- поджелудочной железы
- тимуса

При синдроме множественной эндокринной неоплазии типа 1 происходит

- гипофиза
- надпочечников
- поджелудочной железы
- тимуса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет был направлен на консультацию к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * слабость,
- * снижение либидо,
- * эректильную дисфункцию,
- * регулярные эпизоды сердцебиения, внутренней дрожи, потливости, сопровождающиеся снижением уровня гликемии и проходящие после приема углеводов.

Анамнез заболевания

- * Обозначенные жалобы в течение последних 8 месяцев. Обследовался у терапевта по месту жительства. При обследовании была зарегистрирована гипогликемия до 2.4 ммоль/л натощак, после чего пациент был направлен к эндокринологу. +
- * Обращает внимание на увеличение массы тела на 9 кг в течение последних 2 месяцев. Пациент отмечает наличие симптомов в ночное время - ставит будильник каждые 2 часа, чтобы измерить гликемию. Введение инсулина и прием сахароснижающих препаратов категорически отрицает. Сахарный диабет у ближайших родственников отсутствует.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: мать пациента наблюдается у эндокринолога по поводу пролактиномы.
- * Перенес субтотальную паратиреоидэктомию по поводу первичного гиперпаратиреоза 3 года назад.
- * Другие хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональные вредности отрицает.
- * Аллергический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Телосложение правильное. Кожные покровы телесного цвета, стрий нет. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена, подвижная при глотании, эластической консистенции, безболезненна. Рост – 179 см, масса тела – 105 кг. Дыхание везикулярное. ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 65 в минуту, АД – 134/77 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

С учетом выявленной гипогликемии необходимо выполнить

- гипофиза
- надпочечников
- поджелудочной железы
- тимуса

Результаты обследования

Результаты пробы с голоданием соответствуют

- эндогенной гиперинсулинемии
- введению препаратов инсулина
- приему препаратов сульфонилмочевины
- экзогенной гиперинсулинемии

С целью визуализации субстрата эндогенной гиперинсулинемии целесообразно выполнить

- эндогенной гиперинсулинемии
- введению препаратов инсулина
- приему препаратов сульфонилмочевины
- экзогенной гиперинсулинемии

Результаты обследования

С учетом клинико-anamнестических данных у пациента также целесообразно исследование уровня

- эндогенной гиперинсулинемии
- введению препаратов инсулина
- приему препаратов сульфонилмочевины
- экзогенной гиперинсулинемии

Результаты обследования

У пациента дважды выявлено повышение уровня пролактина, в связи с чем рекомендовано выполнить

- эндогенной гиперинсулинемии
- введению препаратов инсулина

- приему препаратов сульфонилмочевины
- экзогенной гиперинсулинемии

Результаты обследования

С учетом клинико-anamnestических данных у пациента следует подозревать

- синдром Вольфрама
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 2
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 1
- болезнь Гиппеля-Линдау

Для верификации диагноза у пациента необходимо исследовать мутацию в гене

- синдром Вольфрама
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 2
- синдром множественной эндокринной неоплазии типа 1
- болезнь Гиппеля-Линдау

Результаты обследования

Тактика в отношении эндогенной гиперинсулинемии у пациента должна заключаться в

- назначении тиамазола
- динамическом наблюдении
- назначении аналогов соматостатина
- первичном хирургическом лечении

Для фармакологической коррекции эндогенной гиперинсулинемии возможно использование

- ритуксимаба
- алендроната
- тиамазола
- диазоксида

Методом выбора при лечении пролактиномы у пациента является

- назначение темозолоамида
- лучевая терапия

- назначение каберголина
- трансфеноидадальная аденомэктомия

При синдроме множественной эндокринной неоплазии типа 1 происходит

- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- инактивирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- активирующая мутация в протоонкогене

Синдром множественной эндокринной неоплазии типа 2 характеризуется

- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- инактивирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- активирующая мутация в протоонкогене

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На

- * выраженную потливость,
- * головные боли,
- * отечность лица,
- * нерегулярный менструальный цикл.

Анамнез заболевания

- * Пациентка отмечает отёчность лица в течение длительного времени.
- * Два года назад появились нарушения менструального цикла (задержки до двух месяцев), головные боли и потливость.
- * Самостоятельно обратилась на приём к врачу-эндокринологу.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: не отягощён.
- * Хронические заболевания: хронический ринит.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс –

71 в минуту, АД – 135/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. При осмотре определяется непропорциональное увеличение размеров кистей и стоп, огрубление черт лица, прогнатизм, расхождение межзубных промежутков. Отмечаются выделения из груди.

Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня

- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- инактивирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- активирующая мутация в протоонкогене

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для уточнения диагноза инструментальным методом исследования является

- инактивирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- инактивирующая мутация в протоонкогене
- активирующая мутация в гене супрессоре опухоли
- активирующая мутация в протоонкогене

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных исследований, данное образование является

- ТТГ-секретирующей аденомой гипофиза
- ЛГ-, ФСГ-секретирующей аденомой гипофиза
- пролактинсекретирующей аденомой гипофиза
- СТГ, ПРЛ-секретирующей аденомой гипофиза

Диагнозом, который можно поставить пациентке на основании клинической картины в сочетании с данными лабораторно-инструментальных исследований, является

- ТТГ-секретирующей аденомой гипофиза
- ЛГ-, ФСГ-секретирующей аденомой гипофиза
- пролактинсекретирующей аденомой гипофиза

- СТГ, ПРЛ-секретирующей аденомой гипофиза

Диагноз

Оптимальной тактикой в данном случае является

- лучевая терапия
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение
- медикаментозная терапия

Пациентка отказывается от хирургического лечения. Оптимальной альтернативой в данном случае является назначение

- аналогов соматостатина короткого действия
- рекомбинантного гормона роста
- аналогов соматостатина пролонгированного действия
- антагонистов рецепторов СТГ

Учитывая сопутствующую выраженную гиперпролактинемию с характерными клиническими проявлениями, к лечению целесообразно добавить

- мифепристон
- кетоконазол
- каберголин
- хинаголид

Первичная доза октреотида пролонгированного действия составляет + ____ + мг 1 раз в 28 дней

- 40
- 20
- 10
- 30

Оценка эффективности лечения октреотидом пролонгированного действия проводится не ранее чем через

- 3 месяца
- 5 недель
- 2 недели
- 1 месяц

При неэффективности терапии аналогами соматостатина пролонгированного действия возможно назначение

- кетоконазола
- мифепристона
- пэгвисоманта
- парикальцитола

При отказе пациентки от хирургического лечения и неэффективности медикаментозного, для достижения ремиссии заболевания возможна

- криодеструкция
- лазерная деструкция
- лучевая терапия
- химиотерапия

Лучевая терапия противопоказана при

- криодеструкция
- лазерная деструкция
- лучевая терапия
- химиотерапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 59 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На боли в костях.

Анамнез заболевания

- * Боли в костях отмечает в течение пяти лет, отмечает снижение в росте на 4 см за жизнь.
- * На момент осмотра лекарственных препаратов не принимает. Приём глюкокортикоидных препаратов отрицает.
- * УЗИ щитовидной железы – без патологии.
- * По данным медицинской документации ТТГ 1.33 мМЕ/л (0.25-3.5).

Анамнез жизни

- * Экстирпация матки с придатками (хирургическая менопауза) в 46 лет.
- * Наследственный анамнез: по заболеваниям эндокринной и костной систем не

отягощён.

* Хронические заболевания: хронический холецистит.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 67 в минуту, АД – 124/64 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- криодеструкция
- лазерная деструкция
- лучевая терапия
- химиотерапия

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- криодеструкция
- лазерная деструкция
- лучевая терапия
- химиотерапия

Результаты инструментальных методов обследования

Показатели МПК у данной пациентки соответствуют

- остеопении
- остеомалации
- остеопорозу
- возрастной норме

Остеопороз в данном случае является

- идиопатическим
- глюкокортикоидным

- сенильным
- постменопаузальным

Пациентке необходимо назначить + _____ + терапию

- анаболическую
- менопаузальную
- глюкокортикоидную
- антирезорбтивную

Перед назначением антирезорбтивной терапии необходимо назначение препаратов витамина

- D
- E
- K
- A

Пациентке в качестве терапии бисфосфонатами показано назначение

- деносумаба
- терипаратида
- золедроновой кислоты
- стронция ранелата

Кратность применения золедроновой кислоты для лечения остеопороза составляет 1 раз в + _____ + месяцев/месяца

- 3
- 6
- 24
- 12

Для оценки динамики состояния костной ткани у данной пациентки целесообразно использовать

- рентгенографию грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции
- рентгеновскую денситометрию поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости
- рентгенографию лучезапястных суставов
- сцинтиграфию скелета

Норма потребления кальция в сутки для данной пациентки составляет

+ _____ + мг

- 400-600
- 200-400
- 1000-1200
- 600-800

Лечение остеопороза вне зависимости от показателей рентгеновской денситометрии или FRAX необходимо начинать при

- низкотравматическом переломе
- повышении уровней маркеров костного ремоделирования
- отсутствии заместительной гормональной терапии в постменопаузе
- дефиците витамина D

Обследование на предмет наличия компрессионных переломов тел позвонков необходимо проводить, если за жизнь отмечается снижение в росте на + _____ + см

- низкотравматическом переломе
- повышении уровней маркеров костного ремоделирования
- отсутствии заместительной гормональной терапии в постменопаузе
- дефиците витамина D

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 69 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На боли в спине.

Анамнез заболевания

- * В течение длительного времени отмечает боли в спине, снижение в росте на 7 см за жизнь.
- * По данным УЗИ щитовидной железы – без патологии.
- * На момент осмотра никаких лекарственных препаратов не принимает. Приём глюкокортикоидных препаратов отрицает.
- * По данным медицинской документации ТТГ 2,11 мМЕ/л (0,25-3,5).

Анамнез жизни

- * Менопауза в 52 года.
- * Наследственный анамнез: по заболеваниям эндокринной и костной систем неотягощён.
- * Хронические заболевания: хронический тонзиллит, хронический цистит.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 122/75 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- низкотравматическом переломе
- повышении уровней маркеров костного ремоделирования
- отсутствии заместительной гормональной терапии в постменопаузе
- дефиците витамина D

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- низкотравматическом переломе
- повышении уровней маркеров костного ремоделирования
- отсутствии заместительной гормональной терапии в постменопаузе
- дефиците витамина D

Результаты инструментальных методов обследования

Показатели МПК у данной пациентки соответствуют

- возрастной норме
- остеомалации
- остеопении
- остеопорозу

Остеопороз в данном случае является

- глюкокортикоидным
- сенильным
- идиопатическим
- постменопаузальным

Перед назначением антирезорбтивной терапии необходимо назначение препаратов витамина

- E
- A
- K
- D

Норма потребления кальция в сутки для данной пациентки составляет + _____ + мг

- 1000-1200
- 500-700
- 300-500
- 100-200

К относительному показанию к назначению активных метаболитов витамина D у данной пациентки относится

- нормокальциемия
- эутиреоз
- постменопауза
- возраст старше 65 лет

Для лечения остеопороза у данной пациентки необходимо использовать

- стронция ранелат
- золедроновую кислоту
- памидроновую кислоту
- клодроновую кислоту

Помимо препаратов из группы бисфосфонатов, для лечения остеопороза у данной пациентки возможно применение препарата

- эксджива
- остеогенон
- миакальцик

- пролиа

В качестве анаболической терапии у данной пациентки возможно назначение

- парикальцитола
- стронция ранелата
- терипаратида
- дигидротахистерола

Тяжесть остеопороза у представленной пациентки определяется

- наличием компрессионного перелома позвонка
- возрастом
- степенью снижения МПК по данным рентгеновской денситометрии
- длительностью постменопаузы

На фоне длительного лечения бисфосфонатами (более 5 лет) увеличивается риск развития остеонекроза

- наличием компрессионного перелома позвонка
- возрастом
- степенью снижения МПК по данным рентгеновской денситометрии
- длительностью постменопаузы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 53 лет обратился на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * снижение зрения,
- * головные боли,
- * увеличение размера кистей и стоп,
- * боли в тазобедренных суставах,
- * ухудшение периферического зрения.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы – в течение 10 лет. В течение года отмечает ухудшение периферического зрения. При плановом обследовании терапевтом заподозрена акромегалия, пациент направлен на амбулаторный приём к эндокринологу.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: неотягощён.
- * Хронические заболевания: одноузловой эутиреоидный зоб, сахарный диабет 2 типа.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 79 в минуту, АД – 128/83 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. При осмотре определяется непропорциональное увеличение размеров кистей и стоп, огрубление черт лица, прогнатизм.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня

- наличием компрессионного перелома позвонка
- возрастом
- степенью снижения МПК по данным рентгеновской денситометрии
- длительностью постменопаузы

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования являются

- наличием компрессионного перелома позвонка
- возрастом
- степенью снижения МПК по данным рентгеновской денситометрии
- длительностью постменопаузы

Результаты обследования

Сужение полей зрения в данном случае является следствием

- компрессии перекреста зрительных нервов аденомой гипофиза
- гиперсекреции ИФР-1
- сахарного диабета 2 типа
- повышения внутриглазного давления

Пациенту на основании клинической картины в сочетании с данными лабораторно-инструментальных исследований можно поставить диагноз

- компрессии перекреста зрительных нервов аденомой гипофиза
- гиперсекреции ИФР-1
- сахарного диабета 2 типа
- повышения внутриглазного давления

Диагноз

Оптимальной тактикой в данном случае является

- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение
- лучевая терапия
- медикаментозная терапия

Оценку уровня СТГ в ходе ПГТТ после операции целесообразно провести

- через 3 месяца
- на 3 сутки
- на 7-10 сутки
- через 6 месяцев

ИФР-1 после операции необходимо исследовать

- на 1-3 сутки
- на 7-10 сутки
- через 6 месяцев
- через 3 месяца

Оценку уровней гормонов щитовидной железы и половых гормонов после операции необходимо провести через + ____ + недель/недели

- 1-2
- 3-4
- 6-12
- 18-20

При отсутствии ремиссии после оперативного лечения и отказе пациента от повторного, группой препаратов первой линии для медикаментозного лечения являются

- антагонисты рецепторов СТГ
- аналоги соматостатина пролонгированного действия
- алкилирующие средства
- агонисты рецепторов дофамина

В случае резистентности к терапии аналогами соматостатина возможно назначение терапии

- пэгвисомантом
- цинакальцетом
- кетоконазолом
- преднизолоном

Динамическое обследование на предмет гипопитуитаризма необходимо проводить после

- хирургического лечения
- терапии аналогами соматостатина пролонгированного действия
- терапии агонистами дофамина
- лучевой терапии

С целью определения переносимости и степени чувствительности к препарату для оценки целесообразности применения терапии аналогами соматостатина пролонгированного действия используется

- хирургического лечения
- терапии аналогами соматостатина пролонгированного действия
- терапии агонистами дофамина
- лучевой терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * головные боли,
- * потливость,
- * огрубление голоса.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени отмечает выраженную потливость. За последний год отметил появление выраженных головных болей, огрубление голоса, в связи с чем обратился к участковому терапевту. Терапевт заподозрил у пациента акромегалию и направил на амбулаторный приём к эндокринологу.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: неотягощён
- * Хронические заболевания: синдром ночного апноэ. Артериальная гипертензия 1 стадии, 2 степени, риск 3.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 62 в минуту, АД – 140/78 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. При осмотре определяется непропорциональное увеличение размера кистей и стоп, огрубление черт лица, прогнатизм, диастема.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня

- хирургического лечения
- терапии аналогами соматостатина пролонгированного действия
- терапии агонистами дофамина
- лучевой терапии

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- хирургического лечения
- терапии аналогами соматостатина пролонгированного действия
- терапии агонистами дофамина
- лучевой терапии

Результаты обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных исследований, данное образование является

- макроинциденталомой
- СТГ-секретирующей аденомой гипофиза
- АКТГ-секретирующей аденомой гипофиза
- гормонально-неактивной аденомой гипофиза

Пациенту на основании клинической картины в сочетании с данными лабораторно-инструментальных исследований можно поставить диагноз

- макроинциденталомой
- СТГ-секретирующей аденомой гипофиза
- АКТГ-секретирующей аденомой гипофиза
- гормонально-неактивной аденомой гипофиза

Диагноз

Оптимальной тактикой в данном случае является

- хирургическое лечение
- динамическое наблюдение
- медикаментозная терапия
- лучевая терапия

После хирургического лечения определение уровня СТГ в ходе ПГТТ необходимо провести

- на 3-4 сутки
- через 2-3 недели
- на 7-10 сутки
- на 1-2 сутки

После хирургического лечения уровень ИФР-1 исследуется через +____+ месяца/месяцев

- 3
- 2
- 12
- 6

Контрольную МРТ головного мозга после оперативного лечения оптимально провести через + ____ + месяца/месяцев

- 4
- 3
- 2
- 6

Критерием биохимической ремиссии по данным СТГ в ходе ПГТТ является уровень ниже + _____ + нг/мл

- 2,0
- 4,0
- 1,0
- 10,0

При отказе от оперативного лечения препаратами первой линии в качестве медикаментозной терапии являются

- аналоги соматостатина
- агонисты дофамина первого поколения
- антагонисты рецепторов СТГ
- агонисты дофамина второго поколения

К осложнениям акромегалии относится

- сахарный диабет
- гиперкальциемия
- эрозивный гастрит
- остеопороз

При диагностике акромегалии наиболее часто встречается сочетанная гиперсекреция СТГ и

- сахарный диабет
- гиперкальциемия
- эрозивный гастрит
- остеопороз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 39 лет поступил на стационарное обследование по поводу АКТГ-зависимого гиперкортицизма.

Жалобы

на

- * избыточную массу тела,
- * повышение АД до 160/100 мм рт. ст.,
- * багровые стрии на передней брюшной стенке,
- * повышение гликемии натощак до 9 ммоль/л.

Анамнез заболевания

Эндогенный гиперкортицизм диагностирован в 2 года назад на основании повышения кортизола суточной мочи (615 мкг/сут (референсный интервал 50-190) и отсутствия подавления кортизола в ходе малой дексаметазоновой пробы. При этом по данным МРТ головного мозга с контрастированием выявлена эндопараселлярная аденома гипофиза, размером 4*8 мм, АКТГ утром 81,14 пг/мл (7-66). По данным большой дексаметазоновой пробы выявлено подавление кортизола более чем на 80%. Год назад выполнено оперативное вмешательство – трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия. В послеоперационном периоде нормализации уровня АКТГ и кортизола не выявлено.

Анамнез жизни

- * Материальное положение удовлетворительное.
- * Наследственный анамнез: отец – сахарный диабет 2 типа, мать – гипертоническая болезнь.
- * Хронические заболевания: хронический гастродуоденит.

Объективный статус

Температура тела 36,6°C. Вес 104 кг. Рост 174 см. Индекс массы тела 34,7 кг/м². + На передней брюшной стенке стрии багрового цвета шириной 2-3 см. Отмечается отечность обеих голеней. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненная, подвижная. + Пульс 80 уд./мин. ЧСС 80 уд. в мин. Артериальное давление 135/85 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, шум сердца не определяется. + Число дыханий: 16 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. + Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный.

Необходимым для определения активности заболевания лабораторным методом исследования является определение уровней

- сахарный диабет
- гиперкальциемия
- эрозивный гастрит
- остеомалация

Результаты обследования

Необходимым для определения активности заболевания инструментальным методом исследования является

- сахарный диабет
- гиперкальциемия
- эрозивный гастрит
- остеомалация

Результаты обследования

Дополнительным инструментальным методом исследования, необходимым для пациента, является

- сахарный диабет
- гиперкальциемия
- эрозивный гастрит
- остеомалация

Результаты обследования

На основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования пациенту можно поставить диагноз

- сахарный диабет
- гиперкальциемия
- эрозивный гастрит
- остеомалация

Диагноз

Осложнением эндогенного гиперкортицизма у пациента является

- несахарный диабет
- сахарный диабет

- нарушение гликемии натощак
- нарушение толерантности к углеводам

Наиболее предпочтительной тактикой лечения данного пациента является

- динамическое наблюдение
- лучевая терапия
- медикаментозное лечение
- хирургическое лечение

Пациенту можно назначить препарат

- гидрокортизон
- мифепрестон
- пасиреотид
- каберголин

Пасиреотид является

- блокатором рецепторов к прогестерону и глюкокортикоидам
- блокатором стероидогенеза
- агонистом дофаминовых рецепторов
- синтетическим аналогом соматостатина

Пасиреотид применяется

- подкожно
- перорально
- интраназально
- внутримышечно

К возможным побочным эффектам пасиреотида относится

- сонливость
- повышение массы тела
- снижение АД
- повышение гликемии

Динамическое обследование в первые 2 года после проведения хирургического вмешательства по поводу нейроэндокринной опухоли необходимо проводить + _____ + раз/раза в год

- 4

- 1
- 2
- 3

При неэффективности или невозможности проведения оперативного удаления нейроэндокринной опухоли вариантом лечения может быть

- 4
- 1
- 2
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 74 лет по рекомендации кардиолога обратился к эндокринологу.

Жалобы

на

- * повышенную потливость;
- * тремор рук.

Анамнез заболевания

Длительное время наблюдается у кардиолога по поводу пароксизмальной формы фибрилляции предсердий. В связи с частыми пароксизмами фибрилляции 5 лет назад был рекомендован приём Амиодарона 200 мг в сутки. Также была рекомендована коррекция антикоагулянтной терапии: Варфарин был заменён на Апиксабан 5 мг x 2 раза в сутки. Пациенту был рекомендован регулярный контроль ТТГ 1 раз в год. Последний анализ крови был 3 месяца назад: ТТГ = 0,7 мЕМЕ/мл (0,4-4), креатинин 106 мкмоль/л, холестерин 4,2 ммоль/л, калий 4,6 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, АСТ 30 ЕД/л, АЛТ 32 ЕД/л, глюкоза 4,6 ммоль/л.

Анамнез жизни

В течение 15 лет страдает артериальной гипертензией. Постоянно принимает Эналаприл 10 мг утром, Гидрохлортиазид 12,5 мг утром. На этом фоне артериальное давление в пределах 120-140/80-90 мм рт. ст.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 175 см. Масса тела 78 кг. + Кожные покровы: физиологической окраски, чистые, умеренно влажные. Мелкий тремор вытянутых пальцев рук. Положительные симптомы Грефе,

Штельвага. +

Сердечно-сосудистая система: АД справа 130/85 мм рт. ст., частота пульса 100 в мин., аускультация сердца - тоны ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. +

Органы дыхания: аускультация легких - дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет, перкуссия легких - звук легочный, ЧДД 14 в мин. +

Органы пищеварения: живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени пальпируется по краю реберной дуги, безболезненный. Стул - регулярный, оформленный. +

Мочевыделительная система: мочеиспускание - свободное, безболезненное, симптом поколачивания - отрицательный с обеих сторон. +

Status localis: щитовидная железа пальпируется в типичном месте, не увеличенная, безболезненная, плотно-эластической консистенции, структура неоднородная. Патологические образования в области проекции щитовидной железы не пальпируются.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 4
- 1
- 2
- 3

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 4
- 1
- 2
- 3

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая приём Амиодарона, снижение уровня ТТГ, повышенный захват радиофармпрепарата по данным сцинтиграфии, повышение АТ- рТТГ, у пациента подтверждено наличие

- 4
- 1

- 2
- 3

Диагноз

Необходимо проводить дифференциальную диагностику данного заболевания с

- подострым тиреоидитом
- многоузловым эутиреоидным зобом
- функциональной автономией щитовидной железы
- хроническим аутоиммунным тиреоидитом

Выберите оптимальную тактику ведения пациента на данном этапе

- радиойодтерапия
- хирургическое удаление щитовидной железы
- лечение лазером
- назначение Тиамазола по схеме «Блокируй»

Лечение тиамазолом противопоказано в случае наличия

- бронхиальной астмы
- хронического калькулезного холецистита
- агранулоцитоза (абсолютное количество нейтрофилов $<0,5 \times 10^9 / \text{л}$)
- артериальной гипертензии

Альтернативный метод лечения амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза 1 типа (в случае наличия противопоказаний к тиамазолу) – это

- прием левотироксина натрия
- йод ограничивающая диета
- терапия калием йодидом
- терапия радиоактивным йодом

В связи с развитием тиреотоксикоза 1 типа пациенту может быть показана отмена

- апиксабана
- амиодарона
- эналаприла
- гидрохлортиазида

Для профилактики тромбоэмболических осложнений больному показана

- замена апиксабана на фраксипарин
- замена апиксабана на варфарин
- терапия апиксабаном в прежней дозе
- терапия апиксабаном в дозе 2,5 мг x 2 раза в день

Использование пропилтиоцирацила у пациентов с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом 1 типа не рекомендуется в связи с

- необходимостью комбинированного использования глюкокортикостероидов
- более выраженным гепатотоксическим действием по сравнению с тиамазолом
- риском развития брадиаритмий
- недостаточным тиреостатическим эффектом препарата

Амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз 1 типа возникает в результате

- усиления синтеза тиреоидных гормонов, запуска аутоиммунного процесса, образования антител к рецептору ТТГ и формирования йод-индуцированной болезни Грейвса
- неопластических эффектов амиодарона, способствующих образованию токсической аденомы щитовидной железы
- деструкции тиреоцитов, выброса в кровь большого количества тиреоидных гормонов
- прямого действия амиодарона на рецептор ТТГ с его активацией и вторичным усилением синтеза гормонов щитовидной железы

Дифференциально-диагностическим признаком, отличающим амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз 1 типа от амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза 2 типа, является

- усиления синтеза тиреоидных гормонов, запуска аутоиммунного процесса, образования антител к рецептору ТТГ и формирования йод-индуцированной болезни Грейвса
- неопластических эффектов амиодарона, способствующих образованию токсической аденомы щитовидной железы
- деструкции тиреоцитов, выброса в кровь большого количества тиреоидных гормонов
- прямого действия амиодарона на рецептор ТТГ с его активацией и вторичным усилением синтеза гормонов щитовидной железы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 32 лет обратилась на амбулаторный прием.

Жалобы

на

- * избыточную массу тела,
- * нарушение менструального цикла,
- * выпадение волос,
- * появление угревых высыпаний на лице.

Анамнез заболевания

Избыточная масса тела (ИМТ 32 кг/м²) с 25, лет после первых родов. Не смотря на подключение физической нагрузки в спортзале, гипокалорийного питания заметного эффекта снижения веса не наблюдалось. Нарушение цикла (цикл 28-40 дней, последние 4 месяца – аменорея), угревая сыпь и алопеция наблюдаются также с 25 лет.

Анамнез жизни

- * Материальное положение удовлетворительное.
- * Наследственный анамнез: отец – ХОБЛ, мать – гипотиреоз в исходе АИТ.
- * Хронические заболевания: хронический тонзиллит, близорукость средней степени.

Объективный статус

Температура тела 36,6°C. Вес 87 кг. Рост 164 см. Индекс массы тела 32,4 кг/м². + На передней брюшной стенке бледные стрии. Отмечается отечность обеих голеней. +

Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненная, подвижная. + ЧСС 64 уд. в мин. Артериальное давление 140/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, шумы не определяются. +

Число дыханий: 17 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. +

Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение уровней

- усиления синтеза тиреоидных гормонов, запуска аутоиммунного процесса, образования антител к рецептору ТТГ и формирования йод-индуцированной болезни Грейвса
- неопластических эффектов амиодарона, способствующих образованию токсической аденомы щитовидной железы
- деструкции тиреоцитов, выброса в кровь большого количества тиреоидных гормонов
- прямого действия амиодарона на рецептор ТТГ с его активацией и вторичным усилением синтеза гормонов щитовидной железы

Результаты обследования

Для уточнения диагноза необходимо исследовать уровень

- усиления синтеза тиреоидных гормонов, запуска аутоиммунного процесса, образования антител к рецептору ТТГ и формирования йод-индуцированной болезни Грейвса
- неопластических эффектов амиодарона, способствующих образованию токсической аденомы щитовидной железы
- деструкции тиреоцитов, выброса в кровь большого количества тиреоидных гормонов
- прямого действия амиодарона на рецептор ТТГ с его активацией и вторичным усилением синтеза гормонов щитовидной железы

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- усиления синтеза тиреоидных гормонов, запуска аутоиммунного процесса, образования антител к рецептору ТТГ и формирования йод-индуцированной болезни Грейвса
- неопластических эффектов амиодарона, способствующих образованию токсической аденомы щитовидной железы
- деструкции тиреоцитов, выброса в кровь большого количества тиреоидных гормонов
- прямого действия амиодарона на рецептор ТТГ с его активацией и вторичным усилением синтеза гормонов щитовидной железы

Результаты обследования

На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных пациентке можно поставить диагноз

- усиления синтеза тиреоидных гормонов, запуска аутоиммунного процесса, образования антител к рецептору ТТГ и формирования йод-индуцированной болезни Грейвса
- неопластических эффектов амиодарона, способствующих образованию токсической аденомы щитовидной железы
- деструкции тиреоцитов, выброса в кровь большого количества тиреоидных гормонов
- прямого действия амиодарона на рецептор ТТГ с его активацией и вторичным усилением синтеза гормонов щитовидной железы

Диагноз

Возможным осложнением эндогенного гиперкортицизма может быть

- остеопороз
- гиперкальциемия
- гипогликемические состояния

- вторичный гипотиреоз

Наиболее предпочтительной тактикой ведения данного пациента является

- динамическое наблюдение
- медикаментозная терапия
- лучевая терапия
- хирургическое лечение

Послеоперационная ремиссия определяется

- уровнем СТГ менее 1 нг/мл в ходе орального глюкозотолерантного теста
- клиническими проявлениями надпочечниковой недостаточности
- уровнем кортизола крови утром < 50 нмоль/л
- снижением кортизола более чем на 60% в ходе большой пробы с дексаметазоном

В случае отсутствия ремиссии повторную операцию можно проводить не ранее чем через + _____ + месяцев/месяца

- 10-12
- 12-18
- 1-2
- 3-6

В случае отсутствия ремиссии возможно назначение препарата

- каберголин
- мифепрестон
- пасиреотид
- гидрокортизон

Пасиреотид является

- блокатором стероидогенеза
- блокатором рецепторов к прогестерону и глюкокортикоидам
- агонистом дофаминовых рецепторов
- синтетическим аналогом соматостатина

В случае тяжелого течения болезни Иценко-Кушинга для достижения надпочечниковой недостаточности рекомендуется проведение

- комбинированной медикаментозной терапии
- односторонней адреналэктомии

- лучевой терапии
- двусторонней адреналэктомии

У пациента после двусторонней адреналэктомии по поводу болезни Иценко-Кушинга развилось потемнение кожных покровов, определяется высокий уровень АКТГ и аденома гипофиза по данным МРТ. У пациента развился/развилась

- комбинированной медикаментозной терапии
- односторонней адреналэктомии
- лучевой терапии
- двусторонней адреналэктомии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 36 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На периодические головные боли.

Анамнез заболевания

В связи с вышеуказанными жалобами проконсультирована врачом-терапевтом, рекомендовано проведение КТ головного мозга, по данным которого заподозрено наличие образования гипофиза. Лабораторных исследований не проводилось.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: не отягощён
- * Хронические заболевания: фиброзно-кистозная мастопатия.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 63 в минуту, АД – 120/69 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. Клинических проявлений гиперкортицизма, акромегалии нет. Выделений из груди нет.

Необходимым для уточнения диагноза инструментальным методом исследования является

- комбинированной медикаментозной терапии
- односторонней адреналэктомии
- лучевой терапии
- двусторонней адреналэктомии

Результаты обследования

Необходимыми для уточнения диагноза лабораторными методами исследования являются определение уровней

- комбинированной медикаментозной терапии
- односторонней адреналэктомии
- лучевой терапии
- двусторонней адреналэктомии

Результаты обследования

Учитывая данные лабораторных исследований, данное образование хиазмально-селлярной области является

- пролактинсекретирующим
- АКТГ-секретирующим
- СТГ-секретирующим
- гормонально-неактивным

Учитывая размеры выявленного образования, оно является

- макроаденомой
- микрокистой
- гигантской аденомой
- микроаденомой

Для определения оптимальной тактики ведения необходимо провести

- КТ головного мозга с контрастированием
- исследование остроты зрения
- компьютерную периметрию
- люмбальную пункцию

При выявлении битемпоральной гемианопсии по данным компьютерной периметрии необходимо/необходима

- медикаментозное лечение
- хирургическое лечение
- лучевая терапия
- динамическое наблюдение

Учитывая размер инциденталомы, необходимо дополнительно исключить

- феномен макропролактинемии
- гипопитуитаризм
- АКТГ-эктопический синдром
- вторичный гиперпаратиреоз

Для исключения вторичного гипогонадизма необходимо исследовать уровень

- ЛГ и ФСГ
- общего и свободного тестостерона
- прогестерона и ЛГ
- эстрадиола и ФСГ

При развитии пангипопитуитаризма первым этапом проводится медикаментозная компенсация

- СТГ-дефицита
- вторичного гипогонадизма
- вторичного гипокортицизма
- вторичного гипотиреоза

После оперативного лечения МРТ гипофиза проводится через + ____ + месяцев/месяца

- 18
- 3
- 12
- 6

Хирургическое лечение не является методом первой линии, если образование является

- гонадотропиномой
- пролактиномой
- соматотропиномой
- кортикотропиномой

После выявления макроинциденталомы динамическая МРТ проводится через

- гонадотропиновой
- пролактиновой
- соматотропиновой
- кортикотропиновой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 50 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На периодическое головокружение.

Анамнез заболевания

В связи с головокружением терапевтом по м/ж рекомендовано проведение рентгенографии головного мозга – выявлено объемное образование sellarной области нечёткого размера. Лабораторные исследования не проводились.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: не отягощён.
- * Хронические заболевания: хронический гастрит.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 130/77 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. Клинических проявлений гиперкортицизма, акромегалии нет. Выделений из груди нет.

Необходимым для уточнения диагноза инструментальным методом исследования является

- гонадотропиновой
- пролактиновой
- соматотропиновой
- кортикотропиновой

Результаты обследования

Необходимыми для уточнения диагноза лабораторными методами исследования являются определение уровней

- гонадотропиновой
- пролактиновой
- соматотропиновой
- кортикотропиновой

Результаты обследования

Учитывая данные лабораторных исследований, данное образование хиазмально-селлярной области является

- пролактинсекретирующим
- СТГ-секретирующим
- гормонально-неактивным
- АКТГ-секретирующим

Учитывая размеры выявленного образования, оно является

- макроинциденталомой
- гигантской аденомой
- микроаденомой
- макроаденомой

Наиболее предпочтительная тактика для данной пациентки является

- хирургическое лечение
- лучевая терапия
- динамическое наблюдение
- медикаментозное лечение

Хирургическое лечение возможно в случае

- увеличения образования на 2 мм за год наблюдения
- интенсивных головных болей
- параселлярного роста
- инфраселлярного роста

Учитывая размер инциденталомы, динамическую МРТ головного мозга целесообразно проводить через + _____ + месяцев/месяца

- 3

- 12
- 18
- 6

При исключении гормональной активности, через 12 месяцев после подтверждения диагноза необходимо провести

- определение уровня кортизола суточной мочи
- исследование уровня пролактина
- исследование уровня ИРФ-1
- МРТ головного мозга

Если по результатам динамической МРТ головного мозга будет выявлен супраселлярный рост образования гипофиза, необходимо провести

- компьютерную периметрию
- исследование остроты зрения
- определение уровней тропных гормонов гипофиза
- люмбальную пункцию

Если по данным компьютерной периметрии будет выявлено сужение полей зрения, оптимальным подходом будет являться

- медикаментозное лечение
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение
- лучевая терапия

Апоплексия гипофиза с нарушением зрения является показанием к

- протонотерапии
- медикаментозному лечению
- лучевой терапии
- хирургическому лечению

Если через год наблюдения роста микроинциденталомы не отмечается, повторная МРТ проводится 1 раз в

- протонотерапии
- медикаментозному лечению
- лучевой терапии
- хирургическому лечению

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет обратилась к врачу-эндокринологу в поликлинику.

Жалобы

на

- * задержку менструаций до 2-х месяцев,
- * головные боли,
- * усталость.

Анамнез заболевания

Менструальный цикл с 13 лет, установился сразу. В течение двух последних лет отмечает задержку менструаций максимально до 2-х месяцев. По данным УЗИ органов малого таза – без патологии. Постоянные головные боли отмечает в течение года. Прием лекарственных препаратов отрицает. По данным предоставленной медицинской документации ТТГ 1,861 мМЕ/л (0,25-3,5).

Анамнез жизни

- * Беременности – 0.
- * Наследственность: по эндокринной системе не отягощена.
- * Хронические заболевания: отрицает.
- * Аллергоанамнез: аллергические реакции на медикаменты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 76 в минуту, АД – 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Клинических признаков акромегалии, гиперкортицизма нет. Из обеих молочных желез при сдавливании ареолы и соска выделяется жидкость в виде капель. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная, мягко-эластической консистенции, смещается при глотании, узловые образования не пальпируются.

К необходимому для постановки диагноза лабораторному методу обследования относят определение уровня

- протонотерапии
- медикаментозному лечению
- лучевой терапии
- хирургическому лечению

Результаты обследования

Методом инструментальной диагностики в данной ситуации является проведение

- протонотерапии
- медикаментозному лечению
- лучевой терапии
- хирургическому лечению

Результаты обследования

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных пациентке можно поставить диагноз

- протонотерапии
- медикаментозному лечению
- лучевой терапии
- хирургическому лечению

Диагноз

Наиболее предпочтительной тактикой лечения для данной пациентки является

- лучевая терапия
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение
- медикаментозная терапия

Препаратом выбора для данной пациентки является

- перголид
- бромокриптин
- каберголин
- хинаголид

Каберголин относится к группе препаратов, являющимися

- синтетическими аналогами соматостатина
- алкилирующими средствами

- селективными агонистами дофаминовых рецепторов
- ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина

Начальная доза каберголина в неделю составляет + _____ + мг

- 2-5
- 0,25-0,5
- 0,5-0,75
- 5-7,5

Для коррекции дозы каберголина уровень пролактина измеряется через

- 1 неделю
- 1 месяц
- 3 месяца
- 2 недели

Снижение дозы или отмена каберголина при условии длительной нормализации уровня пролактина и значительного уменьшения опухоли рекомендованы не ранее чем через

- 1 год
- 5 лет
- 2 года
- 6 месяцев

В данном клиническом случае проведение МРТ головного мозга рекомендовано через

- 1 год
- 2 года
- 18 месяцев
- 6 месяцев

При наступлении беременности терапию каберголином следует

- продолжить в той же дозе
- продолжить, уменьшив дозу вдвое
- отменить
- продолжить, увеличив дозу вдвое

При неэффективности медикаментозной терапии, роста опухоли и сдавлении зрительного перекреста, следует рассмотреть вопрос о целесообразности проведения данной пациентке

- продолжить в той же дозе
- продолжить, уменьшив дозу вдвое
- отменить
- продолжить, увеличив дозу вдвое

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 37 лет обратился на амбулаторный прием к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * повышение массы тела на 20 кг за последний год,
- * повышенную утомляемость,
- * слабость,
- * покраснение лица.

Анамнез заболевания

В течение последнего года стал отмечать резкую прибавку массы тела при отсутствии изменений в рационе, также постепенно нарастала повышенная утомляемость и слабость, появилось постоянное покраснение лица. Терпевтом по месту жительства направлен на консультацию к врачу-эндокринологу.

Анамнез жизни

- * Материальное положение удовлетворительное.
- * Наследственный анамнез: не отягощён.
- * Хронические заболевания: миопия слабой степени.

Объективный статус

Температура тела 36,6°C. Вес 87 кг. Рост 164 см. Индекс массы тела 32,4 кг/м². +
На передней брюшной стенке бледные стрии. Отмечается отечность обеих голеней. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненная, подвижная. +

ЧСС 84 уд. в мин. Артериальное давление 170/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, шумы не определяются. +

Число дыханий: 17 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. +

Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение уровней

- продолжить в той же дозе
- продолжить, уменьшив дозу вдвое
- отменить
- продолжить, увеличив дозу вдвое

Результаты обследования

В качестве первого этапа дифференциальной диагностики эндогенного гиперкортицизма необходимо исследовать уровень + _____ + крови утром

- продолжить в той же дозе
- продолжить, уменьшив дозу вдвое
- отменить
- продолжить, увеличив дозу вдвое

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- продолжить в той же дозе
- продолжить, уменьшив дозу вдвое
- отменить
- продолжить, увеличив дозу вдвое

Результаты обследования

На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных пациентке можно поставить диагноз

- продолжить в той же дозе
- продолжить, уменьшив дозу вдвое
- отменить
- продолжить, увеличив дозу вдвое

Диагноз

Заблевание в данном случае обусловлено

- избыточным применением глюкокортикоидных препаратов
- кортизол-секретирующей аденомой надпочечника
- АКТГ-секретирующим карциноидом
- АКТГ-секретирующей аденомой гипофиза

Методом выбора в лечении болезни Иценко-Кушинга является

- назначение пасиреотида
- лучевая терапия
- назначение кетоконазола
- транссфеноидальная аденомэктомия

О послеоперационной ремиссии с низким риском рецидива свидетельствует уровень кортизола крови утром ниже + ____ + нмоль/л

- 500
- 300
- 100
- 50

После неэффективного первого нейрохирургического вмешательства повторная операция может быть проведена не ранее чем через + ____ + месяцев/месяца

- 10-12
- 12-18
- 1-2
- 3-6

В случае неэффективности или невозможности хирургического лечения следует назначить

- гидрокортизон
- этomidат
- пасиреотид
- мифепристон

Стартовая дозировка пасиреотида составляет

- 120 мг 1 раз в 28 дней
- 20 мг 1 раз в 28 дней
- 600 мкг 2 раза в сутки подкожно

- 60 мг подкожно 1 раз в 6 месяцев

При неэффективности всех методов лечения или невозможности их проведения по жизненным показаниям проводится

- двусторонняя адреналэктомия
- транскраниальная аденомэктомия
- односторонняя адреналэктомия
- двусторонняя резекция надпочечников

Для консервативного лечения болезни Иценко-Кушинга используется

- двусторонняя адреналэктомия
- транскраниальная аденомэктомия
- односторонняя адреналэктомия
- двусторонняя резекция надпочечников

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 41 года обратился к врачу-эндокринологу на амбулаторный приём.

Жалобы

на

- * снижение либидо,
- * эректильную дисфункцию.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы – в течение года. Самостоятельно обратился на приём к врачу-эндокринологу.

Анамнез жизни

- * Наследственность: по эндокринной системе не отягощена.
- * Хронические заболевания: отрицает.
- * Аллергоанамнез: аллергические реакции на медикаменты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 71 в минуту, АД – 128/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Клинических признаков акромегалии, гиперкортицизма нет. Из обеих молочных желез при сдавливании ареолы и соска выделяется жидкость в виде капель. Щитовидная железа при

пальпации не увеличена, безболезненная, мягко-эластической консистенции, смещается при глотании, узловые образования не пальпируются.

Для уточнения диагноза у данного пациента необходимо исследовать уровень

- двусторонняя адреналэктомия
- транскраниальная аденомэктомия
- односторонняя адреналэктомия
- двусторонняя резекция надпочечников

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, следующим этапом у этого пациента целесообразно провести

- двусторонняя адреналэктомия
- транскраниальная аденомэктомия
- односторонняя адреналэктомия
- двусторонняя резекция надпочечников

Результаты обследования

На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных пациенту можно поставить диагноз

- двусторонняя адреналэктомия
- транскраниальная аденомэктомия
- односторонняя адреналэктомия
- двусторонняя резекция надпочечников

Диагноз

Наиболее предпочтительной тактикой лечения данного пациента является

- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение
- медикаментозная терапия
- лучевая терапия

Препаратом выбора для лечения гиперпролактинемии является

- каберголин
- ланреотид
- бромокриптин
- октреотид

Каберголин относится к группе препаратов, являющимися

- селективными агонистами дофаминовых рецепторов
- ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина
- синтетическими аналогами соматостатина
- алкириующими веществами

Начальная доза каберголина в неделю составляет + _____ + мг

- 0,5-0,75
- 5-7,5
- 2-5
- 0,25-0,5

Для коррекции дозы каберголина уровень пролактина измеряется через

- 1 неделю
- 1 месяц
- 2 недели
- 3 месяца

Снижение дозы или отмена каберголина при условии длительной нормализации уровня пролактина и значительного уменьшения опухоли рекомендованы не ранее чем через

- 2 года
- 6 месяцев
- 5 лет
- 18 месяцев

В данном клиническом случае проведение МРТ головного мозга рекомендовано через

- 2 года
- 6 месяцев
- 1 год
- 3 месяца

Резистентность опухоли к лечению агонистами дофамина устанавливается при условии приема + _____ + мг/неделю каберголина не менее 6 месяцев

- 2
- 4
- 1
- 3

При неэффективности медикаментозной терапии, роста опухоли и сдавлению зрительного перекреста, следует рассмотреть вопрос о целесообразности проведения данному пациенту

- 2
- 4
- 1
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет обратился на амбулаторный прием к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * повышенную утомляемость,
- * повышение массы тела на 10 кг за последний год,
- * эпизоды повышения АД, максимально до 180/100 мм рт. ст.,
- * боли в спине.

Анамнез заболевания

В течение последних трех лет отмечает нарастающую слабость, утомляемость, периодическое повышение АД максимально до 180/100 мм рт. ст., регулярный контроль не проводит. За последний год отметил прибавку в весе на 10 кг без значимых изменений рациона питания и двигательной активности. Пациент сдал кровь на уровень АКТГ - 80,7 пг/мл (7-66). Самостоятельно обратился на консультацию к врачу-эндокринологу.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: у бабушки – эндемический зоб.
- * Хронические заболевания: подагра.

Объективный статус

Температура тела 36,6°C. Вес 87 кг. Рост 174 см. Индекс массы тела 30,1 кг/м². +

При осмотре обращает на себя перераспределение жировой клетчатки: лунообразное лицо, абдоминальный тип ожирения. В области живота – багровые полосы растяжения. Отеков нет. +

Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненна. +

ЧСС 84 уд. в мин. Артериальное давление 150/85 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, шумов нет. +

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 1 в 1 мин. +

Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение уровней

- 2
- 4
- 1
- 3

Результаты обследования

Первой линией инструментального обследования у данного пациента является

- 2
- 4
- 1
- 3

Результаты обследования

Учитывая полученные данные лабораторных исследований и отсутствие визуализации аденомы гипофиза на МРТ, для дифференциальной диагностики АКГГ-зависимого гиперкортицизма необходимо

- 2
- 4
- 1
- 3

Результаты обследования

На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных пациенту можно поставить диагноз

- 2
- 4
- 1
- 3

Диагноз

Заболевание в данном случае обусловлено

- кортизол-секретирующей аденомой надпочечника
- АКТГ-секретирующим карциноидом
- избыточным приемом глюкокортикоидных препаратов
- АКТГ-секретирующей аденомой гипофиза

Методом выбора для лечения данного пациента является

- двусторонняя адреналэктомия
- лучевая терапия
- трансфеноидальная аденомэктомия
- односторонняя адреналэктомия

Пациент отказывается от оперативного лечения. Препаратом выбора для консервативного лечения данного пациента является

- каберголин
- октреотид
- ланреотид
- пасиреотид

Стартовая дозировка пасиреотида составляет

- 160 мг 1 раз в 28 дней внутримышечно
- 40 мг 1 раз в 28 дней внутримышечно
- 600 мкг 2 раза в сутки подкожно
- 60 мкг подкожно 1 раз в 6 месяцев

На фоне терапии пасиреотидом необходимо проводить электрокардиографию не реже 1 раза в + _____ + месяца/месяцев

- 3
- 6
- 9
- 12

При снижении уровня кортизола суточной мочи ниже нижней границы референсного диапазона на фоне лечения пасиреотидом необходимо

- уменьшить дозировку
- отменить препарат
- продолжить применение в прежней дозировке
- увеличить дозировку

Для малой пробы с дексаметазоном используют препарат в дозе + _____ + мг

- 1
- 4
- 8
- 2

При анализе суточной мочи на свободный кортизол результат может быть занижен при

- 1
- 4
- 8
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 32 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * головные боли,
- * нерегулярный менструальный цикл,
- * выделения из молочных желез.

Анамнез заболевания

Два года назад отметила нарушения менструального цикла – задержки до 1-2 месяцев, к врачу не обращалась. В течение последних 6 месяцев появились выделения из молочных желез, частые головные боли. Самостоятельно обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Анамнез жизни

- * Наследственность: по эндокринной системе не отягощена.
- * Хронические заболевания: отрицает.
- * Аллергоанамнез: аллергические реакции на медикаменты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультативно в лёгких везикулярное дыхание, ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 69 в минуту, АД – 112/62 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Явных клинических признаков акромегалии, гиперкортицизма нет. Из обеих молочных желез при сдавливании ареолы и соска выделяется жидкость. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная, мягко-эластической консистенции, смещается при глотании, узловые образования не пальпируются.

В качестве первой линии диагностики у данной пациентки необходимо двукратное исследование уровня

- 1
- 4
- 8
- 2

Результаты обследования

На следующем этапе диагностики необходимо провести

- 1
- 4
- 8
- 2

Результаты обследования

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных пациентке можно поставить диагноз

- 1
- 4
- 8
- 2

Диагноз

Оптимальной тактикой в отношении данной пациентки является

- медикаментозная терапия
- лучевая терапия
- хирургическое лечение
- динамическое наблюдение

Препаратом выбора для лечения гиперпролактинемии является

- пасиреотид
- каберголин
- бромокриптин
- хинаголид

Каберголин является

- синтетическим аналогом соматостатина длительного действия
- ингибитором обратного захвата серотонина и норадреналина
- селективным агонистом дофаминовых рецепторов
- синтетическим аналогом соматостатина короткого действия

Начальная доза каберголина в неделю составляет + _____ + мг

- 0,5-0,75
- 2-5
- 0,25-0,5
- 5-7,5

Для коррекции дозы каберголина уровень пролактина измеряется через

- 6 месяцев
- 1 неделю
- 1 месяц
- 2 недели

Снижение дозы или отмена каберголина при условии длительной нормализации уровня пролактина и значительного уменьшения опухоли рекомендованы не ранее чем через

- 5 лет
- 6 месяцев
- 1 год
- 2 года

Резистентность к лечению агонистами дофамина определяется при отсутствии снижения уровня пролактина/уменьшения объема аденомы на фоне приема максимально переносимых доз агонистов дофамина в течение не менее + _____ + месяца/месяцев

- 4
- 3
- 2
- 6

Если по данным МРТ головного мозга отмечаются признаки сдавления опухолью перекреста зрительных нервов, необходимо провести консультацию

- нейрохирурга
- невролога
- радиолога
- офтальмолога

В случаях пролактином хирургическое лечение абсолютно показано при

- нейрохирурга
- невролога
- радиолога
- офтальмолога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет обратился на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * потливость,
- * огрубление голоса,
- * увеличение размера обуви.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени пациент обращает внимание на выраженную потливость. За последние два года размер обуви увеличился с 41 до 44. Мать пациента отметила изменение внешности и огрубление голоса. Самостоятельно обратился к врачу-эндокринологу.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: не отягощён.
- * Хронические заболевания: отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 77 в минуту, АД – 141/74 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. При осмотре определяется непропорциональное увеличение размера кистей и стоп, огрубление черт лица, прогнатизм, диастема.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня

- нейрохирурга
- невролога
- радиолога
- офтальмолога

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- нейрохирурга
- невролога
- радиолога
- офтальмолога

Результаты обследования

На основании клинической картины в сочетании с данными лабораторно-инструментальных исследований пациенту можно поставить диагноз

- нейрохирурга
- невролога
- радиолога
- офтальмолога

Диагноз

Учитывая МР-характеристики выявленного образования гипофиза, оно является

- микроаденомой
- макроаденомой
- макроинциденталомой
- микроинциденталомой

Оптимальной тактикой в данном случае является

- хирургическое лечение
- динамическое наблюдение
- лучевая терапия
- медикаментозная терапия

Пациент отказывается от хирургического лечения. Оптимальной альтернативой в данном случае является назначение

- антагонистов рецепторов СТГ
- рекомбинантного гормона роста
- агонистов рецепторов дофамина
- аналогов соматостатина

Начальная дозировка октреотида пролонгированного действия составляет + ____ + мг 1 раз в 28 дней

- 30
- 60
- 20

- 40

Контроль уровня ИФР-1 после назначения октреотида пролонгированного действия необходимо провести через

- 3-6 месяцев
- 12 месяцев
- 1-2 месяца
- 1-2 недели

В случае резистентности к терапии аналогами соматостатина возможно назначение

- тектреотида
- парикальцитола
- пэгвисоманта
- кетоконазола

При неэффективности медикаментозной терапии и категорическом отказе пациента от хирургического вмешательства необходимо проведение

- лазерной деструкции
- криотерапии
- лучевой терапии
- динамического наблюдения

Лучевая терапия противопоказана при

- гиперпролактинемии
- близком расположении аденомы к перекресту зрительных нервов
- сопутствующем гипопитуитаризме
- размере аденом гипофиза менее 1,0 см

При постановке диагноза акромегалии рекомендуется проведение

- гиперпролактинемии
- близком расположении аденомы к перекресту зрительных нервов
- сопутствующем гипопитуитаризме
- размере аденом гипофиза менее 1,0 см

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 61 года обратилась на амбулаторный прием к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * повышение массы тела на 20 кг за последний год,
- * эпизоды повышения АД, максимально до 170/110 мм рт. ст.,
- * множественные гнойничковые высыпания.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы в течение последнего года. Обратилась к терапевту на амбулаторный приём, заподозрен гиперкортицизм, направлена к эндокринологу. Самостоятельно сдала кровь на уровень АКТГ - 69,5 пг/мл (7-66). Обратилась на консультацию к врачу-эндокринологу.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: не отягощён;
- * Хронические заболевания: миома матки, хронический тонзиллит.

Объективный статус

Температура тела 36,6°C. Вес 83 кг. Рост 165 см. Индекс массы тела 30,5 кг/м². + При осмотре обращает на себя перераспределение жировой клетчатки: лунообразное лицо, абдоминальный тип ожирения. Определяются множественные гнойничковые высыпания в области груди и спины. Стрий нет. Умеренная пастозность голеней. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненна. + ЧСС 75 уд. в мин. Артериальное давление 163/89 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, шумов нет. + Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. + Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение уровней

- гиперпролактинемии
- близком расположении аденомы к перекресту зрительных нервов
- сопутствующем гипопитуитаризме
- размере аденом гипофиза менее 1,0 см

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- гиперпролактинемии
- близком расположении аденомы к перекресту зрительных нервов
- сопутствующем гипопитуитаризме
- размере аденомы гипофиза менее 1,0 см

Результаты обследования

Учитывая полученные данные лабораторных исследований и отсутствие визуализации аденомы гипофиза на МРТ, для дифференциальной диагностики АКТГ-зависимого гиперкортицизма необходимо

- гиперпролактинемии
- близком расположении аденомы к перекресту зрительных нервов
- сопутствующем гипопитуитаризме
- размере аденомы гипофиза менее 1,0 см

Результаты обследования

На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных пациентке можно поставить диагноз

- гиперпролактинемии
- близком расположении аденомы к перекресту зрительных нервов
- сопутствующем гипопитуитаризме
- размере аденомы гипофиза менее 1,0 см

Диагноз

Заболевание в данном случае обусловлено

- кортизол-секретирующей аденомой надпочечника
- избыточным применением глюкокортикоидных препаратов
- АКТГ-секретирующим карциноидом
- АКТГ-секретирующей аденомой гипофиза

Методом выбора для лечения данной пациентки является

- трансфеноидальная аденомэктомия
- лучевая терапия

- односторонняя адреналэктомия
- двусторонняя адреналэктомия

Пациентка отказывается от оперативного лечения. Препаратом выбора для консервативного лечения данного пациента является

- октреотид
- пасиреотид
- каберголин
- ланреотид

Стартовая дозировка пасиреотида составляет

- 160 мг 1 раз в 28 дней внутримышечно
- 600 мкг 2 раза в сутки подкожно
- 40 мг 1 раз в 28 дней внутримышечно
- 60 мкг подкожно 1 раз в 6 месяцев

Коррекция дозы пасиреотида проводится каждые + _____ + месяца/месяцев

- 12
- 6
- 2
- 3

Дозировку пасиреотида необходимо уменьшить при снижении уровня + _____ + ниже референсного диапазона

- утреннего АКТГ
- вечернего АКТГ
- кортизола суточной мочи
- ренина

Для малой пробы с дексаметазоном используют препарат в дозе + _____ + мг

- 1
- 8
- 2
- 4

При анализе суточной мочи на свободный кортизол результат может быть занижен при

- 1
- 8
- 2
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На головные боли.

Анамнез заболевания

* Головные боли беспокоят в течение нескольких лет.
* Несколько месяцев назад обратилась на плановый осмотр к гинекологу. Патологических изменений органов малого таза не выявлено, однако, учитывая головные боли рекомендовано сдать анализ на пролактин. По данным анализа уровень пролактина на 5 день менструального цикла - 3678 мЕд/л (109-557). При повторном измерении в следующем цикле – 3910 мЕд/л. Менструальный цикл регулярный, на момент осмотра никаких препаратов не принимает.

Анамнез жизни

* Наследственность: по эндокринной системе не отягощена.
* Хронические заболевания: отрицает.
* Аллергоанамнез: аллергические реакции на медикаменты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультативно в лёгких везикулярное дыхание, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 60 в минуту, АД – 128/71 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Явных клинических признаков акромегалии, гиперкортицизма нет. Выделений из сосков нет. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная, мягко-эластической консистенции, смещается при глотании, узловые образования не пальпируются.

К необходимому для постановки диагноза лабораторному методу обследования относят определение уровня

- 1
- 8
- 2

- 4

Результаты обследования

Методом инструментальной диагностики в данной ситуации является проведение

- 1
- 8
- 2
- 4

Результаты обследования

Учитывая выявленное новообразование гипофиза, необходимо определить уровень

- ФСГ, ЛГ и эстрадиола крови
- 17-ОН-прогестерона крови
- ИФР-1 крови и свободного кортизола суточной мочи
- АКТГ и кортизола крови утром

Показатели ИФР-1 и свободного кортизола суточной мочи в пределах референсных диапазонов. На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных пациентке можно поставить диагноз

- ФСГ, ЛГ и эстрадиола крови
- 17-ОН-прогестерона крови
- ИФР-1 крови и свободного кортизола суточной мочи
- АКТГ и кортизола крови утром

Диагноз

Повышение уровня пролактина в данном случае объясняется

- первичной патологией яичников
- hook-эффектом
- феноменом макропролактинемии
- гиперсекрецией пролактина аденомой гипофиза

Оптимальной тактикой для данной пациентки является

- медикаментозное лечение

- динамическое наблюдение
- лучевая терапия
- хирургическое лечение

Учитывая размеры образования гипофиза, оно является

- кистой кармана Ратке
- макроаденомой
- микроаденомой
- гигантской аденомой

Повторную МР-томографию у данной пациентки целесообразно проводить через +_____+ месяцев/месяца

- 3
- 24
- 6
- 12

Если при повторной МРТ динамики роста образования не наблюдается, дальнейшие исследования проводятся 1 раз в

- 3 месяца
- 12 месяцев
- 6 месяцев
- 2-3 года

Хирургическое лечение в данном случае возможно при

- сохраняющемся повышении уровня макропролактина
- клинически значимом росте инциденталомы
- планировании беременности
- появлении галактореи

Если отмечается супраселлярный рост инциденталомы с признаками компрессии перекреста зрительных нервов, необходимо провести

- экзофтальмометрию
- тест Ширмера
- компьютерную периметрию
- УЗИ глазного яблока

Если по данным периметрии отмечается сужение полей зрения, оптимальной тактикой является

- экзофтальмометрию
- тест Ширмера
- компьютерную периметрию
- УЗИ глазного яблока

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 64 лет обратился на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * головные боли,
- * боли в коленях,
- * увеличение размера кистей и стоп,
- * выделения из груди.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы – в течение 10 лет. В течение года отмечает ухудшение периферического зрения. При плановом обследовании терапевтом заподозрена акромегалия, пациент направлен на амбулаторный приём к эндокринологу.

Анамнез жизни

- * Наследственный анамнез: не отягощён.
- * Хронические заболевания: отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 81 в минуту, АД – 139/69 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. При осмотре определяется непропорциональное увеличение размеров кистей и стоп, огрубление черт лица, прогнатизм.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня

- экзофтальмометрию
- тест Ширмера
- компьютерную периметрию
- УЗИ глазного яблока

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования являются

- экзофтальмометрию
- тест Ширмера
- компьютерную периметрию
- УЗИ глазного яблока

Результаты обследования

На основании клинической картины в сочетании с данными лабораторно-инструментальных исследований пациенту можно поставить диагноз

- экзофтальмометрию
- тест Ширмера
- компьютерную периметрию
- УЗИ глазного яблока

Диагноз

Учитывая МР-характеристики выявленного образования гипофиза, оно является

- микроаденомой
- микроинциденталомой
- макроаденомой
- макроинциденталомой

Оптимальной тактикой в данном случае является

- хирургическое лечение
- медикаментозная терапия
- лучевая терапия

- динамическое наблюдение

Оценку уровня СТГ в ходе ПГТТ после операции целесообразно провести

- через 3 месяца
- на 7-10 сутки
- через 6 месяцев
- на 3 сутки

ИФР-1 после операции необходимо исследовать

- через 3 месяца
- на 1-3 сутки
- на 7-10 сутки
- через 6 месяцев

Оценку уровней гормонов щитовидной железы и половых гормонов после операции необходимо провести через + ____ + недель/недели

- 6-12
- 1-2
- 3-4
- 18-20

При контрольном обследовании выявлено повышение уровня ИФР-1 631 нг/мл (15-250), по данным динамической МРТ – остаточная ткань образования гипофиза, муфтообразно охватывающая сифон левой ВСА. Оптимальной тактикой в данной ситуации является

- лучевая терапия
- динамическое наблюдение
- лечение агонистами дофамина
- терапия аналогами соматостатина

Проба с октреотидом короткого действия проводится препаратом в дозировке + ____ + мкг 3 раза в день

- 150
- 100
- 50
- 200

Снижение уровня ИФР-1 в ходе пробы с коротким октреотидом менее + _____ + % соответствует низкой чувствительности к аналогам соматостатина

- 70
- 50
- 30
- 60

При дополнительном назначении агонистов дофамина для лечения акромегалии предпочтительно применение

- 70
- 50
- 30
- 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет обратился на амбулаторный прием к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * повышение массы тела,
- * слабость в ногах,
- * повышение АД, максимально до 180/110 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы в течение последних двух лет. За последний год прибавил в весе 10 кг. Самостоятельно обратился к врачу-эндокринологу.

Анамнез жизни

- * Материальное положение удовлетворительное.
- * Наследственный анамнез: не отягощён.
- * Хронические заболевания: близорукость легкой степени.

Объективный статус

Температура тела 36,6°C. Вес 89 кг. Рост 178 см. Индекс массы тела 28,1 кг/м². + Обращает на себя внимание перераспределение подкожной жировой клетчатки: лунообразное лицо, абдоминальное ожирение, скошенность ягодиц. На передней брюшной стенке – широкие багровые стрии. Отмечается отечность нижних конечностей до уровня коленных суставов. +

Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненная, подвижная. + ЧСС 82 уд. в мин. Артериальное давление 153/84 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, шумы не определяются. +

Число дыханий: 17 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. +

Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение уровней

- 70
- 50
- 30
- 60

Результаты обследования

Для уточнения диагноза необходимо исследовать уровень

- 70
- 50
- 30
- 60

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- 70
- 50
- 30
- 60

Результаты обследования

На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных можно поставить пациентке следующий диагноз

- 70
- 50

- 30
- 60

Диагноз

Гиперкортицизм часто сопровождается

- гиперкальциемией
- вторичным гипотиреозом
- гипогликемическими состояниями
- гипогонадизмом

Наиболее предпочтительной тактикой ведения данного пациента является

- лучевая терапия
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение
- медикаментозное лечение

Исследование уровня общего кортизола для оценки ремиссии рекомендуется на + _____ + день после хирургического вмешательства

- 2-3
- 4-5
- 8-9
- 6-7

В случае отсутствия ремиссии повторную операцию можно проводить не ранее чем через + ____ + месяцев/месяца

- 3-6
- 1-2
- 12-18
- 10-12

В случае отсутствия ремиссии возможно назначение препарата

- каберголин
- пасиреотид
- мифепрестон
- гидрокортизон

Стартовая доза пасиреотида составляет + _____ + мкг 2 раза в сутки

- 100
- 600
- 1000
- 300

При неэффективности или невозможности проведения нейрохирургического лечения болезни Иценко-Кушинга может быть рекомендована

- односторонняя адреналэктомия
- лучевая терапия
- терапия октреотидом
- двусторонняя адреналэктомия

Наиболее частым осложнением лучевой терапии является

- односторонняя адреналэктомия
- лучевая терапия
- терапия октреотидом
- двусторонняя адреналэктомия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 33 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На бесплодие.

Анамнез заболевания

Пациентка планирует беременность в течение двух лет. Обследована гинекологом – патологических изменений органов малого таза не выявлено, показатели ТТГ, ФСГ, ЛГ и эстрадиола в пределах референсных значений. Мужской фактор исключен. Гинекологом направлена на консультацию к эндокринологу. На момент осмотра никаких препаратов не принимает.

Анамнез жизни

- * Наследственность: по эндокринной системе не отягощена.
- * Хронические заболевания: отрицает.
- * Аллергоанамнез: аллергические реакции на медикаменты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультативно в лёгких везикулярное дыхание, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 71 в минуту, АД – 131/68 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Явных клинических признаков акромегалии, гиперкортицизма нет. Выделений из сосков нет. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная, мягко-эластической консистенции, смещается при глотании, узловые образования не пальпируются.

В качестве первой линии диагностики у данной пациентки необходимо двукратное исследование уровня

- односторонняя адреналэктомия
- лучевая терапия
- терапия октреотидом
- двусторонняя адреналэктомия

Результаты обследования

Методом инструментальной диагностики в данной ситуации является проведение

- односторонняя адреналэктомия
- лучевая терапия
- терапия октреотидом
- двусторонняя адреналэктомия

Результаты обследования

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных пациентке можно поставить диагноз

- односторонняя адреналэктомия
- лучевая терапия
- терапия октреотидом
- двусторонняя адреналэктомия

Диагноз

Оптимальной тактикой в отношении данной пациентки является

- динамическое наблюдение

- лучевая терапия
- медикаментозная терапия
- хирургическое лечение

Препаратом выбора для лечения гиперпролактинемии является

- каберголин
- бромокриптин
- пасиреотид
- хинаголид

Начальная доза каберголина в неделю составляет + _____ + мг

- 0,25-0,5
- 5-7,5
- 0,5-0,75
- 2-5

Для коррекции дозы каберголина уровень пролактина измеряется через

- 1 месяц
- 1 неделю
- 3 месяца
- 2 недели

На повторной консультации пациентка сообщила, что наступила беременность. Необходимо рекомендовать

- снизить дозу каберголина
- продолжить лечение в прежнем режиме
- повысить дозу каберголина
- отменить каберголин

После наступления беременности проводить контроль уровня пролактина

- нужно еженедельно
- необходимо ежемесячно
- не требуется
- следует 1 раз в триместр

Клиническое наблюдение беременной пациентки с пролактинсекретирующей микроаденомой необходимо проводить один раз в

- месяц
- неделю
- триместр
- два месяца

При подозрении на рост объемного образования у беременной пациентки необходимо провести

- МРТ головного мозга без контрастирования
- МРТ головного мозга с контрастированием
- КТ головного мозга
- рентгенографию черепа в боковой проекции

При выявлении роста опухоли или прогрессировании симптоматики у беременной пациентки с пролактиномой необходимо

- МРТ головного мозга без контрастирования
- МРТ головного мозга с контрастированием
- КТ головного мозга
- рентгенографию черепа в боковой проекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 23 лет направлен для подтверждения диагноза центрального несахарного диабета.

Жалобы

на

- * постоянную головную боль,
- * постоянную жажду,
- * учащённое мочеиспускание,
- * периодически снижение остроты зрения.

Анамнез заболевания

* 1,5 года назад при построении во время срочной службы у пациента была потеря сознания, в связи с чем был госпитализирован с диагнозом Хронический гастродуоденит, обострение Состояния после вазомоторного обморока. По данным проведенного обследования (данные медицинского обследования отсутствуют) установлен диагноз Центральный идиопатический несахарный диабет, лёгкого течения с рекомендациями приема десмопрессина при

ухудшении состояния. После выписки отметил появление жажды, увеличение объёма выпиваемой жидкости с 4-6 литров до 12-14 литров в сутки. В связи с ухудшением состояния была инициирована постоянная терапия десмопрессинном в начальной дозе 360 мкг/в сутки сублингвально с последующим увеличением до 600 мкг/сут. Был выполнен анализ мочи по Зимницкому на фоне отмены десмопрессина: суточный диурез 19100 мл (дневной-12200, ночной-6900 мл), уд. вес мочи-1000 во всех порциях.

* Анализ мочи по Зимницкому на фоне приема 8 таб. десмопрессина по 0,2 мг: суточный диурез-6050 мл (дневной-3800 мл, ночной-2250 мл), максимальный уд. вес мочи-1015 г/л.

* 3 месяца назад имел место второй эпизод потери сознания, на фоне которого определены электролиты крови: калий - 3,45 ммоль/л (3,5-5,1), натрий - 111ммоль/л (135-145), хлор - 99,2 ммоль/л (101-110). Уд. вес мочи-1001. По результатам обследования доза десмопрессина увеличена до 6 таб. по 0,2 мг 3 раза в сутки.

Анамнез жизни

* Перенесенные состояния: операции: аппендэктомия в возрасте 18 лет.

* Аллергологический анамнез: без особенностей.

* Эпиданамнез: контакты с инфекционными больными, тbc, гепатит, ВИЧ, вен. заболевания, переливания крови отрицает.

* Наследственность: неотягощена.

* Вредные привычки: курение: 1 пачка в день.

* Социальный статус: работает охранником в сети магазинов.

* Семейное положение: не женат, детей нет.

Объективный статус

Объективно состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован. Телосложение нормостеническое. Масса тела 69,0 кг. Рост 177 см. Индекс массы тела 22,0 кг/м². Площадь поверхности тела 1,84 м². Кожные покровы чистые, склеры обычной окраски, видимые слизистые оболочки бледно-розовые, отёки не определяются. + Сердечно-сосудистая система: ЧСС-72 уд/мин, артериальное давление 125/90 мм рт. ст. +

Органы дыхания: ЧДД 12/мин, дыхание везикулярное. +

Пищеварительная система: язык влажный, розовый; живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. +

Органы мочеиспускания: симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Для уточнения состояния центра жажды необходимо уточнить у пациента

- МРТ головного мозга без контрастирования

- МРТ головного мозга с контрастированием
- КТ головного мозга
- рентгенографию черепа в боковой проекции

Результаты обследования

Исследование показателей крови и мочи для подтверждения диагноза несахарного диабета пациенту необходимо проводить на фоне

- отмены десмопрессина в течение 24 часов
- замены десмопрессина на гипохлортиазид
- отмены десмопрессина в течение 8 часов
- приема десмопрессина

Для несахарного диабета характерно

- повышение осмоляльности мочи
- повышение осмоляльности крови
- снижение осмоляльности крови
- повышение относительной плотности мочи

Для подтверждения/исключения диагноза несахарный диабет необходимо провести пробу с

- десмопрессином
- изотоническим раствором
- водной нагрузкой
- сухоедением

На фоне пробы с сухоедением

- разрешается употреблять вареные яйца и хлеб
- прием пищи полностью запрещен
- рекомендуется употреблять только легкоусвояемые углеводы
- ограничивается прием жидкости до 600-800 мл

Тест с десмопрессином для подтверждения центральной формы несахарного диабета проводится в случае

- наличия гипонатриемии
- если у пациента на фоне пробы с сухоедением осмоляльность крови составила менее 280 мОсм/кг

- если при проведении пробы с сухоедением осмоляльность мочи составила более 650 мОсм/кг
- подтверждения диагноза несахарного диабета

На фоне проведения пробы с сухоедением в течение 12 часов отмечено повышение осмоляльности мочи до 697 мОсм/кг, что соответствует

- наличия гипонатриемии
- если у пациента на фоне пробы с сухоедением осмоляльность крови составила менее 280 мОсм/кг
- если при проведении пробы с сухоедением осмоляльность мочи составила более 650 мОсм/кг
- подтверждения диагноза несахарного диабета

Диагноз

Пациенту проведено МРТ-исследование головного мозга без контрастирования, которое выявило наличие гиперинтенсивного сигнала от нейрогипофиза в режиме T1ВИ, что соответствует

- сахарному диабету
- несахарному диабету вследствие DIDMOAD синдрома
- центральному несахарному диабету
- первичной психогенной полидипсии

Данному пациенту показана/показано

- консультация невролога
- УЗИ почек
- консультация уролога
- консультация психиатра

Психогенная полидипсия характеризуется

- резистентностью почек к вазопрессину
- компульсивным желанием пить
- патологией центра жажды гипоталамуса
- повышенной активностью аргининаминопептидазы

Гестационный несахарный диабет обусловлен

- нарушением синтеза секреции вазопрессина
- нарушением действия вазопрессина
- нарушением жаждоощущения

- ускоренным разрушением вазопрессина

Десмопрессин действует через рецепторы к вазопрессину + _____ + типа

- нарушением синтеза секреции вазопрессина
- нарушением действия вазопрессина
- нарушением жаждоощущения
- ускоренным разрушением вазопрессина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 43 лет с акромегалией обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу Федерального центра.

Жалобы

на

- * изменение внешности (укрупнение черт лица, увеличение кистей, стоп),
- * слабость,
- * потливость,
- * повышение гликемии до 16,0 ммоль/л натощак,
- * ухудшение зрения.

Анамнез заболевания

- * Считает себя больной в течение 6 лет, когда стала отмечать изменение внешности (укрупнение черт лица, увеличение кистей, размера обуви с 36 до 40, увеличение межзубных промежутков), появление потливости. +
- * 5 лет назад по МРТ головного мозга от 2016 года выявлена макроаденома гипофиза размерами 24x16x26 мм с компрессией хиазмы, установлен диагноз акромегалии: СТГ 227 нг/мл, ИФР-1 850 нг/мл, впервые выявлен сахарный диабет (гликированный гемоглобин 9,3%). +
- * 4 года назад выполнена транскраниальная аденомэктомия по месту жительства. В послеоперационном периоде ремиссии акромегалии достигнуто не было, развился вторичный гипотиреоз, вторичный гипогонадизм. В послеоперационном периоде получает терапию аналогами соматостатина, в настоящее время Октреотид Лонг 30 мг в/м 1 раз в 28 дней. По поводу сахарного диабета получает комбинированную сахароснижающую терапию (метформин 1000 мг 2 раза в сутки, инсулин НовоРапид 18-24 Ед перед основными приемами пищи исходя из углеводного коэффициента 2 Ед:1ХЕ), инсулин Туджео по 20 Ед утром, 34 Ед вечером, по поводу вторичного гипотиреоза – Эутирокс в дозе 75 мкг в сутки.

Анамнез жизни

* Наследственность: заболевания у родственников – у матери ОНМК, у тети (по линии отца) – сахарный диабет 2 типа.

* Гинекологический анамнез: менструации отсутствуют в течение 4 лет.

Беременности: 3. Роды: 1.

* Сопутствующие заболевания: хронический пиелонефрит.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирована. +

Объективно состояние. Масса тела 113,0 кг. Рост 158 см. Индекс массы тела 45,3 кг/м². Площадь поверхности тела 2,23 м². Кожные покровы чистые, влажные.

Склеры обычной окраски. +

Щитовидная железа при пальпации увеличена, безболезненна, эластичной консистенции, узлы не пальпируются. +

Сердечно-сосудистая система: пульс 70 уд./мин., артериальное давление 130/75 мм рт. ст., тоны сердца ясные, чистые. +

Органы дыхания: число дыханий 18 в 1 мин, дыхание везикулярное хрипов нет. +

Пищеварительная система: язык чистый, живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. +

Органы мочеиспускания: симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. +

При осмотре обращают на себя внимание крупные черты лица, крупные кисти, диастема.

Для решения вопроса об эффективности лечения акромегалии у пациентки необходимо провести

- нарушением синтеза секреции вазопрессина
- нарушением действия вазопрессина
- нарушением жаждоощущения
- ускоренным разрушением вазопрессина

Результаты обследования

Из дополнительных методов обследования данная пациентка нуждается в проведении УЗИ

- нарушением синтеза секреции вазопрессина
- нарушением действия вазопрессина
- нарушением жаждоощущения

- ускоренным разрушением вазопрессина

Результаты обследования

На основании анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных пациентке можно поставить диагноз

- нарушением синтеза секреции вазопрессина
- нарушением действия вазопрессина
- нарушением жаждоощущения
- ускоренным разрушением вазопрессина

Диагноз

Осложнением основного заболевания у пациентки является

- нарушение толерантности к углеводам
- сахарный диабет вследствие акромегалии
- сахарный диабет 2 типа
- сахарный диабет 1 типа

**Данные лабораторного обследования пациентки указывают на + _____ +
терапии аналогами соматостатина**

- высокую чувствительность к
- полную резистентность к
- частичную резистентность к
- непереносимость

Оптимальным методом лечения акромегалии у пациентки является

- комбинированная терапия Октреотидом пролонгированного действия и каберголином в максимально переносимых дозах
- лучевая терапия на область остаточной опухолевой ткани
- повторное нейрохирургическое лечение
- увеличение дозы Октреотида пролонгированного действия до 60 мг в/м 1 раз в 28 дней

Оценить эффективность повторного нейрохирургического лечения возможно с помощью анализа крови на + _____ + после операции

- ИФР-1 на 7-10 сутки
- ИФР-1 через 3 месяца

- СТГ в ходе ОГТТ на 7-10 сутки
- СТГ в ходе ОГТТ через 3 месяца

Возможным осложнением повторного нейрохирургического вмешательства может быть

- несахарный диабет
- первичная надпочечниковая недостаточность
- вторичный гипогонадизм
- вторичный гипотиреоз

Возможным осложнением лучевой терапии является развитие

- несахарного диабета
- гипопитуитаризма
- первичного гипотиреоза
- сахарного диабета

При отказе пациентки от повторного нейрохирургического лечения или при его неэффективности необходимо

- сменить терапию Октреотидом Лонг на Соматулин Аутожель
- назначить комбинированную терапию Октреотидом Лонг и Каберголином
- отменить терапию Октреотидом Лонг
- назначить терапию пэгвисомантом

При лабораторном обследовании по поводу вторичного гипотиреоза выявлен уровень ТТГ – 0,01мМЕ/л (0,25-3,5). Необходимо

- исследовать уровень свободного Т4
- отменить Эутирокс
- уменьшить дозу Эутирокса до 50 мкг в сутки
- увеличить дозу Эутирокса до 100 мкг в сутки

Частота оценки уровня гликированного гемоглобина при сахарном диабете у пациентов с акромегалией составляет

- исследовать уровень свободного Т4
- отменить Эутирокс
- уменьшить дозу Эутирокса до 50 мкг в сутки
- увеличить дозу Эутирокса до 100 мкг в сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 19 лет с гиперпролактинемией обратился на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * общую слабость,
- * утомляемость,
- * редко возникающую головную боль,
- * кровотечения из носа.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 4 лет, когда начал набирать в весе (до 97 кг) и появились нарушения сердечного ритма, при обследовании впервые выявлена гиперпролактинемия до 2961 мМЕ/л. По МРТ в левой половине аденогипофиза визуализирована микроаденома 6,5х6х6 мм. В течение 3 лет принимает Достинекс с постепенным увеличением дозы препарата до 4,5 мг в неделю. Препарат переносит хорошо. На фоне проводимой терапии похудел на 15 кг. При динамическом обследовании МРТ - без динамики. На момент поступления получает терапию Каберголин 4,5 мг/неделю - по 1 таблетке в рабочий день, в выходные – по 2 таблетки.

Анамнез жизни

- * Наследственность: у матери узловой зоб.
- * Сопутствующие заболевания: Дискинезия желчевыводящих путей. Миопия средней степени тяжести. Поверхностный гастрит. Вазомоторный ринит.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность не выражена. В пространстве и времени ориентирован. +

Объективно состояние. Вес 82 кг. Рост 184 см. Индекс массы тела 24,2 кг/м².

Кожные покровы чистые. Отеки не определяются. +

Щитовидная железа не увеличена, мягкая, безболезненная при пальпации, узлы не определяются. +

Сердечно-сосудистая система: пульс 68 уд./мин, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Над проекцией митрального клапана выслушивается мягкий систолический шум. +

Органы дыхания: число дыханий в 1 мин. 17, дыхание везикулярное. Хрипов нет. +

Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. +

Оволосение на лице отсутствует. +

Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. +

Грудные железы в норме. +

Физиологические отправления в норме.

Для решения вопроса об эффективности лечения гиперпролактинемии у пациента необходимо провести

- исследовать уровень свободного Т4
- отменить Эутирокс
- уменьшить дозу Эутирокса до 50 мкг в сутки
- увеличить дозу Эутирокса до 100 мкг в сутки

Результаты обследования

Для исключения осложнений гиперпролактинемии необходимо оценить уровень

- исследовать уровень свободного Т4
- отменить Эутирокс
- уменьшить дозу Эутирокса до 50 мкг в сутки
- увеличить дозу Эутирокса до 100 мкг в сутки

Результаты обследования

Согласно данным МРТ у пациента имеется

- инциденталома
- микропролактинома
- маммосоматотропинома
- макропролактинома

На основании анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных можно поставить пациентке диагноз

- инциденталома
- микропролактинома
- маммосоматотропинома
- макропролактинома

Диагноз

Препарат, который получает пациент по поводу гиперпролактинемии, является + _____ + агонистом дофаминовых рецепторов

- неэрготиновым неселективным
- неэрготиновым селективным
- эрготиновым неселективным
- эрготиновым селективным

Оптимальным методом лечения пролактиномы у пациента будет

- проведение трансфеноидальной аденомэктомии
- увеличение дозы каберголина до максимально переносимой
- лучевая терапия аденомы гипофиза
- комбинация каберголина с аналогами соматостатина

Высокая вероятность успешного нейрохирургического лечения обусловлена

- умеренно повышенным уровнем пролактина крови (менее 5000 мЕД/л)
- отсутствием смешанной гормональной секреции аденомы гипофиза
- молодым возрастом пациентом
- небольшим размером аденомы гипофиза (менее 1 см)

Оценка эффективности проведенного нейрохирургического лечения проводится с помощью измерения уровня пролактина + _____ + после операции

- на 7-10-е сутки
- на 1-е сутки
- через 1 месяц
- через 3 месяца

После аденомэктомии возможно развитие

- миопии
- сахарного диабета
- гиперметропии
- гипопитуитаризма

При сохранении гипогонадизма в послеоперационном периоде необходимо назначить

- препараты эстрогенов
- препараты тестостерона
- лучевую терапию
- темозоломид

При длительном течении гиперпролактинемического гипогонадизма необходимо исключать такое осложнение как

- нефролитиаз
- остеонекроз челюсти
- остеопороз
- холелитиаз

Учитывая молодой возраст, у пациента с пролактиномой необходимо исключить

- нефролитиаз
- остеонекроз челюсти
- остеопороз
- холелитиаз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 80 лет направлена к эндокринологу для подтверждения диагноза несахарного диабета.

Жалобы

на

- * тремор правых верхних конечностей,
- * шаткость при ходьбе,
- * общую скованность,
- * замедленность движений,
- * нарушение кратковременной памяти,
- * рассеянность,
- * боли в поясничной области,
- * постоянную сухость во рту,
- * учащённое мочеиспускание.

Анамнез заболевания

- * В течение 15 лет у пациентки имеется диагноз центрального несахарного

диабета. Со слов дочери, диагноз установлен терапевтом по месту жительства, назначен десмопрессин, медицинская документация не предоставлена. 10 лет назад консультирована эндокринологом в связи с низкой эффективностью десмопрессина. На приеме отмечен низкий уровень натрия крови (точные цифры не помнит), в связи с чем проведена коррекция дозировки десмопрессина в сторону уменьшения.

* 2 недели назад экстренно госпитализирована в неврологическое отделение для исключения инсульта головного мозга, в связи с появлением эпизодов значительного повышения тонуса в мышцах конечностей и аксиальной мускулатуре, чувства скованности во всем теле, затруднения дыхания на вдохе. Данная симптоматика самостоятельно регрессировала в течение нескольких часов после госпитализации. Неврологические причины имевшейся симптоматики исключены. За период госпитализации отмечались низкие уровни натрия в сыворотке крови 124-129-125 ммоль/л (136-145), в связи с чем пациентка направлена к эндокринологу для уточнения диагноза.

Анамнез жизни

- * Аллергологический анамнез: без особенностей.
- * Эпиданамнез: контакты с инфекционными больными, тbc, гепатит, ВИЧ, вен. заболевания, переливания крови отрицает.
- * Наследственность: не отягощена.
- * Вредные привычки: нет.
- * Социальный статус: пенсионерка, живет в семье.
- * Семейное положение: вдова, 3 детей.
- * Сопутствующие заболевания: Болезнь Паркинсона, смешанная форма 3 ст. Дисциркуляторная энцефалопатия. Гипертоническая болезнь 2 ст. II ст., риск 3. ИБС: Стенокардия напряжения 2 ФК. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты и ее ветвей. Аутоиммунный тиреоидит, субклинический гипотиреоз. Нефроптоз справа. ХБП С2 А3. Гипохромная анемия легкой степени. Желчекаменная болезнь: хронический калькулезный холецистит, ремиссия. Распространенные дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, вертеброгенная дорсопатия. Полиостеоартроз. Саркопения. Неполное выпадение матки.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение астеническое. Температура тела 36,1°C. Масса тела 51,0 кг. Рост 157 см. Индекс массы тела 20,7 кг/м². Кожные покровы чистые. Склеры обычной окраски. Зев чистый, миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Щитовидная железа пальпаторно узлы не определяются, клинически эутиреоз. Сердечно-сосудистая система: Пульс 71 уд/мин. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Тоны

сердца. приглушены. Органы дыхания: ЧДД 15 в минуту, дыхание при аускультации везикулярное. Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Органы мочеиспускания: симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Для уточнения состояния центра жажды необходимо уточнить у пациента

- нефролитиаз
- остеонекроз челюсти
- остеопороз
- холелитиаз

Результаты обследования

При осмотре пациента необходимо оценить

- нефролитиаз
- остеонекроз челюсти
- остеопороз
- холелитиаз

Результаты обследования

Исследование показателей крови и мочи для подтверждения диагноза несахарного диабета пациентке необходимо проводить на фоне

- замены десмопрессина на гипохлортиазид
- отмены десмопрессина в течение 8 часов
- отмены десмопрессина в течение 24 часов
- приема десмопрессина

Для подтверждения/исключения диагноза несахарный диабет необходимо провести пробу

- водной нагрузкой
- сухоедением
- десмопрессином
- изотоническим раствором

На фоне пробы с сухоедением

- ограничивается прием жидкости до 600-800 мл

- разрешается употреблять вареные яйца и хлеб
- рекомендуется употреблять только легкоусвояемые углеводы
- прием пищи полностью запрещен

Тест с десмопрессином проводится в случае

- если у пациента на фоне пробы с сухоедением осмоляльность крови составила менее 280 мОсм/кг
- если при проведении пробы с сухоедением осмоляльность мочи составила более 650 мОсм/кг
- наличия гипонатриемии
- подтверждения диагноза несахарного диабета

На фоне проведения пробы с сухоедением в течение 13 часов отмечено повышение осмоляльности мочи до 273 мОсм/кг, осмоляльности крови до 310 мОсм/кг и уровня натрия крови до 149 мОсм/кг, что соответствует

- нефрогенному несахарному диабету
- центральному несахарному диабету
- несахарному диабету
- первичной полидипсии

После пробы с сухоедением пациентке проведен тест с десмопрессином: осмоляльность мочи исходно 273 мОсм/кг, через 4 часа после приема 0,1 мг десмопрессина - осмоляльность мочи 356 мОсм/кг, что соответствует

- нефрогенному несахарному диабету
- первичной полидипсии
- центральному несахарному диабету
- функциональному несахарному диабету

При проведении пробы с десмопрессином препарат назначается в дозе

- 100 мкг внутрь, запивая 100 мл столовой воды
- 0,1 мг интраназально
- 10 мкг под язык до полного рассасывания
- 0,1 мг под язык до полного рассасывания

При проведении пробы с десмопрессином оценивается + _____ + исходно, через 2 часа, через 4 часа

- осмоляльность мочи
- натрий крови

- осмоляльность крови
- pH мочи

Диагноз нефрогенного несахарного диабета ставится при максимальном повышении осмоляльности мочи относительно исходных значений

- менее чем в 2 раза
- более чем в 2 раза
- более чем на 50%
- менее чем на 50%

При приобретенном нефрогенном несахарном диабете проводят

- менее чем в 2 раза
- более чем в 2 раза
- более чем на 50%
- менее чем на 50%

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина в возрасте 24 лет обратился на прием с жалобами на частое мочеиспускание.

Жалобы

на

- * жажду (пьет до 10 литров в сутки),
- * сухость во рту полиурию (до 10 л в сутки),
- * учащенное мочеиспускание, колебание артериального давления (минимально 90/65 мм рт. ст., максимально 140/90 мм рт. ст.),
- * покраснение глаз,
- * отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания

- * Пациент считает себя больным с семилетнего возраста, когда после закрытой травмы головы (обследование не проводилось) отметил появление жажды, преимущественно в ночное время, учащенное мочеиспускание (со слов пациента, диурез достигал 20 л/сут.).
- * При обследовании эндокринологом в 1998 году был установлен диагноз несахарного диабета центрального генеза, назначен адиуретин (препарат десмопрессина в интраназальных каплях). Со слов пациента и его матери, на

фоне приема адиуретина отмечалось незначительное улучшение. В дальнейшем, в связи с перебоями в поставках препарата, пациент был переведен на десмопрессин в виде таблеток, который он получал в дозах до 0,3 мг х 3 раза в день, без выраженного эффекта.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: бронхит, отит.
- * Переломы: перелом IV пальца правой руки.
- * Семейный анамнез: дед – синдром полиурии-полидипсии, бабушка – транзиторная ишемическая атака, перелом костей предплечья.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Аллергоанамнез: на пенициллин - эритематозные высыпания, отек Квинке на неизвестный аллерген.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность не выражена. В пространстве и времени ориентирован. Телосложение неправильное. Вес 85 кг. Рост 165 см. Индекс массы тела 31,25 кг/м². Площадь поверхности тела 1,97 м². +

Кожные покровы чистые. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. +

Щитовидная железа не увеличена, безболезненна при пальпации, однородной структуры. +

Сердечно-сосудистая система: пульс 100 уд/мин, ЧСС 100 уд/мин, артериальное давление 140/70 мм рт. ст. +

Органы дыхания: число дыханий в 1 мин. 18, грудная клетка правильной формы, в акте дыхания вспомогательные мышцы не участвуют, дистанционные хрипы не слышны, дыхание везикулярное, дыхательных шумов нет. +

Пищеварительная система: язык влажный, живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезенка при пальпации не определяется. +

Органы мочеиспускания: симптом поколачивания по пояснице отрицательный.

Для уточнения состояния центра жажды необходимо уточнить у пациента

- менее чем в 2 раза
- более чем в 2 раза
- более чем на 50%
- менее чем на 50%

Результаты обследования

Для подтверждения/исключения диагноза несахарный диабет необходимо провести пробу с

- водной нагрузкой
- десмопрессином
- изотоническим раствором
- сухоедением

На фоне пробы с сухоедением

- рекомендуется употреблять только легкоусвояемые углеводы
- разрешается употреблять вареные яйца и хлеб
- ограничивается прием жидкости до 600-800 мл
- прием пищи полностью запрещен

Тест с десмопрессином проводится в случае, если

- на фоне пробы с сухоедением осмоляльность крови составила менее 280 мОсм/кг
- у пациента подтвержден диагноз несахарного диабета
- при пробе с сухоедением осмоляльность мочи составила более 650 мОсм/кг
- выявлена гипонатриемия

На фоне проведения пробы с сухоедением в течение 2 часов отмечено повышение осмоляльности мочи до 157 мОсм/кг, осмоляльности крови до 309 мОсм/кг и уровня натрия крови до 148 мОсм/кг, что соответствует

- нефрогенному несахарному диабету
- центральному несахарному диабету
- несахарному диабету
- первичной полидипсии

При проведении теста с десмопрессином выявлена осмоляльность мочи исходно 157 мОсм/кг, через 4 часа после приема 0,1 мг десмопрессина - осмоляльность мочи 165 мОсм/кг, что соответствует

- центральному несахарному диабету
- ятрогенному несахарному диабету
- первичной полидипсии
- нефрогенному несахарному диабету

При проведении пробы с десмопрессином препарат назначается в дозе

- 100 мкг внутрь, запивая 100 мл столовой воды

- 0,1 мг интраназально
- 0,1 мг под язык до полного рассасывания
- 10 мкг под язык до полного рассасывания

При проведении пробы с десмопрессином оценивается + _____ + исходно, через 2 часа, через 4 часа

- натрий крови
- pH мочи
- осмоляльность крови
- осмоляльность мочи

Диагноз нефрогенного несахарного диабета ставится при максимальном повышении осмоляльности мочи относительно исходных значений

- более чем в 2 раза
- менее чем на 50%
- более чем на 50%
- менее чем в 2 раза

Пациенту необходимо провести + _____ + обследование

- урологическое
- генетическое
- неврологическое
- психологическое

Пациенту необходимо назначить

- верошпирон
- десмопресин
- фуросемид
- гидрохлортиазид

Гидрохлортиазид при нефрогенном несахарном диабете назначается в дозе + _____ + мг в сутки

- верошпирон
- десмопресин
- фуросемид
- гидрохлортиазид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 64 лет обратилась на консультацию с жалобами на выраженную жажду и полиурию.

Жалобы

на

- * жажду (объем потребляемой жидкости до 6–8 л в сутки),
- * обильное и учащенное мочеиспускание (цвет мочи светлый),
- * необходимость вставать ночью для мочеиспускания и питья (в среднем два-три раза),
- * сухость кожи,
- * периодически возникающие головокружения,
- * умеренную головную боль,
- * сухой кашель,
- * одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

* Из анамнеза известно, что четыре года назад на основании гистологического исследования верифицирован диагноз «саркоидоз легких». Пациентка получала лечение преднизолоном в дозе 30 мг в сутки в течение двух недель, далее – циклофосфаном, к которому при обострении заболевания добавляли плазмаферез (суммарно три сеанса), по необходимости также проводились ингаляции ипратропия бромидом+фенотерола с помощью небулайзера. На данной терапии больная чувствовала себя удовлетворительно. Через два года с момента диагностики саркоидоза легких пациентка отметила ухудшения состояния: ежедневный озноб в вечернее время без значимого повышения температуры и потливости в течение двух-трех недель, купированный самостоятельно. Еще через шесть месяцев к описанной симптоматике добавились жажда и полиурия, но к врачу по их поводу она обратилась только через год от появления этих симптомов. +

* Препараты лечения на момент осмотра: преднизолон 20 мг в сутки, аспаркам по три таблетки в сутки, циклофосфан в дозе 0,2 г два раза в неделю, омепразол в дозе 20 мг на ночь.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: саркоидоз легких.
- * Переломы: не было.
- * Семейный анамнез: не отягощен.

* Вредные привычки: курение 10 сигарет в день с возраста 18 лет.

* Аллергоanamнез: на пенициллин - отек Квинке.

Объективный статус

Общее состояние больной охарактеризовано как относительно удовлетворительное. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы нормальной окраски, выражена сухость кожи. Видимые слизистые розовые, сухие. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена по абдоминальному типу. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Щитовидная железа расположена в типичном месте, не увеличена, мягко-эластической консистенции, узловые образования не пальпировались. Рост – 164 см. Масса тела – 77 кг. Индекс массы тела – $28,6 \text{ кг/м}^2$. +
Сердечно-сосудистая система: артериальное давление справа – 130/90 мм рт. ст., частота пульса – 60 в минуту, область сердца визуальна не изменена, тоны приглушены, ритмичны, перкуторно границы сердца в пределах нормы. +
Органы дыхания: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, легочный звук притуплен, частота дыхательных движений – 16 в минуту. +
Органы пищеварения: язык чистый, живот мягкий и безболезненный, печень не выступает из-под реберной дуги, склонность к запорам. +
Мочевыделительная система: мочеиспускание свободное, учащенное, обильное, симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

Для подтверждения/исключения диагноза несахарный диабет необходимо провести пробу с

- десмопрессином
- изотоническим раствором
- водной нагрузкой
- сухоедением

На фоне пробы с сухоедением

- разрешается употреблять вареные яйца и хлеб
- прием пищи полностью запрещен
- ограничивается прием жидкости до 600-800 мл
- рекомендуется употреблять только легкоусвояемые углеводы

Тест с десмопрессином проводится в случае

- наличия гипонатриемии
- если у пациента на фоне пробы с сухоедением осмоляльность крови составила менее 280 мОсм/кг
- если при пробе с сухоедением осмоляльность мочи составила более 650 мОсм/кг

- подтверждения диагноза несахарного диабета

На фоне проведения пробы с сухоедением в течение 3 часов отмечено повышение осмоляльности мочи до 157 мОсм/кг, осмоляльности крови до 308 мОсм/кг и уровня натрия крови до 148 мОсм/кг, что соответствует

- первичной полидипсии
- несахарному диабету
- центральному несахарному диабету
- нефрогенному несахарному диабету

После пробы с сухоедением пациенту проведен тест с десмопрессинном: осмоляльность мочи исходно 157 мОсм/кг, через 4 часа после интраназального применения 10 мкг десмопрессина - осмоляльность мочи 492 мОсм/кг, что соответствует

- ятрогенному несахарному диабету
- центральному несахарному диабету
- первичной полидипсии
- нефрогенному несахарному диабету

При проведении пробы с десмопрессинном препарат назначается в дозе

- 0,1 мг подкожно
- 10 мкг под язык до полного рассасывания
- 100 мкг внутрь, запивая 100 мл столовой воды
- 10 мкг интраназально

При проведении пробы с десмопрессинном оценивается + _____ + исходно, через 2 часа, через 4 часа

- осмоляльность крови
- pH мочи
- осмоляльность мочи
- натрий крови

Диагноз центрального несахарного диабета ставится при максимальном повышении осмоляльности мочи относительно исходных значений

- менее чем в 2 раза
- менее чем на 50%
- более чем в 2 раза

- более чем на 50%

Пациентке необходимо назначить

- ибупрофен
- индометацин
- гидрохлортиазид
- десмопрессин

Пациентке необходимо рекомендовать

- ограничение жидкости до 1,5-2 литров в сутки
- прием жидкости не менее 2-3 литров в сутки
- ограничение жидкости до 600-800 мл в сутки
- прием жидкости по жажде

На фоне лечения десмопрессином возможно развитие

- гипокалиемии
- слюнотечения
- уменьшения массы тела
- гипонатриемии

Причиной развития несахарного диабета у данной пациентки является

- гипокалиемии
- слюнотечения
- уменьшения массы тела
- гипонатриемии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка А. 74 лет обратилась на консультацию с жалобами на выраженную жажду и полиурию.

Жалобы

на

- * выраженную жажду и полиурию,
- * головные боли,
- * двоение в глазах.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы появились 4 месяца назад, в связи с чем больная обратилась к неврологу. При проведении МРТ головного мозга выявлено объемное образование области гипофиза размерами до 45 мм в диаметре (в области ската, тела основной кости, турецкого седла визуализируется объемное образование неправильной формы и неоднородной структуры, размерами до 4,5 см, распространяющееся в оба кавернозных синуса, ячейки решетчатого лабиринта, деформирующее и смещающее лежащие рядом сосуды). При гормональном обследовании уровень пролактина составил 1706,1 мЕд/л (референсный интервал 93 - 726 мЕд/л), в связи с чем назначен каберголин в дозе 0,5 мг по ½ таб 2 раза в неделю, при контроле через месяц уровень ПРЛ составил <12,5 мЕд/л. Содержание остальных гормонов гипофиза находилось в пределах нормы. При ультразвуковом исследовании было обнаружено увеличение надключичных лимфатических узлов справа до 9,5 мм, а также гиперэхогенное образование второго сегмента печени диаметром до 17 мм. Пациентка была направлена к эндокринологу с предварительным диагнозом «аденома гипофиза» для проведения оперативного лечения.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 1 ст.
- * Переломы: не было.
- * Семейный анамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: нет.
- * Аллергоанамнез: без особенностей.
- * Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, менструальный цикл был регулярным, пациентка имела 15 беременностей, из них 2 завершились родами, 13 – медицинскими абортами. Менопауза наступила с 55 лет.
- * Перенесенные заболевания: в 2004 г. больная перенесла хирургическое лечение (радикальная мастэктомия справа) по поводу рака молочной железы без применения адъювантной лучевой и химиотерапии. В последующие годы пациентка регулярно проходила обследование в онкологическом диспансере по месту жительства.

Объективный статус

Общее состояние больной относительно удовлетворительное. Конституция нормостеническая. Кожные покровы нормальной окраски. Видимые слизистые розовые, сухие. Подкожная жировая клетчатка избыточно развита, распределена равномерно. Рост – 164 см. Масса тела – 77 кг. Индекс массы тела – 28,6 кг/м².

Сердечно-сосудистая система: артериальное давление справа – 130/90 мм рт. ст., частота пульса – 60 в минуту, область сердца визуально не изменена, тоны приглушены, ритмичны, перкуторно границы сердца в пределах нормы. Органы

дыхания: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, легочный звук притуплен, частота дыхательных движений – 16 в минуту. Органы пищеварения: язык чистый, живот мягкий и безболезненный, печень не выступает из-под реберной дуги, склонность к запорам. Мочевыделительная система: мочеиспускание свободное, учащенное, обильное, симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

Для подтверждения/исключения диагноза несахарного диабета необходимо проведение пробы с

- водной нагрузкой
- изотоническим раствором
- сухоедением
- десмопрессином

На фоне пробы с сухоедением

- разрешается употреблять вареные яйца и хлеб
- прием пищи полностью запрещен
- рекомендуется употреблять только легкоусвояемые углеводы
- ограничивается прием жидкости до 600-800 мл

На фоне проведения пробы с сухоедением в течение 4 часов отмечено повышение осмоляльности мочи до 231 мОсм/кг, осмоляльности крови до 311 мОсм/кг и уровня натрия крови до 150 мОсм/кг, что соответствует

- первичной полидипсии
- нефрогенному несахарному диабету
- центральному несахарному диабету
- несахарному диабету

Тест с десмопрессином проводится в случае

- наличия гипонатриемии
- если при пробе с сухоедением осмоляльность мочи составила более 650 мОсм/кг
- если у пациента на фоне пробы с сухоедением осмоляльность крови составила менее 280 мОсм/кг
- подтверждения диагноза несахарного диабета

При проведении пробы с десмопрессином препарат назначается в дозе

- 0,1 мг под язык до полного рассасывания
- 10 мкг под язык до полного рассасывания

- 100 мкг внутрь, запивая 100 мл столовой воды
- 0,1 мг подкожно

После пробы с сухоедением пациенту проведен тест с десмопрессинном: осмоляльность мочи исходно 231 мОсм/кг, через 4 часа после интраназального применения 10 мкг десмопрессина - осмоляльность мочи 562 мОсм/мг. Результаты соответствуют

- ятрогенному несахарному диабету
- центральному несахарному диабету
- первичной полидипсии
- нефрогенному несахарному диабету

Повышение уровня пролактина у пациентки связано с/со

- сдавлением ножки гипофиза объемом опухоли
- перенесенной мастэктомией (повреждение межреберных нервов)
- наличием пролактиномы
- центральным несахарным диабетом

С учетом наличия у пациентки объемного образования гипофиза, клинически гормонально неактивного, литических очагов в области лопатки, VI ребра, Th8 и Th12 тел позвонков, повышения в крови СА 15-3 110,2 Ед/мл (при верхней границе референсных значений 31,3 Ед/мл), наиболее вероятным диагнозом является

- сдавлением ножки гипофиза объемом опухоли
- перенесенной мастэктомией (повреждение межреберных нервов)
- наличием пролактиномы
- центральным несахарным диабетом

Диагноз

Подтверждением природы объемного образования гипоталамо-гипофизарной области будет являться

- проведение сцинтиграфии с ^{123}I -Tyr-octreotide
- определение раково-эмбрионального антигена в плазме крови
- гистологическое исследование ткани объемного образования
- проведение ПЭТ-КТ

Пациентке необходимо назначить

- вазопрессин
- десмопрессин
- ибупрофен
- гидрохлортиазид

Пациентке необходимо рекомендовать

- ограничение жидкости до 1,5-2 литров в сутки
- ограничение жидкости до 600-800 мл в сутки
- прием жидкости не менее 2-3 литров в сутки
- прием жидкости по жажде

На фоне лечения десмопрессином возможно развитие

- ограничение жидкости до 1,5-2 литров в сутки
- ограничение жидкости до 600-800 мл в сутки
- прием жидкости не менее 2-3 литров в сутки
- прием жидкости по жажде

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 32 лет, обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

- * вялость,
- * отёчность,
- * быструю утомляемость.

Анамнез заболевания

Два года назад во время родов произошла массивная кровопотеря, потребовавшая переливания крови. После родов отметила появление вышеуказанных жалоб. Обратилась к гинекологу, рекомендовано выполнить гормональный анализ крови. Согласно представленным анализам крови уровень кортизола 511 нмоль/л (102,2-535,7), ФСГ 7,11 мМЕд/мл (1,37-9,90), ЛГ 6,53 мМЕд/мл (1,68-15,00), пролактин 355 мЕд/л (109-557), ТТГ 1,23 мЕд/л (0,4-4,0). Менструальный цикл регулярный. Рекомендована консультация эндокринолога.

Анамнез жизни

* Наследственный анамнез: не отягощён.

* Хронические заболевания: отрицает.

Объективный статус

Рост 169 см, вес 90 кг, ИМТ 31,5 кг/м². Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, сухие, отмечается отёчность лица, ног до уровня коленных суставов. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 59 в минуту, АД – 129/82 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. При осмотре явных клинических признаков гиперкортицизма, акромегалии нет.

Для уточнения диагноза необходимо определить уровни

- ограничение жидкости до 1,5-2 литров в сутки
- ограничение жидкости до 600-800 мл в сутки
- прием жидкости не менее 2-3 литров в сутки
- прием жидкости по жажде

Результаты обследования

Необходимым для уточнения диагноза инструментальным методом исследования является

- ограничение жидкости до 1,5-2 литров в сутки
- ограничение жидкости до 600-800 мл в сутки
- прием жидкости не менее 2-3 литров в сутки
- прием жидкости по жажде

Результаты обследования

Клиническая картина в сочетании с данными лабораторно-инструментальных исследований позволяет установить диагноз

- ограничение жидкости до 1,5-2 литров в сутки
- ограничение жидкости до 600-800 мл в сутки
- прием жидкости не менее 2-3 литров в сутки
- прием жидкости по жажде

Диагноз

Заболевание у данной пациентки наиболее вероятно является следствием синдрома

- Шиена
- Ларона
- Нельсона
- Конна

Оптимальной тактикой в данном случае является

- хирургическое лечение
- терапия левотироксином натрия
- терапия гидрокортизоном
- динамическое наблюдение

Расчетная доза левотироксина натрия составляет + _____ + мкг на кг массы тела

- 1,0
- 0,6
- 1,6
- 3,2

Эффективность заместительной терапии оценивается по уровню

- свободного T3
- ТТГ
- свободного T4
- общего T4

После подбора дозировки уровень свободного T4 необходимо исследовать 1 раз в + ____ + месяцев/месяца

- 6
- 9
- 3
- 12

Для исключения СТГ-дефицита у данной пациентки необходимо провести

- повторное исследование уровня ИФР-1

- 1 стимуляционный тест
- 2 стимуляционных теста
- пробу с СТГ в ходе ПГТТ

При подтверждённом СТГ-дефиците начальная доза гормона роста составляет + _____ + МЕ на кг массы тела в неделю

- 0,3-0,4
- 0,03-0,04
- 10-12
- 3-4

При пангипопитуитаризме назначать заместительную терапию вторичного гипотиреоза возможно только при условии компенсации

- СТГ-дефицита
- несахарного диабета
- вторичного гипогонадизма
- вторичного гипокортицизма

Во время подбора заместительной дозировки гормона роста уровень ИФР-1 должен мониторироваться

- СТГ-дефицита
- несахарного диабета
- вторичного гипогонадизма
- вторичного гипокортицизма

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 55 лет с гиперкортицизмом госпитализирована в эндокринологическое отделение Федерального центра.

Жалобы

на

- * набор веса,
- * избыточное оволосение,
- * боли в мелких суставах стоп и кистей,
- * повышение АД до 170/100 мм рт. ст.,
- * снижение в росте на 3 см.

Анамнез заболевания

- * Считает себя больной, приблизительно, в течение 10 лет, когда стала отмечать набор веса, появление избыточного оволосения, повышение АД. +
- * 6 лет назад при обследовании по м/ж на КТ брюшинного пространства выявлено образование правого надпочечника, в связи с чем по месту жительства проведена правосторонняя адреналэктомия (медицинская документация не представлена). В послеоперационном периоде самочувствие не улучшилось, лечение не получала. +
- * Полгода назад при обследовании в рамках программы ДМС обследована в поликлинике г. Москвы. Заподозрен гиперкортицизм, по МРТ головного мозга, КТ брюшинного пространства, УЗИ малого таза, маммографии - объемных образований не выявлено. У пациентки также выявлен сахарный диабет, сахароснижающая терапия не назначалась; артериальная гипертензия, по поводу которой принимает постоянно Энап 20 мг/сут, на фоне терапии АД периодически повышается до 170/100 мм рт. ст. Пациентка отмечает снижение в росте на 3 см.

Анамнез жизни

- * Перенесенные состояния: операции: правосторонняя адреналэктомия, эндопротезирование левого тазобедренного сустава, холецистэктомия. Колоноскопия, полипэктомия. Переломы отрицает.
- * Аллергологический анамнез: без особенностей.
- * Эпиданамнез: контакты с инфекционными больными, тbc, гепатит, ВИЧ, вен. заболевания, переливания крови отрицает.
- * Наследственность не отягощена по основному заболеванию. Отец: инфаркт миокарда, инсульт.
- * Вредные привычки отрицает.
- * Гинекологический анамнез: Менструации регулярные до 45 лет, далее - менопауза. Беременности: 5. Аборты: 2. Роды: 3.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность не выражена. В пространстве и времени ориентирована. Телосложение неправильное, гиперстеническое. +

Объективное состояние. Масса тела 96.0 кг. Рост 153 см. Индекс массы тела 41,0 кг/м². +

Кожные покровы чистые, смуглые, избыточный рост волос на теле (спине, лице, рук). Склеры обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. +

Щитовидная железа: пальпаторно узлы не определяются, клинически эутиреоз. +

Сердечно-сосудистая система: ЧСС 68 уд./мин. Артериальное давление 140/90

мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Шум сердца не определяется. +
Органы дыхания: число дыханий в 1 мин. 14, дыхание везикулярное. +
Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. На передней брюшной стенке послеоперационный гиперпигментированный рубец, грыжевое выпячивание справа. +

Органы мочеиспускания: симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. +

Клинические признаки гиперкортицизма: «лунообразное» лицо, матронизм, гирсутизм, ПЖК развита избыточно, распределена преимущественно по абдоминальному типу, бледные узкие послеродовые стрии по передней поверхности живота.

Для проведения 1 этапа диагностики (подтверждения эндогенного гиперкортицизма) необходимо провести

- СТГ-дефицита
- несахарного диабета
- вторичного гипогонадизма
- вторичного гипокортицизма

Результаты обследования

Для проведения 2 этапа диагностики (дифференциальный диагноз АКТГ-зависимого и АКТГ-независимого гиперкортицизма) необходимо провести

- СТГ-дефицита
- несахарного диабета
- вторичного гипогонадизма
- вторичного гипокортицизма

Результаты обследования

Для проведения 3 этапа диагностики (дифференциальный диагноз двух форм АКТГ-зависимого гиперкортицизма) «золотым» стандартом является

- СТГ-дефицита
- несахарного диабета
- вторичного гипогонадизма
- вторичного гипокортицизма

Результаты обследования

Для установления тяжелой формы гиперкортицизма необходимо провести пациентке

- рентгенографию органов грудной клетки
- рентгенографию турецкого седла в боковой проекции
- рентгенографию грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции
- рентгеновскую денситометрию проксимального отдела бедренной кости и поясничного отдела позвоночника

По результатам селективного забора крови выявлен максимальный градиент АКТГ 29, что подтверждает наличие у пациентки

- болезни Иценко-Кушинга
- кортикостеромы
- АКТГ-эктопированного синдрома
- псевдокушингоидного состояния

Противопоказанием к проведению селективного забора крови из нижних каменных синусов является/являются

- тяжелые коагулопатии
- снижение СКФ до 70 мл/мин/1,73м²
- повышение уровня печеночных трансаминаз в 2 раза
- первичный гипотиреоз

Оптимальным методом лечения болезни Иценко-Кушинга у пациентки без визуализации аденомы гипофиза является

- левосторонняя адреналэктомия
- трансфеноидальная аденомэктомия
- терапия пасиреотидом
- лучевая терапия на область гипофиза

При неэффективности нейрохирургического лечения болезни Иценко-Кушинга показана медикаментозная терапия

- каберголином
- кетоконазолом
- пасиреотидом
- октреотидом

Ремиссию заболевания с низким риском рецидива после нейрохирургического лечения регистрируют в случае снижения уровня кортизола менее + _____ + нмоль/л в первые дни после операции

- 70
- 50
- 100
- 150

К возможным осложнениям после нейрохирургического лечения можно отнести

- гиперпролактинемию
- первичный гипотиреоз
- сахарный диабет
- вторичный гипотиреоз

Пациентка нуждается в наблюдении в послеоперационном периоде в течение первого года с частотой 1 раз в + _____ + месяца/месяцев

- 12
- 3
- 9
- 6

Показанием к госпитализации пациентки является необходимость

- 12
- 3
- 9
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет направлен неврологом для исключения эндокринных причин переломов позвонков.

Жалобы

Боли в поясничном отделе позвоночника, уменьшающиеся в положении лежа, сутулость.

Анамнез заболевания

35-летний мужчина поступил в отделение неотложной помощи городской больницы с 4-месячной историей обострения боли в пояснице. Травм и падений, предшествовавших болевому синдрому, у пациента не было. При проведении рентгенографии поясничного отдела позвоночника выявлены переломы Th12, L1, L3 и L5. Пациент осмотрен неврологом, назначена обезболивающая терапия НПВС, ношение корсета в течение 2 месяцев и рекомендована консультация эндокринолога.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголь – 100-150 г вина 2 раза в неделю.
- * Работает, женат, детей нет.
- * Аллергические реакции: витамины группы В (крапивница).
- * Родители: отец 64 года (гипертоническая болезнь), мать 63 года (нарушение углеводного обмена).

Объективный статус

Сознание ясное. Отмечает гипоосмию на различные запахи (не различает запах жареной картошки и горелой резины). Рост 174 см, вес 72 кг, ИМТ 23,78 кг/м². Общее состояние относительно удовлетворительное. Пальпация в области поясничного отдела позвоночника резко болезненная. Оволосение на лобке и в подмышечных областях отсутствует. Объем яичек – 5 мл по орхидометру. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 72 уд. в 1 мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым лабораторным методом исследования является определение

- 12
- 3
- 9
- 6

Результаты обследования

Необходимым инструментальным исследованием является

- 12
- 3
- 9

- 6

Результаты обследования

В лабораторной оценке параметров кальций-фосфорного обмена необходимо определение + _____ + сыворотки крови

- 12
- 3
- 9
- 6

Результаты обследования

Для уточнения диагноза необходимо спросить пациента о том

- 12
- 3
- 9
- 6

Результаты обследования

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных пациенту можно поставить диагноз

- 12
- 3
- 9
- 6

Диагноз

У данного пациента имеется + _____ + как осложнение основного заболевания

- остеомаляция
- сенильный остеопороз
- первичный остеопороз
- вторичный остеопороз

Причиной развития остеопороза у данного пациента послужил

- низкий уровень ФСГ
- низкий уровень ЛГ
- прием алкоголя
- низкий уровень тестостерона

Диагностически значимым критерием для постановки диагноза остеопороз является

- снижение МПК по рентгеноденситометрии до максимально -2,7 по T-критерию
- наличие низкотравматических переломов по данным рентгенографии
- выявление гипогонатропного гипогонадизма
- снижение МПК по рентгеноденситометрии до максимально -2,5 по Z-критерию

Общие принципы немедикаментозного лечения остеопороза у данного пациента включают

- прыжки и бег
- достаточное потребление кальция с пищей
- мануальную терапию
- ношение протекторов бедра

Из антресорбтивной терапии пациенту может быть назначен/назначена

- остеогенон
- золендроновая кислота
- ралоксифен
- терипаратид

Рекомендуемой дозировкой золендроновой кислоты для мужчин является

+ ____ + мг

- 3
- 2
- 5
- 1

Кратность введения золендроновой кислоты, которая должна быть назначена пациенту, составляет 1 раз в

- 3
- 2
- 5

- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 50 лет обратилась к эндокринологу на плановое обследование.

Жалобы

на

- * отсутствие менструаций в течение последних 8 лет,
- * диффузные боли в костях,
- * периодически возникающие судороги в икрах ног,
- * онемение стоп и пальцев рук,
- * ощущение бегания мурашек.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что пациентка в течение последних 20 лет страдает пролактиномой. Диагноз установлен в возрасте 32 лет на основании высокого уровня ПРЛ крови 45450 мЕд /мл (референтный интервал 76 – 576), выявления по МРТ макроаденомы гипофиза 2,3x1,7x1,5 мм с инфра- и параселлярным ростом в область левого кавернозного синуса. Назначался бромокриптин, который пациентка принимала в течение нескольких лет (дозы не помнит), но нерегулярно, что связано с плохой переносимостью препарата, менструальный цикл не восстанавливался. Проходила оперативное лечение (трансназальная аденомэктомия) в возрасте 38 лет, далее в связи с отсутствием нормализации пролактина крови (13000 мЕд/л) назначен каберголин, доза которого постепенно увеличена до максимально переносимой 1,5 таб 2 раза в неделю на ночь. В последнем анализе крови уровень ПРЛ составляет 2456 мЕд/л.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания - хронический гастрит. +
- * Перенесенные заболевания – пневмония (в возрасте 20 лет). +
- * Не курит, алкоголь не употребляет. +
- * Замужем, Б-1, Р-1 (в возрасте 20 лет). +
- * Менструации с 12 лет, менструальный цикл регулярный до 30 лет, когда после непродолжительного периода опсоменореи, месячные прекратились и более не возобновлялись. +
- * Аллергические реакции: тинидазол (суставной синдром в течение 3 недель). +
- * Наследственность – отягощена по онкопатологии с материнской линии. +
- * Переломы – перелом правого плеча при падении дома с высоты своего роста (1 год назад), перелом левой лучевой кости при падении на льду (14 лет назад),

переломы 8 и 9 ребер справа, выявленные 30 лет назад после перенесенной пневмонии, перелом правого предплечья при падении с табуретки (в детстве).

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность не выражена. Телосложение гиперстеническое. Масса тела 66,0 кг. Рост 164 см (Рост в молодости – 170 см). Индекс массы тела 24,5 кг/м². Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. +

Сердечно-сосудистая система: артериальное давление 120/80 мм рт. ст. ЧСС 60 уд/мин. Тоны сердца. ясные, шумов нет. +

Органы дыхания: число дыханий в 1 мин. 16, грудная клетка правильной формы, в акте дыхания вспомогательные мышцы не участвуют, дыхание везикулярное. +

Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезенка не увеличена. +

Органы мочеиспускания: симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Наличие + _____ + позволяет заподозрить компрессионный(ые) перелом(ы) тела позвонка у пациентки

- диффузных болей в костях
- периодически возникающих судорог в икрах ног
- снижения роста с молодости на 6 см
- хронического гастрита

Диагностически значимым/значимыми для остеопороза является/являются + _____ + у пациентки

- перелом правого предплечья при падении с табуретки в детстве
- переломы 8 и 9 ребер справа, выявленные 30 лет назад после перенесенной пневмонии
- перелом правого плеча при падении дома с высоты своего роста год назад
- перелом левой лучевой кости при падении на льду в 14 лет

Для уточнения костной патологии необходимо провести

- перелом правого предплечья при падении с табуретки в детстве
- переломы 8 и 9 ребер справа, выявленные 30 лет назад после перенесенной пневмонии
- перелом правого плеча при падении дома с высоты своего роста год назад
- перелом левой лучевой кости при падении на льду в 14 лет

Результаты обследования

При аменорее причиной снижения минеральной плотности кости является низкий уровень

- эстрадиола
- прогестерона
- ФСГ
- ЛГ

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных пациентке можно поставить диагноз

- эстрадиола
- прогестерона
- ФСГ
- ЛГ

Диагноз

Профилактическое лечение потери минеральной костной плотности у пациенток с гиперпролактинемической аменореей может быть осуществлено с помощью назначения

- гестагенных препаратов в монофазном режиме
- заместительной гормональной терапии
- анаболических препаратов
- оральных контрацептивов

Целевыми уровнями витамина D (общего 25(OH)D) в крови при лечении остеопороза являются + _____ + нг/мл

- 30-150
- 15-25
- 30-60
- 30-100

Пациентке с уровнем общего 25(OH)D 24 нг/мл для коррекции его уровней до целевых может быть назначен колекальциферол + _____ + МЕ на

- 7000; 4 недели
- 8000; 8 недель

- 5000; 6 недель
- 7000; 8 недель

Рекомендуемой дозировкой золедроновой кислоты для женщин с остеопорозом является + _____ + мг

- 1
- 3
- 5
- 2

Кратность введения золедроновой кислоты составляет 1 раз в

- год
- 6 месяцев
- месяц
- неделю

Гриппоподобный синдром встречается при применении

- алендроната
- терипаратида
- золедроната
- деносумаба

Противопоказанием к назначению золедроновой кислоты является

- алендроната
- терипаратида
- золедроната
- деносумаба

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 44 лет с аменореей направлена в связи низкими результатами денситометрии.

Жалобы

на

- * отсутствие менструаций в течение 9 месяцев,
- * диффузные боли в костях,

- * периодически возникающие судороги в икрах ног,
- * покалывание в пальцах рук,
- * повышенную ломкость ногтей.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что пациентка в течение последних 2 лет занялась своим здоровьем, перешла на «правильное питание» с общей калорийностью 1300 ккал/сут, интенсивно занимается спортом (тренажерный зал, бег), готовится пробежать полумарафон. За последние 2 года потеряла 20 кг массы тела. По совету старшей сестры подруги пациентка сделала рентгеноденситометрию, по результатам которой обратилась к эндокринологу.

Данные денситометрии:

T-критерий: L1-L4 = -2,8, бедро = -2,0, шейка бедра = -2,7

Z-критерий: L1-L4 = -2,0, бедро = -1,6, шейка бедра = -2,3

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголь не употребляет.
- * Замужем, Б-2, Р-2.
- * Менструации с 13 лет, менструальный цикл нерегулярный в течение жизни, в течение последних 9 месяцев менструации отсутствуют.
- * Аллергические реакции: амоксициллин (токсикодермия).
- * Наследственность – отягощена по сахарному диабету 2 типа и остеопорозу (у матери перелом шейки бедра в возрасте 65 лет).

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность не выражена. Телосложение нормостеническое. Масса тела 52.0 кг. Рост 169 см. Индекс массы тела 18.2 кг/м². Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются.

+

Сердечно-сосудистая система: артериальное давление 120/70 мм рт. ст. ЧСС 62 уд/мин. Тоны сердца ясные, шумов нет. +

Органы дыхания: число дыханий в 1 мин. 16, грудная клетка правильной формы, в акте дыхания вспомогательные мышцы не участвуют, дыхание везикулярное. +

Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезенка не увеличена. +

Органы мочеиспускания: симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение уровней

- алендроната
- терипаратида
- золедроната
- деносумаба

Результаты обследования

Для уточнения наличия нарушений кальций-фосфорного обмена необходимо определить уровень

- копептина
- паратиреоидного гормона
- кальцитонина
- кортизола утром

Причиной костных осложнений при аменорее является низкий уровень

- эстрадиола
- ЛГ
- ФСГ
- прогестерона

При гипоталамической аменорее при пробе с агонистами ГнРГ (100 мг диферелина п/к с определением ЛГ и ФСГ исходно и через 4 часа) характерно

- повышение ЛГ и ФСГ на 50% от исходных значений
- снижение ЛГ и ФСГ ниже нижних границ референсного интервала
- отсутствие реакции ЛГ и ФСГ на введение агониста ГнРГ
- повышение ЛГ и ФСГ >10 мЕд/л

У пациентки выявлено изменение следующих показателей крови: паратгормон 87 пг/мл (15-65), кальций сыворотки крови 2,15 ммоль/л (2,15-2,55), Са скорректированный на альбумин – 1,09. Пациентке можно поставить диагноз

- Псевдогиперкальциемия
- Первичный гиперпаратиреоз
- Вторичный гиперпаратиреоз
- Третичный гиперпаратиреоз

Остеопороз при вторичном гиперпаратиреозе развивается вследствие действия паратормона на

- клетки кишечника
- почки
- остеокласты
- остеобласты

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных пациентке можно поставить диагноз

- клетки кишечника
- почки
- остеокласты
- остеобласты

Диагноз

Основной подход к лечению гипоталамической аменореи заключается в

- восстановлении оптимальной массы тела
- назначении оральных контрацептивов
- приеме гестагенных препаратов в монофазном режиме
- назначении анаболических препаратов

Назначение оральных контрацептивов при гипоталамической аменорее является нежелательным в связи с

- их неэффективностью в нормализации менструального цикла
- повышением частоты маточных кровотечений
- их подавляющим эффектом на секрецию гонадотропинов
- повышением риска тромбоэмболии

Данной пациентке должны быть назначены

- препараты витамина D и кальция
- терипаратид и препараты витамина D
- золедронат и препараты кальция
- деносумаб и альфакальцидол

Пациентке с уровнем общего 25(OH)D 11 нг/мл для коррекции его уровней до целевых должен быть назначен колекальциферол в дозе + ____ + ME на

- 5000; 4 недели
- 7000; 4 недели
- 5000; 6 недель
- 7000; 8 недель

Целевые значения общего 25(OH)D у данной пациентки составляют + _____ + нг/мл

- 5000; 4 недели
- 7000; 4 недели
- 5000; 6 недель
- 7000; 8 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 24 лет направлена к эндокринологу в связи с аменореей.

Жалобы

на

- * отсутствие менструаций в течение 7 месяцев,
- * диффузные боли в костях,
- * острую боль в спине после бега,
- * периодически возникающие судороги в икрах ног,
- * покалывание в пальцах рук,
- * неприятные ощущения в шее при подъеме рук вверх,
- * дискомфорт в эпигастральной области,
- * плохое качество волос и повышенную ломкость ногтей.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с 6-летнего возраста пациентка занималась в школе олимпийского резерва по художественной гимнастике, но в связи с травмой колена была вынуждена оставить тренировки в возрасте 18 лет. 2 года назад была успешно прооперирована на колене и после 6 месяцев реабилитационного периода записалась в спортзал (3 раза в неделю), бегает по 10 км ежедневно, придерживается строгой диеты с 1200 ккал/сут.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголь не употребляет.
- * Учится в ВУЗе, не замужем, детей нет.

- * Менструации с 13 лет, менструальный цикл не регулярный в течение нескольких лет, в течение последних 7 месяцев менструации отсутствуют.
- * Аллергические реакции: ципрофлоксацин.
- * Наследственность – отягощена по сахарному диабету 2 типа.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность не выражена. Телосложение нормостеническое. Масса тела 51,0 кг. Рост 170 см. Индекс массы тела 17,6 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, сухие наощупь, отмечается шелушение ладоней обеих кистей. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. + Сердечно-сосудистая система: артериальное давление 120/75 мм рт. ст. ЧСС 64 уд./мин. Тоны сердца ясные, шумов нет. + Органы дыхания: число дыханий в 1 мин. - 16, грудная клетка правильной формы, в акте дыхания вспомогательные мышцы не участвуют, дыхание везикулярное. + Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезенка не увеличена. + Органы мочеиспускания: симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Наличие + _____ + позволяет заподозрить компрессионный(ые) перелом(ы) тела позвонка у пациентки

- снижения роста на 2 см за последний год
- увеличения живота в объеме
- кифотической деформации грудной клетки
- уменьшения расстояния между реберными дугами и гребнями подвздошных костей меньше ширины 2 пальцев
- неприятных ощущений в шее при подъеме рук вверх
- складок кожи на спине и боках (симптом «лишней кожи»)

У пациентки по данным рентгенографии выявлена клиновидная деформация и перелом Th12 позвонка. Для оценки степени потери минеральной плотности кости необходимо назначить проведение

- количественной ультразвуковой денситометрии
- латеральной морфометрии позвоночника
- расчета 10-летнего риска переломов FRAX

- рентгеновской денситометрии

Высота тела позвонка снизилась на 42%, что соответствует перелому + _____ + степени

- 3
- 4
- 2
- 1

Причиной костных осложнений при гипоталамической аменорее является низкий уровень

- прогестерона
- ЛГ
- эстрадиола
- ФСГ

У пациентки выявлено изменение следующих показателей крови: паратгормон 130 пг/мл (15-65), кальций сыворотки крови 2,03 ммоль/л (2,15-2,55), альбумин 40 г/л (35-50), что соответствует

- вторичному гиперпаратиреозу
- первичному гиперпаратиреозу
- псевдогиперкальциемии
- третичному гиперпаратиреозу

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных пациентке можно поставить диагноз

- вторичному гиперпаратиреозу
- первичному гиперпаратиреозу
- псевдогиперкальциемии
- третичному гиперпаратиреозу

Диагноз

Основной подход к лечению гипоталамической аменореи заключается в

- восстановлении оптимальной массы тела
- назначении оральных контрацептивов
- приеме гестагенных препаратов в монофазном режиме

- назначении анаболических препаратов

Назначение оральных контрацептивов при гипоталамической аменорее является нежелательным в связи с

- повышением риска тромбозов
- повышением частоты маточных кровотечений
- их подавляющим эффектом на секрецию гонадотропинов
- их неэффективностью в нормализации менструального цикла

Данной пациентке должны быть назначены

- терипаратид и препараты витамина D
- золедронат и препараты кальция
- деносумаб и альфакальцидол
- препараты витамина D и кальция

Для коррекции общего 25(OH)D может быть использован

- кальцитриол
- колекальциферол
- альфакальцидол
- дигидротахистерол

При уровне общего 25(OH)D 21 нг/мл необходимо назначить колекальциферол в дозе + _____ + МЕ в сутки на

- 6000-8000; 4 недели
- 10000-12000; 8 недель
- 3000-5000; 6 недель
- 6000-8000; 8 недель

Целевые значения общего 25(OH)D крови у данной пациентки составляют + _____ + нг/мл

- 6000-8000; 4 недели
- 10000-12000; 8 недель
- 3000-5000; 6 недель
- 6000-8000; 8 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 70 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Два года назад при падении с высоты собственного роста – перелом правой лучевой кости. Терапевтом по месту жительства рекомендовано проконсультироваться у эндокринолога. На момент осмотра никаких лекарственных препаратов не принимает. Приём глюкокортикоидных препаратов отрицает. Снижения в росте не отмечает. По данным медицинской документации ТТГ 2,11 мМЕ/л (0,25-3,5).

Анамнез жизни

- * Менопауза в 48 лет.
- * Наследственный анамнез: по заболеваниям эндокринной и костной систем неотягощён.
- * Хронические заболевания: хронический пиелонефрит, хронический цистит.

Объективный статус

Рост 154 см, вес 88 кг, ИМТ 37,1 кг/м². Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 75 в минуту, АД – 126/69 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 6000-8000; 4 недели
- 10000-12000; 8 недель
- 3000-5000; 6 недель
- 6000-8000; 8 недель

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 6000-8000; 4 недели

- 10000-12000; 8 недель
- 3000-5000; 6 недель
- 6000-8000; 8 недель

Результаты обследования

Показатели МПК у данной пациентки соответствуют

- остеопорозу
- возрастной норме
- остеомалации
- остеопении

Остеопороз в данном случае является

- сенильным
- глюкокортикоидным
- идиопатическим
- постменопаузальным

Перед назначением антирезорбтивной терапии необходимо назначение препаратов витамина

- D
- E
- A
- K

Нормой потребления кальция в сутки для данной пациентки является

+_____+ мг

- 100-200
- 300-500
- 500-700
- 1000-1200

Для лечения остеопороза у данной пациентки необходимо использовать

- клодроновую кислоту
- памидроновую кислоту
- золедроновую кислоту
- стронция ранелат

Максимальная длительность непрерывного лечения золедроновой кислотой составляет

- 3 года
- 3 месяца
- 1 год
- 6 месяцев

Для оценки динамики МПК на фоне проводимой терапии рентгеновскую денситометрию необходимо повторить через + ____ + месяцев/месяца

- 12
- 6
- 24
- 3

При неэффективности терапии золедроновой кислотой в качестве анаболической терапии рекомендуется использовать

- альфакальцидол
- деносумаб
- терипаратид
- цинакальцет

Тяжесть остеопороза у представленной пациентки определяется

- длительностью постменопаузального периода
- наличием низкотравматического перелома
- степенью снижения МПК по данным рентгеновской денситометрии
- сопутствующими заболеваниями

Золедроновая кислота противопоказана при

- длительностью постменопаузального периода
- наличием низкотравматического перелома
- степенью снижения МПК по данным рентгеновской денситометрии
- сопутствующими заболеваниями

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

* шаткость при ходьбе.

Анамнез заболевания

В прошлом году при падении с высоты собственного роста – перелом левой плечевой кости. После консолидации перелома травматологом рекомендовано проконсультироваться у эндокринолога. На момент осмотра никаких лекарственных препаратов не принимает. Приём глюкокортикоидных препаратов отрицает. Снижения в росте не отмечает. По данным медицинской документации ТТГ 1.31 мМЕ/л (0,25-3,5).

Анамнез жизни

* Менопауза в 45 лет.

* Наследственный анамнез: у матери – перелом шейки бедра.

* Хронические заболевания: миома матки, хронический некалькулёзный холецистит.

Объективный статус

Рост 168 см, вес 76 кг, ИМТ 26,9 кг/м². Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 81 в минуту, АД – 140/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- длительностью постменопаузального периода
- наличием низкотравматического перелома
- степенью снижения МПК по данным рентгеновской денситометрии
- сопутствующими заболеваниями

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- длительностью постменопаузального периода
- наличием низкотравматического перелома
- степенью снижения МПК по данным рентгеновской денситометрии
- сопутствующими заболеваниями

Результаты обследования

Показатели МПК у данной пациентки соответствуют

- остеомалации
- возрастной норме
- остеопорозу
- остеопении

Остеопороз в данном случае является

- глюкокортикоидным
- постменопаузальным
- идиопатическим
- сенильным

Перед назначением антирезорбтивной терапии необходимо назначение препаратов витамина

- E
- K
- A
- D

Нормой потребления кальция в сутки для данной пациентки является

+ _____ + мг

- 1000-1200
- 500-700
- 300-500
- 100-200

Данной пациентке с целью терапии остеопороза можно назначить

- алендроновую кислоту
- стронция ранелат
- памидроновую кислоту

- клодроновую кислоту

После приема таблетки алендроновой кислоты необходимо

- сохранять вертикальное положение 30-40 минут
- сохранять горизонтальное положение 30-40 минут
- сразу принять пищу
- избегать приема простой воды

Алендроновая кислота применяется + _____ + 1 раз в + _____ + дня/дней

- внутривенно; 28
- внутривенно; 7
- перорально; 3
- перорально; 7

Продолжительность непрерывного лечения остеопороза алендроновой кислотой может составлять + _____ + года/лет

- 15
- 2
- 3
- 5

Тяжесть остеопороза у представленной пациентки определяется

- длительностью постменопаузального периода
- сопутствующими заболеваниями
- наличием низкотравматического перелома
- степенью снижения МПК по данным рентгеновской денситометрии

Золедроновая кислота противопоказана при

- длительностью постменопаузального периода
- сопутствующими заболеваниями
- наличием низкотравматического перелома
- степенью снижения МПК по данным рентгеновской денситометрии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 79 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

* боли в костях.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени отмечает боли в спине, снижение в росте на 8 см за жизнь. По данным УЗИ щитовидной железы – без патологии. На момент осмотра никаких лекарственных препаратов не принимает. Приём глюкокортикоидных препаратов отрицает. По данным медицинской документации ТТГ 3.15 мМЕ/л (0.25-3.5).

Анамнез жизни

* Менопауза в 47 лет.

* Наследственный анамнез: по заболеваниям эндокринной и костной систем неотягощён.

* Хронические заболевания: хронический пиелонефрит, хронический риносинусит, хронический ларингит.

Объективный статус

Рост 152 см, вес 78 кг, ИМТ 33,8 кг/м². Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 64 в минуту, АД – 127/78 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- длительностью постменопаузального периода
- сопутствующими заболеваниями
- наличием низкотравматического перелома
- степенью снижения МПК по данным рентгеновской денситометрии

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- длительностью постменопаузального периода
- сопутствующими заболеваниями
- наличием низкотравматического перелома

- степенью снижения МПК по данным рентгеновской денситометрии

Результаты обследования

Показатели МПК у данной пациентки соответствуют

- возрастной норме
- остеопорозу
- остеомалации
- остеопении

Остеопороз в данном случае является

- сенильным
- глюкокортикоидным
- идиопатическим
- постменопаузальным

Перед назначением антирезорбтивной терапии необходимо назначение препаратов витамина

- D
- E
- K
- A

Нормой потребления кальция в сутки для данной пациентки является

+ _____ + мг

- 100-200
- 1000-1200
- 300-500
- 500-700

У данной пациентки назначение бисфосфонатов невозможно в связи

- со снижением СКФ менее 30 мл/мин
- с наличием гипокальциемии
- с компрессионными переломами позвонков
- с хроническим пиелонефритом

В качестве антирезорбтивной терапии у данной пациентки необходимо использовать

- памидроновую кислоту
- деносумаб
- золедроновую кислоту
- альфакальцидол

Для лечения постменопаузального остеопороза деносумаб необходимо использовать в дозировке + _____ + мг

- 240
- 60
- 120
- 30

Для оценки эффективности проводимой терапии рентгеновскую денситометрию необходимо повторить через + ____ + месяцев/месяца

- 12
- 6
- 3
- 24

Отрезным значением снижения высоты тела позвонка, после которого диагностируется компрессионный перелом, является + _____ +%

- 50
- 20
- 30
- 10

К абсолютным показаниям для назначения активных метаболитов витамина D относится

- 50
- 20
- 30
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

на

* боли в костях.

Анамнез заболевания

Боли в костях отмечает в течение длительного времени. Проконсультирована терапевтом, рассчитан риск переломов по FRAX – показатель между высоким и низким риском переломов. На момент осмотра лекарственных препаратов не принимает. Приём глюкокортикоидных препаратов отрицает. УЗИ щитовидной железы – без патологии. По данным медицинской документации ТТГ 2,47 мМЕ/л (0,25-3.5).

Анамнез жизни

* Экстирпация матки с придатками (хирургическая менопауза) в 42 года.

* Наследственный анамнез: по заболеваниям эндокринной и костной систем неотягощён.

* Хронические заболевания: хронический ринит.

Объективный статус

Рост 167 см, вес 78 кг, ИМТ 28,0 кг/м². Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 127/74 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 50
- 20
- 30
- 10

Результаты обследования

Учитывая показатель FRAX, пациентке необходимо провести

- 50

- 20
- 30
- 10

Результаты обследования

Показатели МПК у данной пациентки соответствуют

- остеопорозу
- остеопении
- возрастной норме
- остеомалации

Остеопороз в данном случае является

- постменопаузальным
- идиопатическим
- глюкокортикоидным
- сенильным

Перед назначением антирезорбтивной терапии необходимо назначение препаратов витамина

- К
- Е
- А
- D

Для решения вопроса о назначении антирезорбтивной терапии необходимо

- выполнить рентгенографию тазобедренных суставов
- оценить индивидуальную 10-летнюю вероятность переломов с помощью алгоритма FRAX
- провести костную биопсию
- выполнить рентгенографию кистей

Учитывая невысокую 10-летнюю вероятность основных низкотравматических переломов по FRAX, с профилактической целью данной пациентке возможно назначение + _____ + кислоты

- золедроновой
- ибандроновой
- алендроновой

- ризедроновой

Кратность применения золедроновой кислоты для профилактики остеопороза составляет 1 раз в +___+ месяцев/месяца

- 12
- 3
- 24
- 6

После введения золедроновой кислоты рентгеновскую денситометрию целесообразно проводить через +____+ месяцев/месяца

- 6
- 3
- 9
- 12

Норма потребления кальция в сутки для данной пациентки составляет +____+ мг

- 400-600
- 600-800
- 200-400
- 1000-1200

Бисфосфонаты противопоказаны при

- гиперкальциемии
- дефиците витамина D
- калькулезном холецистите
- гипокальциемии

К маркерам костной резорбции относится

- гиперкальциемии
- дефиците витамина D
- калькулезном холецистите
- гипокальциемии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Год назад при падении со стула – перелом левой лучевой кости. Терапевтом по месту жительства рекомендовано проконсультироваться у эндокринолога. На момент осмотра никаких лекарственных препаратов не принимает. Приём глюкокортикоидных препаратов отрицает. Снижения в росте не отмечает. По данным медицинской документации ТТГ 1.71 мМЕ/л (0,25-3,5).

Анамнез жизни

- * Менопауза в 45 лет.
- * Наследственный анамнез: по заболеваниям эндокринной и костной систем не отягощён.
- * Хронические заболевания: хронический холецистит.

Объективный статус

Рост 164 см, вес 88 кг, ИМТ 32,7 кг/м². Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 72 в минуту, АД – 128/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- гиперкальциемии
- дефиците витамина D
- калькулезном холецистите
- гипокальциемии

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- гиперкальциемии
- дефиците витамина D

- калькулезном холецистите
- гипокальциемии

Результаты обследования

Показатели МПК у данной пациентки соответствуют

- остеопорозу
- возрастной норме
- остеомаляции
- остеопении

Остеопороз в данном случае является

- сенильным
- идиопатическим
- глюкокортикоидным
- постменопаузальным

Перед назначением антирезорбтивной терапии необходимо назначение препаратов витамина

- К
- D
- E
- A

Нормой потребления кальция в сутки для данной пациентки является + _____ + мг

- 1000-1200
- 500-700
- 100-200
- 300-500

Пациентка отказывается от инъекционных форм препаратов. В данной ситуации для лечения остеопороза необходимо использовать

- памидроновую кислоту
- ибандроновую кислоту
- клодроновую кислоту
- стронция ранелат

Непрерывное лечение остеопороза таблетированными бисфосфонатами проводится в течение

- 3 лет
- 5 лет
- 1 года
- 2 лет

Дозировка ибандроновой кислоты для ежемесячного приёма составляет + ____ + мг

- 3
- 20
- 5
- 150

Для оценки динамики МПК на фоне проводимой терапии рентгеновскую денситометрию необходимо повторить через + ____ + месяцев/месяца

- 6
- 12
- 9
- 3

Из представленных препаратов в костной ткани не накапливается

- стронция ранелат
- памидроновая кислота
- деносумаб
- золедроновая кислота

Гиперкальциемия является противопоказанием к применению

- стронция ранелат
- памидроновая кислота
- деносумаб
- золедроновая кислота

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная И. 27 лет на консультации у врача общей практики.

Жалобы

На отечность на глазах, особенно по утрам, боль при движении глаз, ощущение «песка в глазах», редко возникающее двоение в глазах, проходящее самостоятельно, слабость, беспокойство.

Анамнез заболевания

Данные жалобы стали беспокоить около полугода, находясь в отпуске по уходу за ребенком, не имела возможности обратиться к врачу. В течение нескольких месяцев жалобы со стороны глаз имели периодический характер, пользовалась увлажняющими каплями. Слабость, нарушение сна, беспокойство и нервозность связывала с ссорами с супругом, уходом за маленьким ребенком. В течение 4 месяцев похудела, хотя отмечает что аппетит не снизился, наоборот считает, что заедала стресс. Несколько недель назад заметила, что стало тесно в водолазках и блузках с узким воротом. В настоящее время усилилась слабость, стала чаще замечать отечность век, постоянно беспокоит ощущение «песка в глазах», появилась потливость, сердцебиение, дрожь в теле.

Анамнез жизни

- * Курит в течение 8 лет, 10-15 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет
- * Профессиональных вредностей не имеет, учитель в средней школе, в настоящее время в отпуске по уходу за ребенком 2,2 года.
- * Аллергические реакции на препараты сульфаниламидной группы (бисептол) - крапивница
- * Семейный анамнез: отец в возрасте 39 лет имел какие-то проблемы с щитовидной железой. Мать 50 лет, страдает артериальной гипертензией.
- * Менструальный цикл с 13 лет до настоящего времени, регулярный, 1 беременности и 1 роды.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, отмечается мелкоразмашистый тремор пальцев рук. Вес - 55 кг, рост – 169 см. Астенический тип телосложения, подкожно жировая клетчатка распределена равномерно. Кожные покровы эластичные, влажные, тёплые нормальной окраски. Офтальмологические симптомы: расширение глазной щели, повышенный блеск глаз, невозможность фиксировать взгляд обеими глазами на близком расстоянии, при взгляде вверх определяется полоска склеры между верхним веком и радужкой, при взгляде вниз – отставание нижнего века от радужки, нежный тремор век при их смыкании, отёчный экзофтальм с двух сторон, гиперемия век. Тонус глазных яблок при пальпации нормальный.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа видна на глаз при нормальном положении шеи, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Гиперемия шеи, зоны декольте. АД 125/70 мм. рт. ст. ЧД - 18 в минуту. Пульс – 116 в минуту, ритмичный симметричный. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. ЧСС 116 в минуту. Дыхание везикулярное по всем легочным полям. Печень у края рёберной дуги. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень при пальпации не выступает из-под края реберной дуги. _ _Периферических отёков нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторная диагностика, необходимая пациентке, должна включать исследование в крови уровня

- стронция ранелат
- памидроновая кислота
- деносумаб
- золедроновая кислота

Результаты лабораторных методов обследования

В рамках инструментальной диагностики пациентке показано проведение

- стронция ранелат
- памидроновая кислота
- деносумаб
- золедроновая кислота

Результаты инструментальных методов обследования

По результатам проведённого обследования пациентке может быть сформулирован диагноз

- стронция ранелат
- памидроновая кислота
- деносумаб
- золедроновая кислота

Диагноз

Тиреотоксикоз у пациентки следует классифицировать как

- осложненный

- субклинический
- смешанный
- манифестный

По представленным данным у пациентки размер щитовидной железы соответствует зобу +__+ степени

- II
- III
- IV
- I

Предъявляемые пациенткой жалобы на отечность на глазах, боль при движении глаз, ощущение «песка» и двоение в глазах позволяют заподозрить у пациентки развитие

- миопии высокой степени
- эндокринной офтальмопатии
- опухоли гипофиза
- отслойки сетчатки

Лечение болезни Грейвса у данной пациентки следует начать с

- терапии радиоактивным ^{131}I йодом
- препаратов йода
- резекции увеличенной щитовидной железы
- тиреостатиков

Перед назначением тимазола пациентке следует провести дообследование, включающее исследование

- анализа кала на скрытую кровь
- анализа крови на антитела к рецепторам фосфолипазы A2 M-типа
- клинического анализа крови
- гликированного гемоглобина в крови

Длительность тиреостатической терапии у пациентки ориентировочно будет составлять +___+ месяца/месяцев

- 3-6
- 6-9
- 2-3

- 12-18

Через 6 месяцев терапии тиамазолом пациентка отметила повышение температуры до 37,4-37,6^oC в течение недели. В связи с этим ей показано провести исследование

- общего анализа крови
- смыва бронхоальвеолярного лаважа
- коагулограммы
- бактериологического анализа крови

При исследовании общего анализа крови выявлено снижение уровня нейтрофилов до 1,3 тыс/мкл, что требует

- увеличения дозы тиамазола на 50% от исходной
- добавления к тиамазолу преднизолона
- отмены тиамазола
- назначения иммуностимуляторов

Показанием для отмены тиамазола по окончании 18-месячного курса лечения является нормальный уровень

- увеличения дозы тиамазола на 50% от исходной
- добавления к тиамазолу преднизолона
- отмены тиамазола
- назначения иммуностимуляторов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 70-и лет впервые обратилась к врачу общей практики в плановом порядке.

Жалобы

При обращении пациентка предъявляет жалобы на ощущение сдавления в области шеи и иногда в области грудины, распространяющееся в эпигастральную область и возникающее при психо-эмоциональном перенапряжении; эпизоды повышения АД с максимальными значениями 170/90 мм рт. ст. при «рабочих» цифрах 130/80 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Амбулаторная карта заведена 7 лет назад - в возрасте 63-х лет, когда впервые

обратилась в поликлинику по поводу повышения АД, была диагностирована Гипертоническая болезнь, назначен лозап в дозе 50 мг утром 1 раз в сутки, который пациентка принимает до настоящего времени. Повторно обращалась в поликлинику в 64 года: больной была диагностирована ИБС и ХСН, в связи с чем было рекомендовано добавить к проводимой терапии верапамил и тромбо асс, которые пациентка не стала принимать. В 65 лет при УЗИ щитовидной железы было выявлено диффузно-узловое увеличение железы, узлы размерами до 16-19 мм в обеих долях, ТТГ в пределах нормы. С эндокринологом не консультировалась, лечения не проводила. На протяжении последующего времени самочувствие оставалось удовлетворительным, однако в течении последних 3-х месяцев отмечается его ухудшение, что выражается в появлении ощущения сдавления в области шеи и в области грудины, иррадиирующее в эпигастральную область, возникающее без четкой связи с физической нагрузкой, но провоцирующееся волнением. Кроме того, месяц назад пациентка стала отмечать эпизодически возникающие головные боли, при измерении АД на высоте болей были зафиксированы максимальные цифры 170/90 мм рт. ст. Подъёмы АД возникают по 2-3 раза в неделю. В связи с вышесказанным обратилась к врачу общей практики.

Анамнез жизни

В детстве росла и развивалась соответственно возрасту. +
Всю жизнь пациентка прожила в эндемичном по дефициту йода районе +
Перенесенные заболевания: травм, других операций не было, туберкулёз, венерические заболевания, гепатит отрицает. Аллергологический анамнез: не переносит пенициллин. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют.
Наследственность: Об отце сведений нет, мать умерла в 68 лет, страдала АГ, СД II типа и диффузным нетоксическим зобом. Вредные привычки: алкоголем не злоупотребляет, не курит. Гинекологический анамнез: менопауза с 52-х лет, в 65 проводилась гистероскопия и выскабливание полости матки (результат-железисто-фиброзный полип эндометрия).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Рост 152 см, вес 60 кг, ИМТ=25,96 кг/м². Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита нормально, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа определяется визуально при нормальном положении шеи, пальпаторно увеличена до 2-ой степени, безболезненна при пальпации. Суставы внешне не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук. При аускультации над всей поверхностью лёгочной ткани выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота

дыханий 17 в мин. Границы сердца: левая – кнутри на 1 см от левой среднеключичной линии, правая - правый край грудины, верхняя - III ребро. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. АД на правой руке 150/100 мм рт. ст. АД на левой руке 150/95 мм рт. ст. Пульс 75 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Пульсация на периферических артериях конечностей сохранена, симметрична. При аускультации шумов над почечными и сонными артериями не выслушивается. Язык обложен белым налетом, суховатый. Стенки ротоглотки чистые. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации чувствительный в эпигастральной области. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Размеры по Курлову 9 x 8 x 7 см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Лабораторное обследование пациентки с артериальной гипертензией (АГ) и диффузно-узловым зобом должно включать исследование

- увеличения дозы тиамазола на 50% от исходной
- добавления к тиамазолу преднизолона
- отмены тиамазола
- назначения иммуностимуляторов

Результаты лабораторных методов обследования

В план инструментального обследования пациентки с зобом и артериальной гипертензией (АГ) следует включить проведение

- увеличения дозы тиамазола на 50% от исходной
- добавления к тиамазолу преднизолона
- отмены тиамазола
- назначения иммуностимуляторов

Результаты инструментальных методов обследования

По результатам проведённого обследования щитовидной железы и постоянное длительное проживание в эндемичном по дефициту йода районе пациентке можно поставить предварительный диагноз

- увеличения дозы тиамазола на 50% от исходной
- добавления к тиамазолу преднизолона

- отмены тиамазола
- назначения иммуностимуляторов

Диагноз

Учитывая большие размеры щитовидной железы по данным УЗИ и жалобы на ощущение сдавления в шее и за грудиной при волнении, для исключения компрессии трахеи и пищевода в план обследования пациентки следует включить

- компьютерную томографию шеи
- сцинтиграфию щитовидной железы
- эзофагогастродуоденоскопию
- фибробронхоскопию

Артериальную гипертензию, имеющуюся у пациентки следует расценивать как проявление

- феохромоцитомы
- гломерулонефрита
- гипертонической болезни
- тиреотоксического зоба

Максимальные цифры 170 и 90 мм рт. ст. соответствуют +__+ степени повышения артериального давления (АД)

- 1
- 4
- 2
- 3

Принимая во внимание, что при компьютерной томографии (КТ) шеи были выявлены признаки компрессии трахеи и пищевода увеличенной щитовидной железой, пациентке показано назначение

- хирургического лечения
- левотироксина натрия
- радиоiodтерапии
- калия йодида

Для коррекции артериальной гипертензии (АГ) к лозапу в дозе 50 мг в сутки, который пациентка принимает на протяжении нескольких лет, целесообразно добавить

- моксонидин
- фелодипин
- спиронолактон
- торасемид

Целевые уровни систолического артериального давления (АД) для данной пациентки должны находиться в пределах + _____ + мм рт. ст

- 140 - 149
- 130 - 139
- 110 - 119
- 120 - 129

Целевые уровни диастолического артериального давления (АД) для данной пациентки должны находиться в пределах + _____ + мм рт. ст

- 80-89
- 90-99
- 60-69
- 70-79

Оптимальное потребление йода для взрослого человека должно составлять + ___ + мкг в сутки

- 50
- 350
- 150
- 250

Показанием для проведения тонкоигольной аспирационной биопсии узловых образований щитовидной железы является выявление при ультразвуковом исследовании узлов, размеры которых превышают + ___ + см

- 50
- 350
- 150
- 250

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 41 года обратился на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На боли в суставах, постоянную потливость.

Анамнез заболевания

В течение последних четырех лет отмечает боли в крупных суставах, преимущественно – в тазобедренных. В течение последнего года также отмечает постоянную потливость, не связанную с физической нагрузкой. Самостоятельно сдал анализ крови на ТТГ - 2.11 мМЕ/л (0.25-3.5). Самостоятельно обратился на амбулаторный приём.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: не отягощён. +
Хронические заболевания: отрицает. +
Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 60 в минуту, АД – 145/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. При осмотре определяется непропорциональное увеличение размеров кистей и стоп, огрубление черт лица, диастема.

Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня

- 50
- 350
- 150
- 250

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для уточнения диагноза инструментальным методом исследования является

- 50
- 350
- 150
- 250

Результаты инструментального метода обследования

Пациенту на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных можно поставить диагноз

- 50
- 350
- 150
- 250

Диагноз

Заболевание в данном случае обусловлено аденомой гипофиза, секретирующей

- тиреотропный гормон (ТТГ)
- соматотропный гормон (СТГ)
- инсулиноподобный фактор роста – 1 (ИФР-1)
- аденокортикотропный гормон (АКТГ)

Методом выбора в качестве первичного лечения является

- трансфеноидальная аденомэктомия
- терапия агонистами дофамина
- терапия аналогами соматостатина
- радиохирургическое лечение

Уровень инсулиноподобного фактора роста – 1 (ИФР-1) после операции необходимо исследовать через +__+ недель (-ли)

- 12
- 6
- 2
- 4

Оценку уровней гормонов щитовидной железы и половых гормонов после операции необходимо провести через

- 12 месяцев
- 6-12 недель
- 7 дней
- 6 месяцев

Контрольная МРТ головного мозга проводится не ранее, чем через +__+ недель/недели

- 6
- 9
- 3
- 12

При недостижении ремиссии после оперативного лечения в качестве первой линии медикаментозной терапии применяются

- антагонисты рецепторов соматотропного гормона (СТГ)
- агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1)
- агонисты дофаминовых рецепторов
- аналоги соматостатина

К аналогам соматостатина относится

- пэгвисомант
- бромокриптин
- каберголин
- октреотид

Начальная дозировка октреотида пролонгированного действия составляет +__+ мг

- 20
- 30
- 10
- 40

Синдром ночного апноэ – характерное проявление

- 20
- 30

- 10
- 40

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 43 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На головные боли, нерегулярный менструальный цикл, выделения из молочных желез.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы появились год назад. Обратилась к гинекологу, рекомендован приём Достинекса 0.5 мг по ½ таблетки 2 раза в неделю. На фоне приёма в течение 6 месяцев отметила улучшение самочувствия, нормализацию менструального цикла и отсутствие выделений из сосков. Самостоятельно отменила препарат, через два месяца после отмены вновь отметила появление головных болей, выделений из груди и нарушений менструального цикла. Повторно обратилась к гинекологу, рекомендована консультация эндокринолога. Самостоятельно обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Анамнез жизни

Наследственность: по эндокринной системе не отягощена. +

Хронические заболевания: отрицает. +

Аллергоанамнез: аллергические реакции на медикаменты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультативно в лёгких везикулярное дыхание, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 78 в минуту, АД – 105/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Явных клинических признаков акромегалии, гиперкортицизма нет. Из обеих молочных желез при сдавливании ареолы и соска выделяется жидкость. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная, мягко-эластической консистенции, смещается при глотании, узловые образования не пальпируются.

В качестве первой линии диагностики у данной пациентки необходимо двукратное исследование уровня

- 20
- 30

- 10
- 40

Результаты обследования

На следующем этапе диагностики необходимо провести

- 20
- 30
- 10
- 40

Результаты обследования

Пациентке на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных можно поставить диагноз

- 20
- 30
- 10
- 40

Диагноз

Оптимальной тактикой ведения в отношении данной пациентки является

- динамическое наблюдение
- лучевая терапия
- хирургическое лечение
- медикаментозная терапия

В качестве препарата первой линии при гиперпролактинемии используется

- каберголин
- пэгвисомант
- октреотид
- пасиреотид

Начальная доза каберголина составляет + _____ + мг в неделю

- 0,5-0,75
- 0,25-0,5

- 5-7,5
- 2-5

Для подбора дозы каберголина уровень пролактина измеряется 1 раз в +__+ месяц/месяца/месяцев

- 6
- 3
- 2
- 1

Через месяц после начала лечения каберголином уровень пролактина составил 288 мЕд/л (64-395). Необходимо

- отменить препарат и провести контроль пролактина через месяц
- продолжить приём препарата в прежнем режиме
- увеличить дозу каберголина
- уменьшить дозу препарата

Снижение дозы или отмена каберголина при условии длительной нормализации уровня пролактина и значительного уменьшения опухоли рекомендованы не ранее, чем через

- 6 месяцев
- 2 года
- 1 год
- 18 месяцев

При появлении признаков непереносимости каберголина возможно назначение

- бромокриптина
- пэгвисоманта
- вилдаглиптина
- пасиреотида

При наступлении беременности на фоне лечения каберголином необходимо

- отменить препарат
- уменьшить дозировку
- увеличить дозировку
- заменить препарат на бромокриптин

В случае апоплексии гипофиза на фоне пролактин-секретирующей аденомы необходимо (-ма)

- отменить препарат
- уменьшить дозировку
- увеличить дозировку
- заменить препарат на бромокриптин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 47 лет обратился на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

При диспансерном обследовании проведена рентгенография головного мозга – выявлено объемное образование sellarной области неуточнённого размера. Лабораторные исследования не проводились. Направлен на амбулаторный приём к эндокринологу.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: не отягощён. +

Хронические заболевания: хронический тонзиллит. +

Аллергоанамнез: не отягощен.

Объективный статус

Рост: 179 см, вес 92 кг, ИМТ 28.7 кг/м². Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 110/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. Клинических проявлений гиперкортицизма, акромегалии нет. Выделений из груди нет.

Необходимым для уточнения диагноза инструментальным методом исследования является

- отменить препарат
- уменьшить дозировку

- увеличить дозировку
- заменить препарат на бромокриптин

Результаты инструментального метода обследования

Необходимыми для уточнения диагноза лабораторными методами исследования являются определение уровней

- отменить препарат
- уменьшить дозировку
- увеличить дозировку
- заменить препарат на бромокриптин

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая данные лабораторных исследований, данное образование хиазмально-селлярной области является

- АКТГ-секретирующим
- пролактинсекретирующим
- гормонально-неактивным
- СТГ-секретирующим

Учитывая размеры выявленного образования, оно является

- макроинциденталомой
- микроинциденталомой
- макроаденомой
- микрокистой

Наиболее предпочтительной тактикой ведения данного пациента является

- лучевая терапия
- медикаментозное лечение
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение

В случае возникновения клинической картины апоплексии гипофиза, необходимым методом лечения будет являться

- терапия каберголином
- трансфеноидальная аденомэктомия

- лечение аналогами соматостатина
- гамма-нож

Учитывая размер инциденталомы, динамическую МРТ головного мозга целесообразно проводить через +__+ месяца/месяцев

- 3
- 6
- 12
- 8

Если по результатам динамической МРТ головного мозга будет выявлен супраселлярный рост образования гипофиза, необходимо провести

- исследование уровней тропных гормонов гипофиза
- компьютерную периметрию
- исследование остроты зрения
- люмбальную пункцию

Если по данным компьютерной периметрии будет выявлено сужение полей зрения, оптимальным подходом будет являться

- хирургическое лечение
- медикаментозная терапия
- лучевая терапия
- динамическое наблюдение

Прогностически неблагоприятным считается + _____ + рост аденомы гипофиза

- инфраселлярный
- латероселлярный
- супраселлярный
- параселлярный

Возникновение ликвореи у пациента с инциденталомой гипофиза будет являться показанием к

- лучевой терапии
- терапии аналогами соматостатина
- лечению агонистами дофамина
- хирургическому лечению

При дальнейшем наблюдении по поводу микроинциденталомы МРТ проводится 1 раз в

- лучевой терапии
- терапии аналогами соматостатина
- лечению агонистами дофамина
- хирургическому лечению

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 34 лет обратился на амбулаторный прием к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На повышение массы тела, повышение АД максимально до 180/120 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение последних двух лет. За последний год прибавил в весе на 10 кг. Самостоятельно обратился к врачу-эндокринологу.

Анамнез жизни

Материальное положение удовлетворительное. +

Наследственный анамнез: не отягощён. +

Хронические заболевания: близорукость легкой степени. +

Аллергоанамнез: не отягощен.

Объективный статус

Температура тела 36,6°C. Вес 92 кг. Рост 167 см. Индекс массы тела 28.1 кг/м².

Обращает на себя внимание перераспределение подкожной жировой клетчатки: лунообразное лицо, абдоминальное ожирение, скошенность ягодиц.

На передней брюшной стенке – широкие багровые стрии. Отмечается отечность нижних конечностей до уровня коленных суставов. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненная, подвижная. ЧСС 84 уд. в мин.

Артериальное давление 145/95 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, шумы не определяются. Число дыханий: 17 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный.

Необходимыми в качестве первой линии диагностики лабораторными методами исследования являются определение уровней

- лучевой терапии
- терапии аналогами соматостатина

- лечению агонистами дофамина
- хирургическому лечению

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым дополнительным методом исследования для уточнения генеза эндогенного гиперкортицизма является

- лучевой терапии
- терапии аналогами соматостатина
- лечению агонистами дофамина
- хирургическому лечению

Результаты обследования

Необходимым для уточнения диагноза инструментальным методом исследования является

- лучевой терапии
- терапии аналогами соматостатина
- лечению агонистами дофамина
- хирургическому лечению

Результаты инструментального метода обследования

Данному пациенту на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных можно поставить основной диагноз

- лучевой терапии
- терапии аналогами соматостатина
- лечению агонистами дофамина
- хирургическому лечению

Диагноз

При данном заболевании источником гиперпродукции АКТГ является АКТГ-секретирующая

- опухоль гипоталамуса
- аденома гипофиза
- аденома надпочечника

- карциноидная опухоль легкого

В качестве метода выбора для лечения у данного пациента необходимо провести

- гамма-терапию
- транссфеноидальную аденомэктомию
- протонотерапию
- радиотерапию

После хирургического лечения у пациента появилась тошнота, отсутствие аппетита, головокружение и снижение АД до 100/60 мм рт. ст. Данный симптомокомплекс характерен для

- надпочечниковой недостаточности
- синдрома Нельсона
- синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона (АДГ)
- вторичного гипотиреоза

При отсутствии ремиссии после хирургического лечения повторное оперативное вмешательство возможно не ранее чем через +__+ месяцев/месяца

- 2
- 5
- 4
- 6

При рассмотрении вопроса о медикаментозной терапии препаратом выбора является

- гидрокортизон
- каберголин
- мифепристон
- пасиреотид

Пасиреотид относится к группе

- блокаторов стероидогенеза
- аналогов соматостатина
- блокаторов рецепторов к прогестерону и глюкокортикоидам
- агонистов дофаминовых рецепторов

При тяжелом, прогрессирующем течении болезни Иценко-Кушинга в качестве жизнеспасающей операции проводится

- двусторонняя адреналэктомия
- односторонняя адреналэктомия
- лучевая терапия
- комбинированная медикаментозная терапия

Состояние, характеризующееся потемнением кожных покровов, высоким уровнем АКТГ и аденомой гипофиза после двусторонней адреналэктомии, определяется как

- двусторонняя адреналэктомия
- односторонняя адреналэктомия
- лучевая терапия
- комбинированная медикаментозная терапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 31 года обратился на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На огрубение голоса, увеличение размера обуви.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени пациент обращает внимание на выраженную потливость. За последние два года размер обуви увеличился с 41 до 44. Мать пациента отметила изменение внешности и огрубление голоса. Самостоятельно обратился к врачу-эндокринологу.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: не отягощён. +
Хронические заболевания: отрицает. +
Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Рост: 181 см, вес 87 кг, ИМТ 26.6 кг/м². Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 75 в минуту, АД – 150/95 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. При осмотре определяется непропорциональное увеличение размера кистей и стоп, огрубление черт лица, прогнатизм, диастема.

Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом исследования является определение уровня + _____ + сыворотки крови

- двусторонняя адреналэктомия
- односторонняя адреналэктомия
- лучевая терапия
- комбинированная медикаментозная терапия

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для уточнения диагноза инструментальным методом исследования является

- двусторонняя адреналэктомия
- односторонняя адреналэктомия
- лучевая терапия
- комбинированная медикаментозная терапия

Результаты инструментального метода обследования

На основании клинической картины в сочетании с данными лабораторно-инструментальных исследований можно поставить диагноз

- двусторонняя адреналэктомия
- односторонняя адреналэктомия
- лучевая терапия
- комбинированная медикаментозная терапия

Диагноз

Учитывая МР-характеристики выявленного образования гипофиза, оно является

- микроаденомой
- гигантской аденомой
- макроаденомой

- микроинциденталомой

Оптимальной тактикой ведения в данном случае является

- медикаментозная терапия
- лучевая терапия
- хирургическое лечение
- динамическое наблюдение

Пациент отказывается от хирургического лечения. Оптимальной альтернативой в данном случае является назначение

- агонистов рецепторов дофамина
- рекомбинантного гормона роста
- аналогов соматостатина
- антагонистов рецепторов соматотропного гормона (СТГ)

Начальная дозировка октреотида пролонгированного действия составляет +__+ мг 1 раз в 28 дней

- 20
- 60
- 30
- 40

Контроль уровня ИФР-1 после назначения октреотида пролонгированного действия необходимо провести через

- 1-2 месяца
- 3-6 месяцев
- 1-2 года
- 1-2 недели

В случае резистентности к терапии аналогами соматостатина возможно назначение

- кетоконазола
- тектреотида
- парикальцитола
- пэгвисоманта

Начальная суточная дозировка пэгвисоманта составляет +__+ мг

- 10

- 5
- 30
- 40

Контрольная эхокардиография у больных акромегалией проводится каждый/каждые

- месяц
- год
- 2 года
- 6 месяцев

При биохимической ремиссии МРТ гипофиза у пациентов с акромегалией необходимо проводить каждые

- месяц
- год
- 2 года
- 6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 43 лет обратился на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На общую слабость, отёчность.

Анамнез заболевания

Полгода назад перенес черепно-мозговую травму с сотрясением мозга в результате ДТП. После перенесенной травмы отметил появление и нарастание вышеуказанных жалоб. Обратился к эндокринологу, рекомендовано сдать гормональные анализы крови. Согласно представленным анализам крови уровень кортизола 491 нмоль/л (102.2-535.7), ФСГ 6.15 мМЕд/мл (1.37-9.90), ЛГ 7.89 мМЕд/мл (1.68-15.00), тестостерон 14.0 (8.9-42.0) пролактин 298 мЕд/л (109-557), ТТГ 3.95 мЕд/л (0.4-4.0). Рекомендована консультация эндокринолога.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: не отягощён. +

Хронические заболевания: хронический панкреатит. +

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Рост: 159 см, вес: 77 кг, ИМТ: 30.5 кг/м². Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, сухие, отмечается отёчность лица, ног до уровня коленных суставов. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 74 в минуту, АД – 145/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. При осмотре явных клинических признаков гиперкортицизма, акромегалии нет.

Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом исследования является определение уровней

- месяц
- год
- 2 года
- 6 месяцев

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для уточнения диагноза инструментальным методом исследования является

- месяц
- год
- 2 года
- 6 месяцев

Результаты инструментального метода обследования

На основании клинической картины в сочетании с данными лабораторно-инструментальных исследований можно поставить диагноз

- месяц
- год
- 2 года
- 6 месяцев

Диагноз

Заболевание пациента наиболее вероятно является следствием

- макроаденомы гипофиза
- черепно-мозговой травмы
- врождённого гипопитуитаризма
- синдрома Шиена

Учитывая данные лабораторно-инструментального исследования, пациенту необходимо назначить заместительную терапию

- левотироксином натрия
- флудрокортизоном
- десмопрессинном
- гидрокортизоном

Расчетная доза левотироксина натрия составляет +__+ мкг/кг массы тела

- 0.6
- 1.0
- 1.6
- 3.2

Эффективность заместительной терапии оценивается по уровню

- свободного T4
- свободного T3
- тиреотропного гормона (ТТГ)
- общего T4

После подбора дозировки уровень свободного T4 необходимо исследовать 1 раз в +__+ месяца/месяцев

- 6
- 3
- 12
- 8

Для исключения СТГ-дефицита у пациента необходимо провести

- повторное исследование уровня инсулиноподобного фактора роста – 1 (ИФР-1)
- 2 стимуляционных теста
- 1 стимуляционный тест
- пробу с соматотропным гормоном (СТГ) в ходе перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ)

Для диагностики СТГ-дефицита применяется проба с

- глюконатом кальция
- 1-24 адренокортикотропным гормоном (АКТГ)
- метирапоном
- инсулином

В ходе пробы с инсулиновой гипогликемией возможно одновременное определение СТГ-дефицита и

- вторичного гипогонадизма
- АКТГ-дефицита
- несахарного диабета
- вторичного гипотиреоза

Противопоказанием к назначению заместительной терапии вторичного гипогонадизма является

- вторичного гипогонадизма
- АКТГ-дефицита
- несахарного диабета
- вторичного гипотиреоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 54 лет обратился на амбулаторный прием к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На повышение массы тела на 15 кг за последний год, эпизоды повышения АД, максимально до 190/90 мм рт. ст., боли в спине.

Анамнез заболевания

В течение последних двух лет отмечает нарастающую слабость, утомляемость, периодическое повышение АД максимально до 190/90 мм рт. ст., регулярный контроль не проводит. За последний год отметил прибавку в весе на 15 кг без значимых изменений рациона питания и двигательной активности. Пациент сдал кровь на уровень АКТГ - 96,4 пг/мл (7-66). Самостоятельно обратился на консультацию к врачу-эндокринологу.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: по эндокринным заболеваниям не отягощён. +

Хронические заболевания: хронический простатит, хронический гастродуоденит. +
Аллергоanamнез: не отягощен.

Объективный статус

Температура тела 36,6°C. Вес 98 кг. Рост 175 см. Индекс массы тела 30.1 кг/м². При осмотре обращает на себя внимание перераспределение жировой клетчатки: лунообразное лицо, абдоминальный тип ожирения. В области живота – багровые полосы растяжения. Отеков нет. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, безболезненна. ЧСС 89 уд. в мин. Артериальное давление 166/93 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимым для постановки диагноза лабораторными методами исследования является определение уровней

- вторичного гипогонадизма
- АКТГ-дефицита
- несахарного диабета
- вторичного гипотиреоза

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для диагностики инструментальным методом исследования является

- вторичного гипогонадизма
- АКТГ-дефицита
- несахарного диабета
- вторичного гипотиреоза

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая полученные данные лабораторных исследований и отсутствие визуализации аденомы гипофиза на МРТ, для дифференциальной диагностики АКТГ-зависимого гиперкортицизма необходимо выполнить

- вторичного гипогонадизма
- АКТГ-дефицита
- несахарного диабета

- вторичного гипотиреоза

Результаты обследования

Пациенту на основании полученных результатов обследований можно поставить диагноз

- вторичного гипогонадизма
- АКТГ-дефицита
- несахарного диабета
- вторичного гипотиреоза

Диагноз

Заболевание в данном случае обусловлено

- избыточным применением глюкокортикоидных препаратов
- АКТГ-секретирующим карциноидом
- кортизол-секретирующей аденомой надпочечника
- АКТГ-секретирующей аденомой гипофиза

Методом выбора для лечения данного пациента является

- лучевая терапия
- трансфеноидальная аденомэктомия
- односторонняя адреналэктомия
- двусторонняя адреналэктомия

Пациент отказывается от оперативного лечения. Препаратом выбора для консервативного лечения данного пациента является

- пасиреотид
- ланреотид
- октреотид
- каберголин

Стартовая дозировка пасиреотида составляет + ___ + мкг 2 раза в сутки

- 300
- 40
- 60
- 600

Коррекция дозы пасиреотида проводится каждые +__+ месяца/месяцев

- 3
- 6
- 2
- 12

Дозировку пасиреотида необходимо снизить при снижении уровня + _____ + ниже референсного диапазона

- свободного кортизола суточной мочи
- свободного кортизола вечерней слюны
- утреннего адренокортикотропного гормона
- ренин-альдостеронового соотношения

Осложнением трансназальной аденомэктомии по поводу болезни Иценко-Кушинга является развитие

- несахарного диабета
- болезни Аддисона
- сахарного диабета
- синдрома Нельсона

Эндогенный гиперкортицизм является АКТГ-независимым, если уровень утреннего адренокортикотропного гормона (АКТГ) ниже значения +__+ пг/мл

- несахарного диабета
- болезни Аддисона
- сахарного диабета
- синдрома Нельсона

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На общую слабость, быструю утомляемость, отёчность, сухость кожи.

Анамнез заболевания

Год назад перенесла черепно-мозговую травму с сотрясением мозга. После

перенесенной травмы отметила появление и нарастание вышеуказанных жалоб. Обратилась к терапевту, рекомендовано выполнить гормональный анализ крови. Согласно предоставленным результатам уровень кортизола 491 нмоль/л (102.2-535.7), ФСГ 6.15 мМЕд/мл (1.37-9.90), ЛГ 7.89 мМЕд/мл (1.68-15.00), пролактин 298 мЕд/л (109-557), ТТГ 3.95 мЕд/л (0.4-4.0). Менструальный цикл регулярный. Рекомендована консультация эндокринолога.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: не отягощён. +

Хронические заболевания: хронический синусит. +

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, сухие, отмечается отёчность лица, ног до уровня коленных суставов. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 66 в минуту, АД – 125/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется. При осмотре явных клинических признаков гиперкортицизма, акромегалии нет.

Необходимым лабораторным методом исследования для уточнения диагноза является определение уровней

- несахарного диабета
- болезни Аддисона
- сахарного диабета
- синдрома Нельсона

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- несахарного диабета
- болезни Аддисона
- сахарного диабета
- синдрома Нельсона

Результаты инструментального метода обследования

Пациентке, учитывая клиническую картину и данные лабораторно-инструментальных исследований, можно поставить диагноз

- несахарного диабета
- болезни Аддисона
- сахарного диабета
- синдрома Нельсона

Диагноз

У пациентки в данном случае наблюдается + _____ + гипопитуитаризм

- частичный
- тотальный
- врожденный
- изолированный

Учитывая данные лабораторных и инструментального исследований, данной пациентке необходимо назначить

- пропилтиоурацил
- калия йодид
- левотироксин натрия
- тиамазол

Расчетная доза левотироксина натрия составляет + __ + мкг на кг массы тела

- 1.6
- 0.6
- 3.2
- 1.0

Эффективность заместительной терапии оценивается по уровню

- тиреотропного гормона (ТТГ)
- свободного Т4
- свободного Т3
- общего Т4

После подбора дозировки уровень свободного Т4 необходимо исследовать 1 раз в + __ + месяца/месяцев

- 6

- 8
- 12
- 3

Для исключения СТГ-дефицита у данной пациентки необходимо провести

- повторное исследование уровня инсулиноподобного фактора роста – 1 (ИФР-1)
- 2 стимуляционных теста
- пробу с соматотропным гормоном (СТГ) в ходе перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ)
- 1 стимуляционный тест

Для диагностики СТГ-дефицита применяется проба с

- 1-24 аденокортикотропным гормоном (АКТГ)
- инсулиновой гипогликемией
- глюконатом кальция
- метирапоном

Одновременно диагностировать вторичную надпочечниковую недостаточность и СТГ-дефицит возможно в ходе пробы с

- соматолиберином
- 1-24 аденокортикотропным гормоном (АКТГ)
- инсулиновой гипогликемией
- клонидином

Тотальная недостаточность соматотропного гормона (СТГ) определяется концентрацией СТГ в ходе пробы с инсулиновой гипогликемией ниже значения +__+ нг/мл

- соматолиберином
- 1-24 аденокортикотропным гормоном (АКТГ)
- инсулиновой гипогликемией
- клонидином

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 50 лет обратился к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, сонливость.

Анамнез заболевания

Ожирение около 30 лет. Самостоятельно пробовал снизить вес, с помощью диетотерапии. Вес снижался на 10-15 кг, однако потом наблюдался набор массы тела до прежних значений и более. Питание нерегулярное, в рационе преобладают жиры.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец, мать – ожирение. +

Хронические заболевания: отрицает. +

Аллергоанамнез: не отягощен. +

Профессия – учитель.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Вес – 122.8 кг. Рост – 181 см. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации не увеличена, однородной консистенции, безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 64 в минуту, АД – 128/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени затруднена ввиду выраженного объема жировой клетчатки.

Необходимыми для дифференциальной диагностики лабораторными методами обследования являются определение

- соматолиберином
- 1-24 адренокортикотропным гормоном (АКТГ)
- инсулиновой гипогликемией
- клонидином

Результаты лабораторных методов обследования

На основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить диагноз

- соматолиберином
- 1-24 адренокортикотропным гормоном (АКТГ)
- инсулиновой гипогликемией
- клонидином

Диагноз

Необходимым для определения степени ожирения методом обследования является

- соматолиберином
- 1-24 адренокортикотропным гормоном (АКТГ)
- инсулиновой гипогликемией
- клонидином

Результаты обследования

У данного пациента +__+ степень ожирения

- IV
- III
- II
- I

Наиболее предпочтительной тактикой ведения данного пациента является

- наблюдение
- медикаментозная терапия
- хирургическое лечение
- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии

Для лечения ожирения данному пациенту может быть рекомендован препарат

- орлистат
- эмпаглифлозин
- метформин
- акарбоза

Рекомендованной терапевтической дозой орлистата является +__+ мг 3 раза в сутки

- 60
- 240
- 120
- 90

Орлистат следует принимать

- во время еды
- до еды
- независимо от еды
- через 2 часа после еды

Механизмом действия препарата орлистат является

- активация рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
- ингибирование обратного захвата серотонина и норадреналина
- ингибирование кишечной липазы
- ингибирование альфа-глюкозидазы

Изменения энергетического баланса под влиянием орлистата выражаются в

- создании дефицита энергии
- поддержании неизменного энергетического баланса
- создании выраженного профицита энергии
- создании умеренного профицита энергии

Группой препаратов, которая может привести к ятрогенному ожирению, являются

- глюкокортикостероиды
- бета-блокаторы
- синтетические гормоны щитовидной железы
- ингибиторы протонного насоса

Диетическим столом, рекомендованным для организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях при наличии алиментарного ожирения, является стол №

- глюкокортикостероиды
- бета-блокаторы
- синтетические гормоны щитовидной железы
- ингибиторы протонного насоса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 41 года обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела.

Анамнез заболевания

Постепенный набор веса отмечается около 10 лет. 2 года назад на фоне ИМТ 33 кг/м² обращалась к врачу, была назначена диетотерапия с положительным кратковременным эффектом. В настоящее время набор веса возобновляется, со слов пациентки, диетических нарушений нет. Медикаментозную терапию по поводу избыточной массы тела не получала.

Анамнез жизни

Беременности – 0, роды – 0. +

Наследственный анамнез: отец – ожирение, сахарный диабет 2 типа +

Хронические заболевания: отрицает. +

Аллергоанамнез: не отягощен. +

Профессия – безработная.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются., АД 134/86 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная. Рост – 168 см, вес – 96,5 кг

Необходимыми для дифференциальной диагностики лабораторными методами обследования являются определение

- глюкокортикостероиды
- бета-блокаторы
- синтетические гормоны щитовидной железы
- ингибиторы протонного насоса

Результаты лабораторных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных методов обследования пациентке можно поставить диагноз

- глюкокортикостероиды
- бета-блокаторы

- синтетические гормоны щитовидной железы
- ингибиторы протонного насоса

Диагноз

Необходимым для определения степени ожирения методом обследования является

- глюкокортикостероиды
- бета-блокаторы
- синтетические гормоны щитовидной железы
- ингибиторы протонного насоса

Результаты обследования

У данной пациентки +__+ степень ожирения

- {nbsp}II
- {nbsp}IV
- {nbsp}I
- {nbsp}III

Наиболее предпочтительной тактикой ведения данной пациентки является

- хирургическое лечение
- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии
- наблюдение
- медикаментозная терапия

Препаратом для лечения ожирения является

- репаглинид
- виктоза
- акарбоза
- сибутрамин

Механизмом действия препарата сибутрамин является

- ингибирование альфа-глюкозидазы
- ингибирование кишечной липазы
- активация рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
- ингибирование обратного захвата серотонина и норадреналина

Рекомендованной начальной терапевтической дозой сибутрамина является + ___ + мг 1 раз в сутки

- 30
- 20
- 40
- 10

Предиктором успешного снижения и долговременного удержания массы тела на фоне лечения сибутрамином является

- снижение аппетита в утренние часы
- отсутствие побочных явлений при приеме 10 мг
- снижение массы тела менее чем на 2 кг за 2 недели
- снижение массы тела более чем на 5% за 3 месяца

Диетотерапия для данной пациентки

- должна быть назначена на месяц, далее отменена
- должна быть назначена в постоянном режиме
- должна быть назначена на полгода, далее отменена
- не желательна

Лунообразное лицо является показанием к проведению дифференциальной диагностики первичного ожирения и

- парциальной липодистрофии
- гипотиреоза
- болезни/синдрома Иценко-Кушинга
- гипоовариального ожирения

Наиболее высокий риск сопутствующих заболеваний выявляется при ИМТ + _____ + кг/м²

- парциальной липодистрофии
- гипотиреоза
- болезни/синдрома Иценко-Кушинга
- гипоовариального ожирения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет обратился к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, храп ночью, постоянную усталость.

Анамнез заболевания

Ожирение около 30 лет. Многочисленные попытки снижения веса (диетотерапия, медикаментозная терапия) без положительного эффекта. В настоящий момент принимает препарат лираглутид в дозе 3,0 мг, в течение 6 месяцев масса тела снизилась на 2 кг.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец – ожирение. +

Хронические заболевания: отрицает. +

Аллергоанамнез: аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. +

Профессия – предприниматель.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Телосложение гиперстеническое. Рост – 174 см, вес – 163,3 кг. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. АД 134/86 мм рт. ст. ЧСС 64 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени затруднена ввиду выраженного объема жировой клетчатки. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная.

Необходимыми для дифференциальной диагностики лабораторными методами обследования являются определение уровня/уровней

- парциальной липодистрофии
- гипотиреоза
- болезни/синдрома Иценко-Кушинга
- гиповариального ожирения

Результаты лабораторных методов обследования

Пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- парциальной липодистрофии
- гипотиреоза

- болезни/синдрома Иценко-Кушинга
- гиповариального ожирения

Диагноз

Необходимым для определения степени ожирения методом обследования является

- парциальной липодистрофии
- гипотиреоза
- болезни/синдрома Иценко-Кушинга
- гиповариального ожирения

Результаты обследования

У данного пациента + ___+ степень ожирения

- {nbsp}IV
- {nbsp}III
- {nbsp}II
- {nbsp}I

Наиболее предпочтительной тактикой ведения данного пациента является

- наблюдение
- продолжение медикаментозная терапия
- диетотерапия с отменой медикаментозной терапии
- хирургическое лечение

Видом операции, который может быть рекомендован данному пациенту для лечения морбидного ожирения, является

- липофиллинг
- липосакция
- гастрешунтирование
- абдоминопластика

Отдаленным осложнением гастрешунтирования является

- гломерулонефрит
- аллергическая реакция
- развитие резистентности к инсулину

- демпинг-синдром

Шунтирующими бариатрическими операциями являются операции, направленные на

- снижение абсорбции пищи в кишечнике
- укорочение пищевода
- удаление жировых отложений
- пересадку жировых отложений

Принципом диетотерапии на этапе подготовки к бариатрической операции является

- исключение из рациона продуктов с высоким содержанием сахара
- употребление преимущественно твердой пищи
- распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
- употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции

Названием первого этапа диетотерапии после гастрешунтирования является

- «чистые жидкости»
- «обогащенные жидкости»
- «без особенностей»
- «вся еда в виде гомогенного пюре»

Морбидным ожирением называют ожирение с индексом массы тела (ИМТ) \geq +__+ кг/м² или с ИМТ \geq +__+ кг/м² при наличии серьезных осложнений, связанных с ожирением.

- 35; 30
- 30; 25
- 30; 27,5
- 40; 35

Метаболически нездоровый фенотип ожирения ассоциирован с

- 35; 30
- 30; 25
- 30; 27,5
- 40; 35

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 41 года повторно обратился к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, усталость.

Анамнез заболевания

Ожирение около 20 лет. Многочисленные попытки соблюдения диетических рекомендаций заканчивались неудачей. На первичном приеме был назначен препарат сибутрамин в дозе 10 мг, после чего доза была увеличена до 15 мг в сутки. В течение следующих 3 месяцев масса тела снизилась менее чем на 5% от исходной массы тела.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец – ожирение. +

В остальном без особенностей. +

Хронические заболевания: отрицает. +

Аллергоанамнез: аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. +

Профессия – режиссер.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Рост – 181 см, вес – 115,3 кг. Отеки не определяются. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации не увеличена, однородной консистенции. безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание. ЧДД – 16 раз/минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, соотношение сохранено, патологические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени затруднена ввиду выраженного объема жировой клетчатки.

Необходимыми для дифференциальной диагностики лабораторными методами обследования являются определение уровня/уровней

- 35; 30
- 30; 25
- 30; 27,5
- 40; 35

Результаты лабораторных методов обследования

Пациенту на основании результатов клинико-лабораторных методов обследования можно поставить диагноз

- 35; 30
- 30; 25
- 30; 27,5
- 40; 35

Диагноз

Необходимым для определения степени ожирения методом обследования является

- 35; 30
- 30; 25
- 30; 27,5
- 40; 35

Результаты обследования

У данного пациента +__+ степень ожирения

- {nbsp}I
- {nbsp}III
- {nbsp}IV
- {nbsp}II

Наиболее предпочтительной тактикой ведения данного пациента является

- диетотерапия без продолжения медикаментозной терапии
- хирургическое лечение
- наблюдение
- смена медикаментозной терапии

Препаратом для лечения ожирения, который может быть предложен данному пациенту, является

- ситаглиптин
- репаглинид
- акарбоза
- лираглутид

Механизмом действия препарата лираглутид является

- ингибирование обратного захвата серотонина и норадреналина
- активация рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
- ингибирование кишечной липазы
- ингибирование альфа-глюкозидазы

Рекомендованной терапевтической дозой лираглутида является

- 3 мг 1 раз в сутки
- 0,6 мг 2 раза в сутки
- 1,2 мг 3 раза в сутки
- 3 мг 1 раз в неделю

Способом введения препарата лираглутид является

- внутривенный
- ректальный
- подкожный
- пероральный

Терапию лираглутидом при ожирении начинают с дозы + _____ + мг в сутки

- 0,6
- 1,2
- 3,0
- 1,8

Индекс массы тела определяется по формуле

- масса тела (кг) / рост (м)²
- рост (м)² / масса тела (кг)
- рост (м) / масса тела (кг)²
- масса тела (кг)² / рост (м)

Синонимом висцерального ожирения является _____ ожирение

- масса тела (кг) / рост (м)²
- рост (м)² / масса тела (кг)
- рост (м) / масса тела (кг)²
- масса тела (кг)² / рост (м)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 43 лет повторно обратился к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, усталость, постоянно засыпает на работе.

Анамнез заболевания

Ожирение около 15 лет. Наблюдается у эндокринолога по поводу ожирения 5 лет. В течение этого периода времени были испробованы диетические и медикаментозные (орлистат, лираглутид) методы лечения. Вес за последние 2 года стабильный. Режим питания нерегулярный, вкусовые пристрастия не отмечает. Стрессы заедает.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец – ожирение. +

Хронические заболевания: отрицает. +

Аллергоанамнез: неотягощен. +

Профессия – врач.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Рост – 183 см, вес – 161,4 кг. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации не увеличена, однородной консистенции. Безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 64 в минуту, АД – 132/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени затруднена ввиду выраженного объема жировой клетчатки.

Необходимыми для дифференциальной диагностики лабораторными методами обследования являются определение

- масса тела (кг) / рост (м)²
- рост (м)² / масса тела (кг)
- рост (м) / масса тела (кг)²
- масса тела (кг)² / рост (м)

Результаты лабораторных методов обследования

Пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- масса тела (кг) / рост (м)²
- рост (м)² / масса тела (кг)
- рост (м) / масса тела (кг)²
- масса тела (кг)² / рост (м)

Диагноз

Необходимым для определения степени ожирения инструментальным методом обследования является

- масса тела (кг) / рост (м)²
- рост (м)² / масса тела (кг)
- рост (м) / масса тела (кг)²
- масса тела (кг)² / рост (м)

Результаты инструментального метода обследования

У данного пациента + ___ + степень ожирения

- {nbsp}IV
- {nbsp}II
- {nbsp}III
- {nbsp}I

Наиболее предпочтительной тактикой ведения данного пациента является

- наблюдение
- хирургическое лечение
- медикаментозная терапия
- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии

Видом операции, который может быть рекомендован данному пациенту для лечения морбидного ожирения, является

- продольная резекция желудка
- абдоминальная пластика
- липофиллинг
- липосакция

Продольная резекция желудка – вид операции, направленный на

- пересадку жировых отложений
- уменьшение размеров желудка
- удаление жировых отложений
- снижение абсорбции пищи в кишечнике

К психологическим и поведенческим факторам, определяющим развитие ожирения, относится

- возраст
- стресс
- пол
- образование

Принципом диетотерапии на этапе подготовки к бариатрической операции является

- распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
- выделение для каждого приема пищи не менее 30-45 минут
- употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции
- употребление преимущественно твердой пищи

Названием второго этапа диетотерапии после продольной резекции желудка является

- «вся еда в виде гомогенного пюре»
- «чистые жидкости»
- «обогащенные жидкости»
- «без особенностей»

Энцефалопатия Вернике-Корсакова, возникшая после проведения бариатрических операций, может указывать на дефицит

- меди
- тиамина
- фолиевой кислоты
- железа

Средний по популяции риск сопутствующих заболеваний выявляется при индексе массы тела + _____ + кг/м²

- меди

- тиамина
- фолиевой кислоты
- железа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет повторно обратился к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, усталость, сухость во рту, частое мочеиспускание.

Анамнез заболевания

Ожирение около 10 лет. Пробовал снизить вес с помощью диет, а также медикаментозной терапии (орлистат, сибутрамин) без выраженного положительного эффекта. Пациенту проведены исследования, исключившие вторичное ожирение. Кроме того, 2 года назад установлен диагноз сахарный диабет 2 типа, по поводу чего получает медикаментозную сахароснижающую терапию – метформин 1000 мг 2 раза в день и вилдаглиптин 50 мг утром. Гликированный гемоглобин последний раз сдавал 2 месяца назад – 7,9%.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец – ожирение, сахарный диабет 2 типа, мать - ожирение. +

Хронические заболевания: отрицает. +

Аллергоанамнез: не отягощен. +

Профессия – повар.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Рост – 183 см, вес – 142 кг. Отеки не определяются. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации не увеличена, однородной консистенции. безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 64 в минуту, АД – 132/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени затруднена ввиду выраженного объема жировой клетчатки.

Помимо сахарного диабета 2 типа у данного пациента возможно диагностировать

- меди

- тиамин
- фолиевой кислоты
- железа

Диагноз

Исследованием, которое могло быть проведено пациенту для исключения вторичного ожирения, является определение уровня/уровней

- меди
- тиамин
- фолиевой кислоты
- железа

Результаты обследования

Тестом, который может быть проведен для исключения вторичного ожирения, является

- меди
- тиамин
- фолиевой кислоты
- железа

Результаты обследования

Индекс массы тела у данного пациента составляет + _____ + кг/м²

- 42,4
- 37,5
- 90,8
- 34,9

У данного пациента + __ + степень ожирения

- {nbsp}II
- {nbsp}I
- {nbsp}III
- {nbsp}IV

Наиболее предпочтительной тактикой лечения данного пациента является

- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии
- медикаментозная терапия
- динамическое наблюдение
- хирургическое вмешательство

Для лечения морбидного ожирения данному пациенту может быть рекомендовано выполнение

- гастропликации
- билиопанкреатического шунтирования
- регулируемого бандажирования желудка
- продольной резекции желудка

Принципом диетотерапии на этапе подготовки к бариатрической операции является

- употребление преимущественно твердой пищи
- употребление не более 5 граммов жиров в порции
- распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
- употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции

К психологическим и поведенческим факторам, определяющим развитие ожирения, относится

- образование
- возраст
- пол
- стресс

Абдоминальному ожирению у мужчин соответствует окружность талии \geq + _____ + см

- 80
- 86
- 94
- 90

Названием второго этапа диетотерапии после продольной резекции желудка является

- «без особенностей»
- «обогащенные жидкости»

- «вся еда в виде гомогенного пюре»
- «чистые жидкости»

Индекс массы тела 24,6 кг/м² у мужчины 32 лет соответствует

- «без особенностей»
- «обогащенные жидкости»
- «вся еда в виде гомогенного пюре»
- «чистые жидкости»

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 50 лет обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, усталость.

Анамнез заболевания

Ожирение около 10 лет. В течение этого периода времени были испробованы диетические способы лечения, однако стабильного снижения веса достичь не удалось. Питание нерегулярное, в рационе преобладает жирная пища.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать – ожирение. +
В остальном без особенностей.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Отеки не определяются. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации увеличена, неоднородной консистенции. безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Рост – 162 см, вес – 101 кг. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 64 в минуту, АД – 124/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени затруднена в виду выраженного объема жировой клетчатки.

Для исключения вторичного ожирения необходимо определение уровня/уровней

- «без особенностей»
- «обогащенные жидкости»

- «вся еда в виде гомогенного пюре»
- «чистые жидкости»

Результаты обследования

Для исключения вторичного ожирения необходимо

- «без особенностей»
- «обогащенные жидкости»
- «вся еда в виде гомогенного пюре»
- «чистые жидкости»

Результаты обследования

Индекс массы тела пациентки составляет + ____ + кг/м²

- 39,8
- 32,0
- 38,5
- 40,1

У данной пациентки + _____ + степень ожирения

- четвертая
- вторая
- первая
- третья

Наиболее предпочтительной тактикой лечения данной пациентки является

- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии
- наблюдение
- хирургическое лечение
- медикаментозная терапия

К препаратам для лечения ожирения относится

- акарбоза
- метформин
- эмпаглифлозин
- сибутрамин

Рекомендованная начальная доза сибутрамина составляет +____+ мг +____+ раз/раза в сутки

- 40;1
- 20;1
- 10;1
- 30;2

Сибутрамин рекомендуется принимать

- независимо от времени дня
- вечером
- утром
- днем

ИМТ не используется для диагностики ожирения у

- пожилых лиц
- пациентов с сахарным диабетом 1 типа
- лиц, придерживающихся диетических рекомендаций
- лиц с нарушениями пищевого поведения

К психологическим и поведенческим факторам, определяющим развитие ожирения, относится

- образование
- пол
- возраст
- стресс

У женщин не рекомендуется сокращение суточного рациона ниже +____+ ккал

- 1800
- 1200
- 1500
- 2000

К мальабсорбтивным бариатрическим операциям относится

- 1800
- 1200

- 1500
- 2000

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 40 лет обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, постоянную усталость, сонливость.

Анамнез заболевания

Постепенный набор веса отмечается около 12 лет после родов. Аппетит повышен. В рационе преобладает пища с высоким содержанием жира. Физические нагрузки минимальны. Пациентка предпринимала попытки снижения веса путем диетотерапии со снижением веса на несколько кг. При прекращении соблюдения диеты набор веса возобновлялся. В настоящее время вес максимальный, со слов пациентки 113 кг. Медикаментозную терапию по поводу избыточной массы тела не получала.

Анамнез жизни

Беременности – 1, роды – 1 в 28 лет; +

Материальное положение тяжелое; +

Наследственный анамнез: отец – ожирение, мать – сахарный диабет 2 типа, ожирение; +

Хронические заболевания: ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения 2 функционального класса; +

Аллергоанамнез не отягощен; +

Профессия – бухгалтер.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко.

Эмоциональная лабильность не выражена. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание.

ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, пульс – 60 уд в минуту, АД – 126/82 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная.

Необходимыми для дифференциальной диагностики лабораторными методами обследования являются определение

- 1800

- 1200
- 1500
- 2000

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- 1800
- 1200
- 1500
- 2000

Результаты обследования

Больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- 1800
- 1200
- 1500
- 2000

Диагноз

У данной пациентки +___+ степень ожирения

- {nbsp}II
- {nbsp}I
- {nbsp}IV
- {nbsp}III

Наиболее предпочтительной тактикой лечения данной пациентки является

- поведенческая терапия
- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии
- наблюдение
- медикаментозная терапия

Препаратом выбора для данной пациентки является

- орлистат

- лираглутид
- сибутрамин
- акарбоза

Механизмом действия препарата орлистат является

- активация рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
- ингибирование альфа-глюкозидазы
- ингибирование кишечной липазы
- ингибирование обратного захвата серотонина и норадреналина

Максимальная разрешенная длительность лечения орлистатом составляет

- 1 год
- 6 месяцев
- 10 лет
- 4 года

Влияние орлистата на энергетический баланс заключается в

- создании умеренного профицита энергии
- поддержании неизменного энергетического баланса
- создании выраженного профицита энергии
- создании дефицита энергии

Диетотерапия для данной пациентки будет

- не желательна
- назначена при неудаче медикаментозного лечения
- обязательна во время всего периода лечения
- обязательна только во время медикаментозного лечения

У женщин не рекомендуется сокращение суточного рациона ниже + _____ + ккал

- 2000
- 1800
- 1200
- 1500

При неэффективности медикаментозной терапии следует рассмотреть вопрос о целесообразности проведения данной пациентке

- 2000
- 1800
- 1200
- 1500

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 50 лет повторно обратился к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, усталость, сонливость в течение всего дня.

Анамнез заболевания

Ожирение около 30 лет. В течение 5 лет – активные попытки снижения массы тела (с помощью диетотерапии, медикаментозной терапии). В последний год стабильное повышение массы тела. Режим питания нерегулярный, в общем дневном питании преобладает ужин. В анамнезе сахарный диабет 2 типа в течение 5 лет, в настоящее время принимает метформин 1000 мг в сутки, гликированный гемоглобин 6,1%.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец – ожирение. +
Вредные привычки – курение по 1 пачке в день. +
Бытовые условия удовлетворительные

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Отеки не определяются. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации увеличена, неоднородной консистенции. безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 62 в минуту, АД – 148/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени затруднена в виду выраженного объема жировой клетчатки.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 2000
- 1800

- 1200
- 1500

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 2000
- 1800
- 1200
- 1500

Результаты инструментального метода обследования

Основной предполагаемый диагноз - это

- 2000
- 1800
- 1200
- 1500

Диагноз

Степень ожирения данного пациента определяется как

- первая
- вторая
- третья
- четвертая

Наиболее предпочтительной тактикой лечения данного пациента является

- хирургическое лечение
- динамическое наблюдение
- медикаментозная терапия
- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии

Для лечения морбидного ожирения данному пациенту может быть рекомендована

- липофиллинг

- бариатрия
- липосакция
- абдоминопластика

Предпочтительным видом бариатрической операции для данного пациента является

- регулируемое бандажирование желудка
- билиопанкреатическое шунтирование
- продольная резекция желудка
- гастропликация

Отдаленным осложнением билиопанкреатического шунтирования может являться

- развитие резистентности к инсулину
- аллергическая реакция
- диарея
- гломерулонефрит

Принципом диетотерапии на этапе подготовки к бариатрической операции является

- распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
- употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции
- употребление жиров в порции не более 5 граммов
- употребление преимущественно твердой пищи

Названием третьего этапа диетотерапии после билиопанкреатического шунтирования является

- «вся еда в виде гомогенного пюре»
- «обогащенные жидкости»
- «чистые жидкости»
- «без особенностей»

Возможным критерием исключения пациентов из программ по снижению массы тела является

- побочная реакция на лекарственный препарат
- остеопороз
- страх пациента перед бариатрической операцией

- снижение массы тела менее чем на 3% за 3 месяца

Для пожилого возраста наиболее характерно

- побочная реакция на лекарственный препарат
- остеопороз
- страх пациента перед бариатрической операцией
- снижение массы тела менее чем на 3% за 3 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 31 лет обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела.

Анамнез заболевания

Ожирение около 5 лет. Были попытки снижения веса с помощью диетотерапии, однако положительного эффекта не было. Цель настоящего обращения – снижение веса в рамках подготовки к беременности.

Анамнез жизни

Б-0, Р-0 +

Наследственный анамнез: отец – ожирение. +

В остальном без особенностей

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность не выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Отеки не определяются. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации увеличена, неоднородной консистенции. безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 60 в минуту, АД – 122/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам относят исследование уровня

- побочная реакция на лекарственный препарат
- остеопороз
- страх пациента перед бариатрической операцией

- снижение массы тела менее чем на 3% за 3 месяца

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- побочная реакция на лекарственный препарат
- остеопороз
- страх пациента перед бариатрической операцией
- снижение массы тела менее чем на 3% за 3 месяца

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемый основной диагноз - это

- побочная реакция на лекарственный препарат
- остеопороз
- страх пациента перед бариатрической операцией
- снижение массы тела менее чем на 3% за 3 месяца

Диагноз

Степень ожирения данного пациента определяется как

- четвертая
- третья
- вторая
- первая

Наиболее предпочтительной тактикой лечения данной пациентки является

- динамическое наблюдение
- медикаментозная терапия
- хирургическое лечение
- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии

Препаратами, которые могут быть рекомендованы данной пациентке, являются

- гликлазид или глимепирид
- орлистат или сибутрамин

- акарбоза или метформин
- вилдаглиптин или канаглифлозин

Действующим веществом препарата Ксеникал является

- дапаглифлозин
- лираглутид
- сибутрамин
- орлистат

Действующим веществом препарата Редуксин является

- сибутрамин
- орлистат
- эмпаглифлозин
- лираглутид

Рекомендованная начальная терапевтическая доза сибутрамина составляет +__+ мг 1 раз в сутки

- 30
- 40
- 20
- 10

Орлистат следует принимать

- до еды
- независимо от еды
- во время еды
- через 2 часа после еды

Возможным критерием исключения пациентов из программ по снижению массы тела является

- страх пациента перед бариатрической операцией
- сидячий образ жизни пациента
- снижение массы тела более 5 кг в месяц
- побочная реакция на лекарственный препарат

При ожирении и наличии сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний рекомендовано назначение

- страх пациента перед бариатрической операцией
- сидячий образ жизни пациента
- снижение массы тела более 5 кг в месяц
- побочная реакция на лекарственный препарат

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 33 лет повторно обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, усталость.

Анамнез заболевания

Ожирение около 5 лет. Предпринимались неудачные попытки диетотерапии. Полгода назад был назначен препарат орлистат, на фоне которого масса тела снизилась на 3%. В настоящее время пациентка продолжает принимать орлистат, на фоне чего за последний месяц вес перестал снижаться и стабилизировался.

Анамнез жизни

Б-1, Р-1 в 22 года. +

Наследственный анамнез: отец – ожирение, артериальная гипертензия, сестра - ожирение. +

В остальном без особенностей

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Отеки не определяются. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации увеличена, неоднородной консистенции.

безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 64 в минуту, АД – 112/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

К необходимому для постановки диагноза лабораторным методам относят исследование

- страх пациента перед бариатрической операцией
- сидячий образ жизни пациента
- снижение массы тела более 5 кг в месяц

- побочная реакция на лекарственный препарат

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- страх пациента перед бариатрической операцией
- сидячий образ жизни пациента
- снижение массы тела более 5 кг в месяц
- побочная реакция на лекарственный препарат

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемый основной диагноз - это

- страх пациента перед бариатрической операцией
- сидячий образ жизни пациента
- снижение массы тела более 5 кг в месяц
- побочная реакция на лекарственный препарат

Диагноз

Степень ожирения данного пациента определяется как

- третья
- четвертая
- первая
- вторая

Наиболее предпочтительной тактикой лечения данного пациента является

- смена медикаментозной терапии
- хирургическое лечение
- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии
- динамическое наблюдение

Орлистат в данном случае можно заменить на

- акарбозу
- глибенкламид
- лираглутид

- гликлазид

Терапию лираглутидом при ожирении начинают с дозы + ___ + мг в сутки

- 1,8
- 0,6
- 3,0
- 1,2

После инициации терапии лираглутидом для лечения ожирения рекомендованный шаг повышения дозы при условии отсутствия побочных эффектов составляет + ___ + мг в неделю

- 0,6
- 1,8
- 3,0
- 1,2

Механизмом действия препарата лираглутид является

- ингибирование обратного захвата серотонина и норадреналина
- активация рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
- ингибирование альфа-глюкозидазы
- угнетение кишечной липазы

Одним из основных принципов фармакотерапии ожирения является

- проведение медикаментозного лечения ожирения в течение короткого времени
- дополнение препаратов к изменению образа жизни
- использование препаратов в косметологических целях
- применение только одного препарата для лечения ожирения

Диетическим столом, рекомендованным для организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях при наличии алиментарного ожирения, является №

- 7
- 8
- 3
- 1

У женщин не рекомендуется сокращение суточного рациона ниже + _____ + ккал

- 7
- 8
- 3
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 48 лет обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, усталость, сухость во рту, частое мочеиспускание.

Анамнез заболевания

Ожирение около 25 лет. Были попытки снижения веса с помощью диет, эффект был положительный, однако в течение года после прекращения выполнения диетических рекомендаций вес снова возрастал.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: мать – ожирение, сахарный диабет. В остальном без особенностей.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Рост – 168 см, вес – 102 кг. Отеки не определяются. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации увеличена, неоднородной консистенции. безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 64 в минуту, АД – 132/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени затруднена в виду выраженного объема жировой клетчатки.

Для исключения вторичного ожирения пациентке может быть проведено

- 7
- 8
- 3
- 1

Результаты обследования

Для исключения вторичного ожирения пациентке может быть проведено (-на)

- 7
- 8
- 3
- 1

Результаты обследования

Индекс массы тела пациентки соответствует +___+ кг/м²

- 40,3
- 36,1
- 34,9
- 28,5

Пациентка имеет ожирение +_____+ степени

- третьей
- первой
- второй
- четвертой

Пациентке на основании результатов клинико-лабораторных методов обследования можно поставить диагноз

- третьей
- первой
- второй
- четвертой

Диагноз

Наиболее предпочтительная тактика лечения данной пациентки - это

- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии
- медикаментозная терапия
- наблюдение
- хирургическое лечение

Препаратом, который может быть рекомендован пациентке, является

- глимепирид
- ситаглиптин
- акарбоза
- лираглутид

Отличием препарата Саксенда от препарата Виктоза является

- рекомендованное время приема препаратов
- терапевтическая доза
- способ введения препаратов
- действующее вещество

После инициации терапии лираглутидом для лечения ожирения рекомендованный шаг повышения дозы при условии отсутствия побочных эффектов + ____ + мг в неделю

- 1,2
- 3,0
- 0,6
- 1,8

С целью уменьшения массы тела необходимо снижение калорийности питания на + _____ + ккал/сутки

- 100-200
- 1200-1500
- 300-400
- 500-700

Храп и остановки дыхания во сне при ожирении характерны для синдрома

- низкой альвеолярной вентиляции
- обструктивного апноэ сна
- сопротивления верхних дыхательных путей
- дыхания Чейн-Стокса

Использование фармакотерапии возможно при ИМТ \geq _____ + кг/м² и наличии осложнений, связанных с ожирением

- низкой альвеолярной вентиляции
- обструктивного апноэ сна
- сопротивления верхних дыхательных путей

- дыхания Чейн-Стокса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет повторно обратился к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, усталость, постоянно засыпает на работе.

Анамнез заболевания

Длительно наблюдается по поводу ожирения. Были попытки снижения веса с помощью диетотерапии, а также медикаментозной терапии (орлистат, сибутрамин, лираглутид), однако стабильного положительного эффекта добиться не удалось. Со слов пациента вторичные причины ожирения исключены не были.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец – ожирение, мать – ожирение, сахарный диабет 2 типа. В остальном без особенностей.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Отеки не определяются. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации увеличена, неоднородной консистенции. безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Вес – 146 кг, рост – 177 см. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 62 в минуту, АД – 126/84 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени затруднена ввиду выраженного объема жировой клетчатки.

Для исключения вторичной причины ожирения данному пациенту необходимо провести

- низкой альвеолярной вентиляции
- обструктивного апноэ сна
- сопротивления верхних дыхательных путей
- дыхания Чейн-Стокса

Результаты обследования

Для исключения вторичной причины ожирения данному пациенту необходимо провести

- низкой альвеолярной вентиляции
- обструктивного апноэ сна
- сопротивления верхних дыхательных путей
- дыхания Чейн-Стокса

Результаты обследования

Пациент имеет индекс массы тела + ___ + кг/м²

- 33,1
- 46,6
- 24,8
- 39,4

Степень ожирения данного пациента соответствует + _____ + степени

- третьей
- первой
- четвертой
- второй

Наиболее предпочтительной тактикой лечения данного пациента является

- наблюдение
- медикаментозная терапия
- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии
- хирургическое лечение

Для хирургического лечения морбидного ожирения данному пациенту может быть рекомендовано/рекомендована

- липосакция
- абдоминопластика
- продольная резекция желудка
- липофиллинг

Продольная резекция желудка – вид операции, направленный на

- уменьшение размеров желудка

- снижение абсорбции пищи в кишечнике
- пересадку жировых отложений
- удаление жировых отложений

Принципом диетотерапии на этапе подготовки к бариатрической операции является

- распределение суточной калорийности на 2 основных приема пищи
- употребление 3 литров жидкости в сутки в течение 10 дней до операции
- выделение для каждого приема пищи не менее 30-45 минут
- употребление преимущественно твердой пищи

Названием первого этапа диетотерапии после продольной резекции желудка является

- «обогащенные жидкости»
- «вся еда в виде гомогенного пюре»
- «чистые жидкости»
- «без особенностей»

К мальабсорбтивным (комбинированным) бариатрическим операциям относится

- продольная резекция желудка
- билиопанкреатическое шунтирование
- лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка
- эндоскопическая установка внутрижелудочного баллона

Методом скрининга синдрома обструктивного апноэ сна при морбидном ожирении является

- холтеровское мониторирование
- полисомнография
- ночная пульсоксиметрия
- пикфлоуметрия

К симптоматическому (вторичному) относится + _____ + ожирение

- холтеровское мониторирование
- полисомнография
- ночная пульсоксиметрия
- пикфлоуметрия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 47 лет обратился к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела.

Анамнез заболевания

Ожирение около 5 лет. По поводу ожирения не наблюдался. В анамнезе несколько попыток снижения веса с помощью диет. Режим питания нерегулярный, большие порции – после работы, на ужин. Стрессы заедает.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец – ожирение, мать – ожирение. В остальном без особенностей.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Отеки не определяются. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации увеличена, неоднородной консистенции. безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 64 в минуту, Рост – 187 см, Вес – 118 кг, АД – 124/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени затруднена в виду выраженного объема жировой клетчатки.

Для исключения вторичного ожирения необходимо определение уровня (-ней)

- холтеровское мониторирование
- полисомнография
- ночная пульсоксиметрия
- пикфлоуметрия

Результаты обследования

Для исключения вторичного ожирения необходимо

- холтеровское мониторирование
- полисомнография
- ночная пульсоксиметрия

- пикфлоуметрия

Результаты обследования

Индекс массы тела пациента составляет + ___ + кг/м²

- 42,5
- 39,8
- 35,1
- 33,7

Степень ожирения данного пациента соответствует + _____ + степени

- третьей
- первой
- второй
- четвертой

Наиболее предпочтительной тактикой лечения данного пациента является

- наблюдение
- хирургическое лечение
- медикаментозная терапия
- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии

Препаратом центрального действия для лечения ожирения является

- орлистат
- метформин
- сибутрамин
- акарбоза

Рекомендованной начальной терапевтической дозой сибутрамина является + _____ + мг + _____ + раз/раза в сутки

- 30;2
- 40;2
- 10;1
- 20;1

Сибутрамин рекомендуется принимать

- днем

- вечером
- независимо от времени дня
- утром

Возможным критерием исключения пациентов из программ по снижению массы тела является

- страх пациента перед бариатрической операцией
- снижение массы тела менее чем на 3% за 3 месяца
- временная нетрудоспособность
- побочная реакция на лекарственный препарат

ИМТ не используется для диагностики ожирения у

- лиц с нарушениями пищевого поведения
- лиц, придерживающихся диетических рекомендаций
- пациентов с сахарным диабетом 1 типа
- лиц старше 65 лет

Показанием к проведению дифференциальной диагностики ожирения и болезни Иценко-Кушинга является

- лунообразное лицо
- обстипация
- выпадение волос
- сухость кожи и волос

К группе препаратов, которая может привести к ятрогенному ожирению, относятся

- лунообразное лицо
- обстипация
- выпадение волос
- сухость кожи и волос

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 39 лет обратилась к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, усталость.

Анамнез заболевания

Ожирение около 10 лет. На протяжении этого времени несколько попыток снижения веса с помощью диет. Медикаментозную терапию по поводу ожирения не принимала. За последний год повышение веса на 5 кг. Режим питания нерегулярный, вкусовые пристрастия не отмечает. Стрессы заедает.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец – ожирение, бабушка по маминой линии – ожирение, сахарный диабет. В остальном без особенностей.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность не выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Пастозность голеней. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации не увеличена, неоднородной консистенции. безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет. Рост – 162 см, вес – 88 кг. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 64 в минуту, АД – 132/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Для исключения вторичного ожирения необходимо определить уровень/уровни

- лунообразное лицо
- обстипация
- выпадение волос
- сухость кожи и волос

Результаты обследования

Для исключения вторичного ожирения пациентке может быть проведено/проведена

- лунообразное лицо
- обстипация
- выпадение волос
- сухость кожи и волос

Результаты обследования

Индекс массы тела пациентки составляет +___+ кг/м²

- 29,1
- 36,5
- 42,1
- 33,5

Предполагаемый основной диагноз - это

- 29,1
- 36,5
- 42,1
- 33,5

Диагноз

Степень ожирения данной пациентки определяется как

- вторая
- третья
- первая
- четвертая

Наиболее предпочтительной тактикой ведения данной пациентки является

- медикаментозная терапия
- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение

Ингибитором кишечной липазы является препарат

- акарбоза
- сибутрамин
- орлистат
- лираглутид

Рекомендованной терапевтической дозой орлистата является +___+ мг 3 раза в сутки

- 90
- 60

- 240
- 120

Орлистат следует принимать + _____ + еды

- не позже часа после
- независимо от
- через 2 часа после
- до

У женщин не рекомендуется сокращение суточного рациона ниже + ____ + ккал

- 1800
- 1500
- 2000
- 1200

Ожирение, обусловленное приемом лекарственных средств, называется

- эндокринным
- ятрогенным
- первичным
- церебральным

Средний по популяции риск сопутствующих заболеваний выявляется при индексе массы тела + _____ + кг/м²

- эндокринным
- ятрогенным
- первичным
- церебральным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 37 лет обратился к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, усталость.

Анамнез заболевания

Ожирение около 12 лет. На протяжении этого времени несколько попыток снижения веса с помощью диет. Медикаментозную терапию по поводу ожирения не принимала. Вес за последние 2 года стабильный. Режим питания нерегулярный, наибольшие объемы порций вечером. Предпочитает жареную пищу. Стрессы заедает.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец, мать – ожирение. В остальном без особенностей.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность не выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Пастозность голеней. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации не увеличена, неоднородной консистенции. Безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет. Рост – 178 см, вес – 102 кг. Аускультации лёгких – везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный.

Необходимым лабораторным методом исследования для исключения вторичного ожирения является определение уровня/уровней

- эндокринным
- ятрогенным
- первичным
- церебральным

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом исследования является

- эндокринным
- ятрогенным
- первичным
- церебральным

Результаты обследования

Индекс массы тела пациента составляет + ____ + кг/м²

- 41,6
- 29,9

- 32,2
- 36,5

Предполагаемым основным диагнозом является

- 41,6
- 29,9
- 32,2
- 36,5

Диагноз

Степень ожирения данного пациента определяется как

- вторая
- третья
- первая
- четвертая

Наиболее предпочтительной тактикой ведения данной пациентки является

- динамическое наблюдение
- диетотерапия без инициации медикаментозной терапии
- медикаментозная терапия
- хирургическое лечение

Аналогом человеческого глюкагоноподобного пептида-1 является препарат

- лираглутид
- орлистат
- сибутрамин
- акарбоза

Терапию лираглутидом при ожирении начинают с дозы +___+ мг в сутки

- 0,6
- 1,2
- 1,8
- 3,0

После инициации терапии лираглутидом для лечения ожирения рекомендованный шаг повышения дозы при условии отсутствия побочных эффектов составляет + ____ + мг в неделю

- 1,2
- 3,0
- 1,8
- 0,6

Стадию ожирения определяет

- характер питания и степень физической активности
- наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний
- индекс массы тела и окружность талии
- окружность талии и окружность бедер

При ИМТ $<35 \text{ кг/м}^2$ рекомендуется снижение массы тела на + _____ + % за 3-6 месяцев терапии

- 1-2
- 15-20
- 5-10
- 25-30

С целью уменьшения массы тела необходимо снижение калорийности рациона питания на + _____ + ккал в сутки от расчетного

- 1-2
- 15-20
- 5-10
- 25-30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет повторно обратился к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На избыточную массу тела, усталость.

Анамнез заболевания

Ожирение около 20 лет. Наблюдается у эндокринолога по поводу ожирения 7

лет. В течение этого периода времени были испробованы диетические и медикаментозные (орлистат, в настоящее время принимает сибутрамин) методы лечения. Вес за последние год. Режим питания нерегулярный, вкусовые пристрастия не отмечает. Наиболее объемные порции вечером после работы.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: отец, мать – ожирение. В остальном без особенностей.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность выражена. Телосложение правильное, гиперстеническое. Отеки не определяются. Щитовидная железа подвижная при глотании, при пальпации не увеличена, неоднородной консистенции. безболезненна. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет. Рост – 170 см, вес – 95 кг. Аускультации лёгких– везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 64 в минуту, АД – 130/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени затруднена ввиду выраженного объема жировой клетчатки.

Необходимым лабораторным методом исследования для исключения вторичного ожирения является определение уровня/уровней

- 1-2
- 15-20
- 5-10
- 25-30

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом исследования является

- 1-2
- 15-20
- 5-10
- 25-30

Результаты инструментального метода обследования

Индекс массы тела пациента составляет + ____ + кг/м²

- 41,4
- 32,9

- 36,2
- 39,2

Степень ожирения данного пациента определяется как

- третья
- первая
- четвертая
- вторая

Наиболее предпочтительной тактикой ведения данного пациента является

- диетотерапия с отменой медикаментозной терапии
- замена медикаментозной терапии
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение

Пациенту для лечения ожирения может быть назначен

- акарбоза
- ситаглиптин
- метформин
- лираглутид

Механизмом действия препарата лираглутид является

- активация рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
- ингибирование обратного захвата серотонина и норадреналина
- ингибирование кишечной липазы
- угнетение альфа-глюкозидазы

Рекомендованной терапевтической дозой лираглутида для лечения ожирения является + _____ + мг 1 раз в сутки

- 3
- 0,6
- 0,3
- 1,2

Противопоказанием к назначению лираглутида является наличие

- гастропареза
- артериальной гипертензии

- цереброваскулярных заболеваний
- диспептических явлений

Функционально обратимой в отношении желудка бариатрической операцией является

- регулируемое бандажирование желудка
- билиопанкреатическое шунтирование с единственным анастомозом
- билиопанкреатическое шунтирование в модификации _Scopinaro_
- продольная (вертикальная, рукавная) резекция желудка

У мужчин не рекомендуется сокращение суточного рациона ниже + ____ + ккал

- 2400
- 2000
- 1500
- 2200

Морбидным называют ожирение с индексом массы тела (ИМТ) \geq + ____ + кг/м² вне зависимости от осложнений

- 2400
- 2000
- 1500
- 2200

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 76 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На боли в левой бедренной кости, слабость в ногах, боли в грудном отделе позвоночника, облегчающиеся в положении лежа.

Анамнез заболевания

В 61 год перелом костей таза (падение с высоты своего роста); в 67-68 лет переломы плечевых костей. +

В 2006 год впервые сделана денситометрия, был выявлен остеопороз, принимала кальций, алендронат один год. +

В 2015 г - чрезвертельный перелом верхней левой бедра - остеосинтез.

После перелома лечения по поводу остеопороза не получала. +

В январе 2019 г. дома при опускании на колени ввиду внезапной слабости - перелом бедренной кости (диафиза) слева, реоперирована – проведён остеосинтез. С тех пор ходит с трудом, с помощью трости. Отмечает снижение в росте. После последнего перелома лечения также не получала, но принимает 20 капель колекальциферола 1 раз в неделю, 1000 мг карбоната кальция в день.

Анамнез жизни

Всегда была худой, с детства непереносимость молока, йогуртов и кефира. + Менопауза с 44 лет, роды -2. Пациентка дополнительно принимает эналаприл 10 мг в сутки, бисопролол, не курит, отрицает чрезмерное употребление алкоголя, отрицает употребление наркотиков и лечение глюкокортикостероидами. +

Семейный анамнез – у ближайших родственников перелома бедренной кости не было, мать умерла от инсульта, отец – от рака желудка + Сопутствующие заболевания – артериальная гипертензия. Синдром раздраженного кишечника около 30 лет, со склонностью к поносам. Принимает ферментные препараты.

Язвенная болезнь 12 ПК 15 лет назад, обострений нет. +

На пенсии, замужем, есть двое взрослых детей. +

Аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 153.5 см (минус 10 см за жизнь), вес 47 кг, ИМТ 19.9 кг/м². ^Правосторонний сколиоз. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 78 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст. Отек левой голени, левого голеностопного сустава. Оволосение по женскому типу. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа не увеличена, мягко-эластической консистенции, подвижная при глотании, безболезненная при пальпации.

Необходимым методом скрининга на остеопороз у данной пациентки является

- 2400
- 2000
- 1500
- 2200

Результаты обследования

Необходимым лабораторным методом исследования для исключения других причин, приводящих к повышенной хрупкости скелета, является/являются

- 2400
- 2000
- 1500
- 2200

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым дополнительным методом обследования состояния костной ткани у данной пациентки является

- 2400
- 2000
- 1500
- 2200

Результаты обследования

Проведение остеоденситометрии в данной ситуации показано с целью

- проведения дифференциальной диагностики с другими причинами повышенной хрупкости скелета
- оценки индивидуальной вероятности переломов
- получения исходной МПК для оценки последующей эффективности лечения
- постановки диагноза остеопороза

Пациентке на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных можно поставить диагноз

- проведения дифференциальной диагностики с другими причинами повышенной хрупкости скелета
- оценки индивидуальной вероятности переломов
- получения исходной МПК для оценки последующей эффективности лечения
- постановки диагноза остеопороза

Диагноз

С учетом множественных переломов, наиболее оптимальным методом лечения остеопороза является терапия

- стронция ранелатом
- кальцитонином лосося
- колекальциферолом
- деносумабом

Максимальная разрешенная продолжительность терапии деносумабом составляет + ____ + года/лет

- 10
- 15
- 5
- 3

Деносумаб используется в дозе + ____ + мг подкожно 1 раз в + ____ + (в месяцах)

- 20; 1
- 60; 6
- 5;12
- 3; 3

Перед назначением терапии деносумабом необходимо исключить

- гипокальциемию
- аденому гипофиза
- депрессию
- лимфопению

Неэффективность проводимой терапии остеопороза определяется

- снижением маркеров костного разрушения на 20%
- развитием двух и более низкотравматичных переломов
- потерей МПК 2% в бедре
- развитием перелома в результате любой травмы

Тактика ведения пациентки при достижении эффекта терапии деносумабом заключается в дальнейшем

- лечении бисфосфонатами
- назначении препаратов кальция и витамина D
- переводе пациентки на анаболическую терапию
- наблюдении в течение 2 лет

Пациентке определен уровень витамина D – 27,2 нг/мл, что соответствует + _____ + витамина D

- лечении бисфосфонатами
- назначении препаратов кальция и витамина D
- переводе пациентки на анаболическую терапию
- наблюдении в течение 2 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет обратилась к эндокринологу с болями в спине, слабостью в ногах.

Жалобы

На выраженный болевой синдром в спине, слабость в ногах, периодически - жажду, похудание.

Анамнез заболевания

Страдает мочекаменной болезнью с 60 лет, перенесла 2 липотрипсии, 2 обострения калькулезного пиелонефрита в 60 и 63 года. С 64 лет обострений нет. На УЗИ почек - микролиты. Боли в спине беспокоят в течение 3 лет. Отмечает снижение в росте на 5 см, в течение последнего года появилась слабость в ногах. В 65 лет впервые выявлено повышение креатинина до 118 мкмоль/л (СКФ - 42 мл/мин/1,73 м²). Существенное обострение болей в поясничном отделе позвоночника - последние 3 недели после поднятия на руки внучки 2-х лет. __П__ принимает обезболивающие из ряда нестероидных противовоспалительных препаратов с временным эффектом уменьшения болевого синдрома в спине. На рентгенографии грудного и поясничного отделов позвоночника – компрессионные переломы со снижением высоты тел 11 грудного и 1 поясничного позвонков на 25 и 30% соответственно.

Анамнез жизни

Травмы отрицает. Переломы ранее отрицает. Переломы у родственников, курение, злоупотребление алкоголем, прием наркотических препаратов отрицает. В 2000 г. диагностирован аутоиммунный тиреоидит и гипотиреоз, максимальный уровень ТТГ - 68 мЕД/л. В настоящее время на фоне приема 100 мкг левотироксина натрия уровень ТТГ составляет 2,83 мЕД/л. Артериальная гипертония в течение 10 лет, продолжает принимать эналаприл 20 мг в сутки и леркомен 10 мг в сутки, на этой терапии АД 130/80 мм рт. ст. +

Менопауза с 49 лет, роды – 1. +
Находится на пенсии, не работает. +
Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 160 см (при последнем измерении 5 лет назад - 166 см), вес 58 кг, ИМТ 22,6 кг/м².
Оволосение по женскому типу. Кожные покровы истончены, сухие.
Кифосколиоз, кожные складки на боковой поверхности грудной клетки.
Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 80 уд. в мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, мало доступна для пальпации из-за увеличения живота.

Необходимым методом обследования для исключения вторичного остеопороза является

- лечении бисфосфонатами
- назначении препаратов кальция и витамина D
- переводе пациентки на анаболическую терапию
- наблюдении в течение 2 лет

Результаты обследования

Необходимым дополнительным методом обследования является

- лечении бисфосфонатами
- назначении препаратов кальция и витамина D
- переводе пациентки на анаболическую терапию
- наблюдении в течение 2 лет

Результаты обследования

В данной ситуации проведение остеоденситометрии показано с целью

- получения исходной МПК перед терапией
- оценки индивидуальной вероятности переломов
- проведения дифференциальной диагностики с другими причинами повышенной хрупкости скелета
- постановки диагноза остеопороза

Пациентке с учетом клинических, лабораторных и инструментальных данных можно поставить диагноз

- получения исходной МПК перед терапией
- оценки индивидуальной вероятности переломов
- проведения дифференциальной диагностики с другими причинами повышенной хрупкости скелета
- постановки диагноза остеопороза

Диагноз

По степени выраженности клинических симптомов у пациентки имеется + _____ + форма первичного гиперпаратиреоза

- нормокальциемическая
- манифестная
- субклиническая
- мягкая

Для лечения вторичного остеопороза пациентка в первую очередь нуждается в

- назначении кальцимитетика
- хирургическом лечении первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ)
- проведении вертебропластики
- назначении бисфосфонатов

С учетом категорического отказа пациентки от операции, ей показана терапия

- кальция карбонатом
- кальцитонином лосося
- деносуаботом
- алендроновой кислотой

Максимальная разрешенная продолжительность терапии деносуаботом составляет + __ + лет

- 10
- 20
- 15
- 5

Деносумаб вводится в дозе 60 мг 1 раз в +__+ месяцев/месяца

- 12
- 6
- 2
- 3

Перед назначением терапии деносумабом необходимо исключить

- депрессию
- аденому гипофиза
- гипокальцемию
- гиперкальцемию

Неэффективность проводимой терапии остеопороза определяется

- снижением маркеров костного разрушения на 20%
- развитием двух и более низкотравматичных переломов
- развитием перелома в результате любой травмы
- потерей МПК 2% в бедре

Тактика ведения пациентки при достижении эффекта терапии деносумабом заключается в дальнейшем

- снижением маркеров костного разрушения на 20%
- развитием двух и более низкотравматичных переломов
- развитием перелома в результате любой травмы
- потерей МПК 2% в бедре

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 73 лет обратилась к эндокринологу по направлению ортопеда-травматолога после перенесенного хирургического вмешательства по поводу перелома проксимального отдела бедра.

Жалобы

На сердцебиение, потливость, повышенную возбудимость, похудание, дрожь в теле и руках, сложности с самостоятельным передвижением и уходом за собой.

Анамнез заболевания

Перелом бедра произошел при падении с высоты собственного роста на улице,

на бок, при попытке открыть дверь магазина. В 65 лет пациентка перенесла перелом лучевой кости в типичном месте. С 35 до 40 лет лечилась тиреостатическими препаратами по поводу диффузного токсического зоба, с последующей ремиссией. В течение последнего года после стресса вновь появились клинические проявления тиреотоксикоза, а также случился перелом шейки бедренной кости слева. Проведено эндопротезирование, направлена к эндокринологу. При предоперационном обследовании в стационаре: ТТГ менее 0,1 мЕД/л (0,35-3,5), св. Т4 -28,7 пмоль/л (9-22), эндокринологом назначен тирозол в дозе 10 мг ежедневно, который пациентка продолжает принимать.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, принимает амлодипин 5 мг, бисопролол 10 мг. +

Курит много лет по 10-15 сигарет в день. +

Чрезмерное употребление алкоголя, лечение глюкокортикостероидами отрицает.

Менопауза с 48 лет. +

Пенсионерка, замужем, есть трое взрослых детей. +

Аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 161 см (рост в молодости не помнит), вес 54 кг, ИМТ 20,8 кг/м². Оволосение по женскому типу. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Тремор пальцев рук. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 90 уд. в 1 мин, АД 130/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации увеличена до 1 ст. плотновата, узлы не пальпируются. Блеск глаз, экзофтальма нет, положительный симптом Грефе.

Диагноз остеопороза в данном случае может быть поставлен на основании

- наличия тиреотоксикоза
- менопаузы в 48 лет
- длительного стажа курения
- патологического перелома бедренной кости

Необходимым для дифференциальной диагностики лабораторным методом обследования является

- наличия тиреотоксикоза
- менопаузы в 48 лет
- длительного стажа курения

- патологического перелома бедренной кости

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым дополнительным методом обследования состояния костной ткани у данной пациентки является

- наличия тиреотоксикоза
- менопаузы в 48 лет
- длительного стажа курения
- патологического перелома бедренной кости

Результаты обследования

Для оценки исходной минеральной плотности костной ткани необходимо выполнить

- наличия тиреотоксикоза
- менопаузы в 48 лет
- длительного стажа курения
- патологического перелома бедренной кости

Результаты обследования

Пациентке на основании анамнестических, лабораторных и инструментальных данных можно поставить диагноз

- наличия тиреотоксикоза
- менопаузы в 48 лет
- длительного стажа курения
- патологического перелома бедренной кости

Диагноз

Наиболее правильным вариантом патогенетической терапии остеопороза для данной пациентки будет назначение

- золедроновой кислоты
- стронция ранелата
- кальция карбоната
- препарата витамина Д

Рекомендуемая минимальная продолжительность лечения золедроновой кислотой составляет +__+ года/лет

- 5
- 10
- 3
- 2

Пациентке также необходимо назначить

- аскорбиновую кислоту
- генноинженерный фрагмент молекулы паратгормона
- сульфат магния
- препарат витамина D

Перерыв в лечении остеопороза бисфосфонатами после 3-6 лет терапии можно сделать при достижении МПК +__+ и лучше Т-критерий в

- -2,5; шейке бедра и поясничных позвонках
- -1,0; поясничных позвонках
- {plus}1,0; шейке бедра
- -2,0; шейке бедра

При недостаточном приросте МПК на фоне трех лет лечения золедроновой кислотой оптимален перевод на

- альфакальцидол
- асфотазу альфа
- ибандроновую кислоту
- деносуаб

Неэффективность лечения остеопороза определяется

- развитием перелома тела позвонка
- потерей МПК в бедре 2%
- развитием двух и более патологических переломов
- снижением маркеров костного разрушения на 10%

После 6 лет лечения золедроновой кислотой достигнута МПК в шейке здорового бедра -1,5 Т-критерий, новые переломы отсутствуют. Необходимо

- развитием перелома тела позвонка
- потерей МПК в бедре 2%

- развитием двух и более патологических переломов
- снижением маркеров костного разрушения на 10%

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 54 лет с бронхиальной астмой и длительной терапией глюкокортикоидами обратилась на консультацию к эндокринологу по поводу развития компрессионных переломов тел позвонков.

Жалобы

На выраженный болевой синдром в спине, синяки на коже, мышечную слабость, снижение роста на 10 см.

Анамнез заболевания

С детства страдает бронхиальной астмой, с 26 лет получает пероральные глюкокортикоиды: сначала преднизолон до 15 мг в сутки, в последние годы - метипред, в настоящее время - 12 мг. Ухудшение состояния и появление вышеуказанных жалоб в течение последних 3-х лет, значительное обострение болей в спине и нарастание мышечной слабости в течение 2-х месяцев. С 2012 г. – сахарный диабет вследствие приема глюкокортикоидов, принимает диабетон МВ 60 мг утром, метформин 1000 мг вечером. При обследовании по месту жительства на рентгенограммах грудного и поясничного отделов позвоночника выявлены компрессионные переломы Th11, Th12 до 2 степени по ВОЗ и L1, L3, L5 до 3 степени по ВОЗ. Направлена на консультацию к эндокринологу с диагнозом глюкокортикоидный остеопороз, тяжелая форма.

Анамнез жизни

Травмы отрицает. Перелом дистального отдела лучевой кости справа 3 года назад при неловком движении. +

Бронхиальная астма с 11 лет, глюкокортикоидная терапия с 28 лет. +

Переломы у родственников, курение, злоупотребление алкоголем, наркотические препараты отрицает. +

Периодически принимает обезболивающие из ряда нестероидных противовоспалительных препаратов с временным эффектом по уменьшению болевого синдрома в спине. Продолжает принимать лозартран 50 мг в сутки в связи с гипертонией. +

Менопауза с 48 лет, беременностей не было. +

Аллергические реакции на новокаин, пенициллины.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 142 см (при

измерении роста в 45 лет - 152 см), ИМТ 31,2 кг/м². Оволосение по женскому типу. Кожные покровы истончены, имеют «мраморную» окраску, сухие. На передней брюшной стенке и бедрах - полосы растяжения бледные и бледно-розовые. Отеки лодыжек и стоп. Множественные петехии на коже рук, ног. Кифосколиоз правосторонний, кожные складки на боковых поверхностях грудной клетки, торс укорочен. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, 80 уд. в мин, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Для исключения вторичного остеопороза необходимо проведение

- развитием перелома тела позвонка
- потерей МПК в бедре 2%
- развитием двух и более патологических переломов
- снижением маркеров костного разрушения на 10%

Результаты обследования

Необходимым для данной пациентки дополнительным обследованием является

- развитием перелома тела позвонка
- потерей МПК в бедре 2%
- развитием двух и более патологических переломов
- снижением маркеров костного разрушения на 10%

Результаты обследования

Согласно полученным результатам, причиной повышенной хрупкости скелета у пациентки является

- вторичный гиперпаратиреоз с остеопорозом и переломами
- постменопаузальный остеопороз с переломами
- остеомалация взрослых на фоне дефицита витамина D
- глюкокортикоидный остеопороз

В данной ситуации проведение остеоденситометрии показано для того, чтобы

- провести дифференциальный диагноз с другими причинами повышенной хрупкости скелета
- оценить индивидуальную вероятность перелома
- получить исходную МПК

- поставить диагноз остеопороза

Пациентке на основании анамнеза, клиники и результатов обследования можно поставить диагноз

- провести дифференциальный диагноз с другими причинами повышенной хрупкости скелета
- оценить индивидуальную вероятность перелома
- получить исходную МПК
- поставить диагноз остеопороза

Диагноз

Для лечения глюкокортикоидного остеопороза пациентка в данном случае в первую очередь нуждается в терапии

- колекальциферолом
- терипаратидом
- кальцитонином лосося
- ибандроновой кислотой

Максимальная разрешенная продолжительность анаболической терапии остеопороза терипаратидом составляет +__+ месяца/месяцев

- 60
- 12
- 36
- 24

Для лечения терипаратидом используется доза +__+ мкг

- 20; внутримышечно ежедневно
- 20; подкожно ежедневно
- 60; подкожно 1 раз в 6 месяцев
- 5; внутривенно капельно 1 раз в год

Перед назначением терипаратида необходимо исключить

- метастазы в кости или опухоли костей
- депрессию и шизофрению
- гиперкальциемию и снижение щелочной фосфатазы
- аденому гипофиза и миому матки

Лечение остеопороза можно считать неэффективным, если за время терапии развилось/развились/развились

- перелом тела позвонка
- два новых перелома (фаланга пальца и кости носа) в отсутствие прибавки МПК
- два и более патологических перелома
- отрицательная динамика МПК в отсутствие снижения маркера костного разрушения на 30% и более

После окончания курса лечения терипаратидом пациентке показан/показано

- перевод на анаболическую терапию остеопороза
- перевод на антирезорбтивную терапию
- наблюдение в течение 2 лет
- прием препаратов кальция и витамина D

Уровень витамина D 7,2 нг/мл соответствует + _____ + витамина D

- перевод на анаболическую терапию остеопороза
- перевод на антирезорбтивную терапию
- наблюдение в течение 2 лет
- прием препаратов кальция и витамина D

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 78 лет обратился на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На хромоту.

Анамнез заболевания

Год назад при падении с высоты собственного роста произошёл перелом шейки правого бедра с последующим оперативным лечением и ранней активизацией. Травматологом рекомендовано обратиться к эндокринологу. Приём глюкокортикоидных препаратов отрицает. Снижения в росте не отмечает. По данным медицинской документации ТТГ 2.53 мМЕ/л (0.25-3.5).

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: не отягощён. +

Хронические заболевания: хронический простатит, хроническая обструктивная

болезнь легких. +
Аллергоanamнез не отягощен.

Объективный статус

Рост 176 см, вес 80 кг, ИМТ 25.8 кг/м². Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 63 в минуту, АД – 140/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- перевод на анаболическую терапию остеопороза
- перевод на антирезорбтивную терапию
- наблюдение в течение 2 лет
- прием препаратов кальция и витамина D

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- перевод на анаболическую терапию остеопороза
- перевод на антирезорбтивную терапию
- наблюдение в течение 2 лет
- прием препаратов кальция и витамина D

Результаты инструментального метода обследования

Показатели МПК у данного пациента соответствуют

- возрастной норме
- остеопетрозу
- остеомаляции
- остеопорозу

Полученные данные свидетельствуют о наличии остеопороза + _____ + течения

- возрастной норме

- остеопетрозу
- остеомалации
- остеопорозу

Диагноз

Антирезорбтивная терапия назначается совместно с препаратами витамина

- {nbsp}E
- {nbsp}A
- {nbsp}K
- {nbsp}D

Норма потребления кальция в сутки для данного пациента составляет

+ _____ + мг

- 300-500
- 500-700
- 100-200
- 1000-1200

Для лечения данного пациента следует использовать

- золедроновую кислоту
- стронция ранелат
- ибандроновую кислоту
- этелкальцетид

При лечении остеопороза кратность применения инъекционной формы золедроновой кислоты составляет 1 раз в + ____ + месяца/месяцев

- 3
- 18
- 6
- 12

Инъекции золедроновой кислоты выполняются

- внутривенно
- внутрикожно
- внутримышечно
- подкожно

При достижении уровня витамина D более 30 нг/мл, поддерживающая дозировка колекальциферола составит + _____ + МЕ один раз в неделю

- 700-1400
- 1000-2000
- 7000-14000
- 50000-100000

Гриппоподобный синдром – побочный эффект, характерный для

- внутривенных бисфосфонатов
- препаратов кальция
- анаболической терапии
- пероральных бисфосфонатов

В качестве антирезорбтивной терапии остеопороза у мужчин применяется

- внутривенных бисфосфонатов
- препаратов кальция
- анаболической терапии
- пероральных бисфосфонатов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 72 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На хромоту, боли в области тазобедренных суставов.

Анамнез заболевания

Три года назад при падении с высоты собственного роста произошел перелом шейки правой бедренной кости. Экстренно госпитализирована, проведено оперативное лечение (эндопротезирование). В послеоперационном периоде активизирована, назначены препараты витамина D и кальция, терапия ибандроновой кислотой 3 мг 1 раз в 3 месяца, которую получала до настоящего времени. +

Полгода назад при минимальной травме возник перелом шейки левой бедренной кости, проведено оперативное лечение (эндопротезирование). В настоящее время пациентка передвигается с ходунками. +

За время терапии значимого повышения МПК по данным рентгеновской

денситометрии не отмечалось. По данным последней денситометрии, проведённой год назад: Т-критерий в L1-L4 -2.8SD. Снижения в росте не отмечает. По данным УЗИ щитовидной железы – без патологии. По данным медицинской документации ТТГ 0.71 мМЕ/л (0.25-3.5).

Анамнез жизни

Менопауза в 54 года. +

Наследственный анамнез: у бабушки – перелом шейки бедра. +

Хронические заболевания: киста правой молочной железы, миома матки малых размеров, артериальная гипертензия. +

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Рост 180 см, вес 78 кг, ИМТ 24.1 кг/м². Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 79 в минуту, АД – 141/74 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- внутривенных бисфосфонатов
- препаратов кальция
- анаболической терапии
- пероральных бисфосфонатов

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- внутривенных бисфосфонатов
- препаратов кальция
- анаболической терапии
- пероральных бисфосфонатов

Результаты инструментального метода обследования

Показатели МПК у данной пациентки соответствуют

- внутривенных бисфосфонатов
- препаратов кальция
- анаболической терапии
- пероральных бисфосфонатов

Диагноз

Тяжесть остеопороза у данной пациентки определяется

- анамнезом применения глюкокортикоидов
- неэффективностью предшествующей терапии
- семейным анамнезом остеопороза
- множественными низкотравматическими переломами

Антирезорбтивная терапия назначается совместно с препаратами витамина

- {nbsp}D
- {nbsp}A
- {nbsp}E
- {nbsp}K

Учитывая отсутствие эффекта от предшествующей антирезорбтивной терапии, для анаболической терапии остеопороза у данной пациентки необходимо использовать

- клодроновую кислоту
- этелкальцитид
- терипаратид
- деносумаб

Дозировка терипаратида составляет +__+ мкг

- 40
- 20
- 150
- 5

Терипаратид применяется

- ежедневно
- еженедельно
- ежемесячно

- ежеквартально

Наиболее частым нежелательным явлением при терапии терипаратидом является

- головокружение
- гипокальциемия
- гиперкальциемия
- гиперурикемия

После окончания лечения терипаратидом необходимо

- назначить лечение стронцием ранелатом
- дальнейшее лечение антирезорбтивными препаратами
- продолжить ведение на препаратах витамина D и кальция
- отменить все препараты с последующей оценкой денситометрии через 12 месяцев

Преимущественное назначение парентеральных форм препаратов для лечения остеопороза рекомендуется пациентам с патологией

- верхних дыхательных путей
- верхних отделов ЖКТ
- мочевыводящих путей
- толстого кишечника

К одной порции молочных продуктов можно отнести

- верхних дыхательных путей
- верхних отделов ЖКТ
- мочевыводящих путей
- толстого кишечника

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 77 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

На хромоту, боли в области тазобедренных суставах.

Анамнез заболевания

Три года назад при падении с высоты собственного роста произошел перелом

правой плечевой кости, проведено оперативное лечение (остеосинтез). В послеоперационном периоде назначены препараты витамина D и кальция, терапия Ризедроновой кислотой 35 мг 1 раз в неделю, которую получала в течение года. Наблюдалась у эндокринолога, в связи с отсутствием прироста показателей костной плотности по денситометрии принято решение о назначении Золедроновой кислоты 5 мг в/в капельно 1 раз в год – выполнено две инъекции. Полгода назад произошел перелом шейки правой бедренной кости, проведено оперативное лечение (эндопротезирование). В настоящее время пациентка передвигается с тростью. По данным последней денситометрии, проведенной год назад: Т-критерий шейке левого бедра -2.8SD, в левом бедре в целом -2.6SD, в поясничных позвонках -2.4SD. Снижения в росте не отмечает. По данным УЗИ щитовидной железы – без патологии. По данным медицинской документации ТТГ 2.71 мМЕ/л (0.25-3.5).

Анамнез жизни

Менопауза в 54 года. +

Наследственный анамнез: у матери – перелом лучевой кости. +

Хронические заболевания: миома матки малых размеров, артериальная гипертензия, хронический некалькулезный холецистит. +

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Рост 165 см, вес 75 кг, ИМТ 27.5 кг/м². Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 60 в минуту, АД – 100/65 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- верхних дыхательных путей
- верхних отделов ЖКТ
- мочевыводящих путей
- толстого кишечника

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- верхних дыхательных путей
- верхних отделов ЖКТ
- мочевыводящих путей
- толстого кишечника

Результаты инструментального метода обследования

Показатели МПК у данной пациентки соответствуют

- верхних дыхательных путей
- верхних отделов ЖКТ
- мочевыводящих путей
- толстого кишечника

Диагноз

Тяжесть остеопороза у данной пациентки определяется

- неэффективностью предшествующей терапии
- семейным анамнезом остеопороза
- длительностью постменопаузального периода
- наличием низкотравматических переломов

Антирезорбтивная терапия назначается совместно с препаратами витамина

- {nbsp}D
- {nbsp}K
- {nbsp}E
- {nbsp}A

Норма потребления кальция в сутки для данной пациентки составляет

+ _____ + мг

- 100-200
- 300-500
- 1000-1200
- 500-700

Учитывая отсутствие эффекта от предшествующей антирезорбтивной терапии, для анаболической терапии остеопороза у данной пациентки необходимо использовать

- этелкальцетид
- клодроновую кислоту
- деносумаб
- терипаратид

Дозировка терипаратида составляет +__+ мкг

- 5
- 150
- 20
- 30

Максимально разрешенная продолжительность применения терипаратида составляет +__+ месяца/месяцев

- 24
- 12
- 6
- 3

После окончания лечения терипаратидом необходимо назначение

- деносумаба
- альфакальцидола
- стронция ранелата
- дигидротахистерола

При неэффективности проводимой терапии необходимо

- отменить все препараты с последующей оценкой денситометрии через 12 месяцев
- назначить лечение стронция ранелатом
- исключить вторичные причины остеопороза
- заменить колекальциферол на альфакальцидол

Для уменьшения болей в спине на фоне клинического компрессионного перелома позвонка рекомендуется применение

- отменить все препараты с последующей оценкой денситометрии через 12 месяцев
- назначить лечение стронция ранелатом
- исключить вторичные причины остеопороза
- заменить колекальциферол на альфакальцидол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 81 года обратился на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Четыре месяца назад перенес низкотравматический перелом левой лучевой кости. Выполнен остеосинтез, травматологом рекомендовано проконсультироваться у эндокринолога. +

По данным УЗИ щитовидной железы – без патологии. На момент осмотра никаких лекарственных препаратов не принимает. Приём глюкокортикоидных препаратов отрицает. Снижение в росте по сравнению с молодым возрастом – 2 см. По данным медицинской документации ТТГ 1.67 мМЕ/л (0.25-3.5).

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: у отца – множественные переломы в пожилом возрасте. +

Хронические заболевания: хронический простатит, хронический пиелонефрит, хронический холецистит, глаукома. +

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Рост 171 см, вес 85 кг, ИМТ 29.1 кг/м². Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. При аускультации в легких везикулярное дыхание, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца при аускультации ритмичные, пульс – 65 в минуту, АД – 140/60 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненна, узловых образований не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- отменить все препараты с последующей оценкой денситометрии через 12 месяцев
- назначить лечение стронция ранелатом
- исключить вторичные причины остеопороза
- заменить колекальциферол на альфакальцидол

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования являются

- отменить все препараты с последующей оценкой денситометрии через 12 месяцев
- назначить лечение стронция ранелатом
- исключить вторичные причины остеопороза
- заменить колекальциферол на альфакальцидол

Результаты инструментальных методов обследования

Показатели МПК у данного пациента соответствуют

- отменить все препараты с последующей оценкой денситометрии через 12 месяцев
- назначить лечение стронция ранелатом
- исключить вторичные причины остеопороза
- заменить колекальциферол на альфакальцидол

Диагноз

Полученные данные свидетельствуют о наличии остеопороза + _____ + течения

- асимптоматического
- среднетяжелого
- тяжелого
- легкого

Антирезорбтивная терапия назначается совместно с препаратами витамина

- {nbsp}A
- {nbsp}K
- {nbsp}E
- {nbsp}D

Адекватным для данного пациента является уровень витамина D \geq + _____ + нг/мл

- 20
- 15
- 10
- 30

В связи с тем, что у данного пациента снижена СКФ менее 30 мл/мин, ему противопоказано назначение

- бисфосфонатов
- терипаратида
- альфакальцидола
- деносумаба

Для лечения остеопороза у данного пациента следует использовать

- цинакальцет
- альфакальцидол
- парикальцитол
- деносумаб

Деносумаб назначается в дозе + _____ + мг

- 20
- 60
- 120
- 80

Для оценки эффективности проводимой терапии необходимо выполнить

- компьютерную томографию
- перифрическую денситометрию
- рентгеновскую денситометрию
- ультразвуковую денситометрию

При тяжелом остеопорозе со значительной потерей МПК можно рассматривать комбинированную терапию деносумабом и

- золедроновой кислотой
- алендроновой кислотой
- стронция ранелатом
- терипаратидом

Максимально разрешенная длительность лечения терипаратидом составляет + _____ + месяца/месяцев

- золедроновой кислотой
- алендроновой кислотой

- стронция ранелатом
- терипаратидом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием обратился мужчина 37 лет.

Жалобы

На отечность лица, общую слабость, повышенную утомляемость, сонливость.

Анамнез заболевания

Отмечает ухудшение самочувствия в течение полугода. При обследовании исключены патология почек и печени.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: отрицает.

Сопутствующие заболевания: отрицает.

Лекарственная терапия: не принимает.

Семейный анамнез: у мамы гипотиреоз (принимает левотироксин).

Аллергических реакций не отмечалось.

Вредные привычки: курит в течение 10 лет по 0.5 пачки в день.

Трудовой анамнез: работает продавцом.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Рост 187 см, масса тела 106 кг, ИМТ 30.3 кг/м². Кожные покровы физиологической окраски, сухие. Легкие периорбитальные отеки. Пастозность голеней и стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление 120 и 70 мм рт. ст. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС — 50 уд. в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательные с обеих сторон. Щитовидная железа расположена в типичном месте, подвижная при глотании, при пальпации увеличена (1 ст. по ВОЗ), плотно-эластической консистенции, узловые образования не определяются. Регионарные лимфатические узлы не увеличены

Достаточным для постановки диагноза лабораторным методом обследования относят определение уровня

- золедроновой кислотой
- алендроновой кислотой

- стронция ранелатом
- терипаратидом

Результаты обследования

С учетом выявленных лабораторных изменений для уточнения диагноза необходимо исследование

- золедроновой кислотой
- алендроновой кислотой
- стронция ранелатом
- терипаратидом

Результаты обследования

Для уточнения этиологии заболевания целесообразно исследование антител к

- золедроновой кислотой
- алендроновой кислотой
- стронция ранелатом
- терипаратидом

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- золедроновой кислотой
- алендроновой кислотой
- стронция ранелатом
- терипаратидом

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования пациенту можно поставить диагноз

- золедроновой кислотой
- алендроновой кислотой
- стронция ранелатом
- терипаратидом

Диагноз

Для лечения гипотиреоза на фоне аутоиммунного тиреоидита рекомендовано использовать

- левотироксин в сочетании с трийодтиронином
- левотироксин натрия
- трийодтиронин
- высушенный экстракт щитовидных желез

Левотироксин натрия рекомендуется принимать

- во время еды, запив стаканом воды
- утром натощак за 30-40 минут до еды
- 1 раз в сутки независимо от приема пищи
- 2 раза в день, запив стаканом воды

У пациента диагностирована железодефицитная анемия, назначен прием сульфата железа, в связи с чем необходимо

- принимать сульфат железа через 4 часа после левотироксина
- отменить левотироксин
- увеличить дозу левотироксина
- принимать сульфат железа до приема левотироксина

Доза левотироксина натрия у пациента должна титроваться по уровню

- свободного трийодтиронина
- свободного тироксина
- альбумина
- тиреотропного гормона

Уровень ТТГ у пациента 6.8 мЕд/л (0,4-4,0), принимает левотироксин натрия 100 мкг. Дозу левотироксина необходимо

- уменьшить
- увеличить
- увеличить и добавить трийодтиронин
- оставить без изменений

При наличии тиреоидных антител у лиц старше 65 лет риск развития манифестного гипотиреоза в последующие 4 года составляет + _____ + %

- 40
- 20
- 80
- 60

При субклиническом гипотиреозе и наличии тиреоидных антител риск развития явного гипотиреоза в общей популяции составляет +__+ % в год

- 40
- 20
- 80
- 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В поликлинику на прием к врачу эндокринологу обратился пациент 71 года.

Жалобы

На периодически беспокоящую сухость во рту.

Анамнез заболевания

Сухость во рту возникает около года. Гипергликемия натощак 7,0 ммоль/л впервые выявлена при диспансеризации месяц назад.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, дислипидемия
Наследственный анамнез: сахарный диабет 2 типа у матери
Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Вес – 108 кг, рост – 184 см. ИМТ – 31,9 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 в минуту. АД – 144/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная. Клинически эутиреоз.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

- 40

- 20
- 80
- 60

Результаты обследования

Для выбора дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

- 40
- 20
- 80
- 60

Результаты обследования

На основании клинико-лабораторных данных пациенту можно поставить диагноз

- 40
- 20
- 80
- 60

Диагноз

Рекомендованный индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина для данного пациента составляет менее + ____ + %

- 6,5
- 7,0
- 7,5
- 8,0

Целевому уровню гликированного гемоглобина <7,5% соответствуют показатели глюкозы плазмы натощак менее + ____ + ммоль/л, через 2 часа после еды – менее + ____ + ммоль/л

- 7,5; 10,0
- 8,0; 11,0
- 7,0; 9,0
- 6,5; 8,0

Возможной тактикой лечения для данного пациента является

- интенсифицированная инсулинотерапия
- диетотерапия без назначения сахароснижающих препаратов
- терапия одним сахароснижающим препаратом
- комбинация двух сахароснижающих препаратов

Метформин пожилым пациентам с сахарным диабетом 2 типа

- назначается с коррекцией дозировки препарата в зависимости от возраста
- рекомендуется принимать исключительно в вечернее время
- противопоказан к назначению
- рекомендуется в качестве стартового препарата

Наиболее благоприятным профилем безопасности для пожилых пациентов обладают препараты группы

- тиазолидиндионов
- производных сульфонилмочевины
- ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
- ингибиторов дипептидилпептидазы-4

Механизм действия ингибиторов натрий-глюкозного-котранспортера 2 типа заключается в

- снижении инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани
- снижении реабсорбции глюкозы в почках
- замедлении всасывания углеводов в кишечнике
- глюкозозависимой стимуляции секреции инсулина

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов для данного пациента является

- инсулин короткого действия + препарат сульфонилмочевины
- агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 + ингибитор дипептидилпептидазы-4
- инсулин короткого действия + ингибитор дипептидилпептидазы-4
- ингибитор дипептидилпептидазы-4 + метформин

Клинической особенностью течения сахарного диабета 2 типа у лиц пожилого возраста является

- дебют заболевания с кетоацидоза
- бессимптомное течение

- быстрое начало заболевания
- отсутствие осложнений сахарного диабета на момент выявления заболевания

Гипокалорийное питание у пожилых пациентов с сахарным диабетом 2 типа

- дебют заболевания с кетоацидоза
- бессимптомное течение
- быстрое начало заболевания
- отсутствие осложнений сахарного диабета на момент выявления заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

Боли в спине - преимущественно в грудном и поясничном отделах позвоночника, уменьшение роста на 5 см.

Анамнез заболевания

В возрасте 51 года после наступления менопаузы заметила появление повышенной ломкости ногтей и волос, сухость кожных покровов, что связывала с физиологическими гормональными изменениями организма, поэтому к врачам не обращалась. В течение последних пяти лет начала замечать нарастающие боли в спине, сутулость, искривления осанки, окружающие отметили уменьшение роста. Полгода назад – перелом левой бедренной кости при падении с высоты собственного роста (поскользнулась на мокром полу). Во время хирургического лечения врач-травматолог обратил внимание пациентки на патологические изменения на рентгенограмме и рекомендовал обратиться к врачу-терапевту.

Анамнез жизни

В настоящее время на пенсии, до 60-ти лет работала инженером технологической службы. Семейный анамнез: переломы костей у матери и бабушки в 63 и 70 лет, соответственно. Аллергических реакций не было. Из перенесенных заболеваний: аппендэктомия в возрасте 15-ти лет и частые острые респираторные вирусные инфекции (3-4 раза в год). Беременностей 6, родов 2, прерываний беременности (медицинские аборты) 4. Менопауза с 51 года, отмечала дисфункциональные метроррагии. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Вредные привычки отрицает. Стул и диурез не нарушены. Передвижение с тростью после перелома.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, умеренного питания. Рост 155 см, вес 59 кг (ИМТ 24,56 кг/м²). Кожные покровы физиологической окраски, сухие, ногти истончены, отеков нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 66 ударов в минуту. Пульс 66 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=15 в минуту. Костно-мышечная система: грудной кифоз, расстояние между затылком и стеной 6 см, болезненность при пальпации позвоночника. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет.

Первичная лабораторная диагностика пациентки с подозрением на наличие у неё остеопороза должна включать исследование

- дебют заболевания с кетоацидоза
- бессимптомное течение
- быстрое начало заболевания
- отсутствие осложнений сахарного диабета на момент выявления заболевания

Результаты обследования

Инструментальное обследование, необходимое данной пациентке должно включать проведение рентгенографии

- дебют заболевания с кетоацидоза
- бессимптомное течение
- быстрое начало заболевания
- отсутствие осложнений сахарного диабета на момент выявления заболевания

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования пациентке следует установить диагноз

- дебют заболевания с кетоацидоза
- бессимптомное течение
- быстрое начало заболевания
- отсутствие осложнений сахарного диабета на момент выявления заболевания

Диагноз

Диагностированный у пациентки остеопороз должен быть расценён как

- легкий
- средней тяжести
- начальный
- тяжёлый

Лечение остеопороза у данной пациентки следует проводить

- курсами под контролем денситометрии
- непрерывно длительно
- до достижения стойкой нормокальциемии
- в течение одного года

Лечение остеопороза следует признать неэффективным при

- потере МПК на 4% в бедренной кости
- улучшении маркеров костного обмена на 50%
- потере МПК на 2% в бедренной кости
- потере МПК на 2% в позвонках

К основной терапии остеопороза следует добавлять препараты

- кальция
- калия
- фосфора
- магния

К основной терапии остеопороза следует добавлять жирорастворимые витамины группы

- E
- A
- K
- D

Учитывая выявленную у пациентки гипокальциемию и тяжёлый остеопороз, предпочтение при её лечении следует отдавать

- терипаратиду
- алендроновой кислоте
- стронция ренелату

- деносумабу

Для выявления лиц с высокой вероятностью переломов используют

- индекс _PESI_
- индекс _DAS-28_
- шкалу _CHADS²_
- алгоритм _FRAX_

Диагноз «Остеопороз» следует устанавливать вне зависимости от результатов рентгеноденситометрии или алгоритма FRAX всем лицам старше 50 лет при наличии перелома

- ключицы
- костей мизинца ноги
- бедренной кости
- костей основания черепа

Лечение остеопороза вне зависимости от результатов рентгеноденситометрии следует начинать всем пациентам старше 60 лет если у них

- выявлены узелки Гебердена и Бушара
- выявлено продольное и поперечное плоскостопия
- по FRAX высокая вероятность переломов
- присутствуют «статические» боли в позвоночнике на протяжении 6 и более месяцев