

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт
Кафедра «Внутренние болезни»

Утверждено на заседании кафедры
«Внутренние болезни»
«24» января 2019г., протокол № 6

Заведующий кафедрой

 О.Н. Борисова

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ) ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)**

«Эндокринология»

**основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы специалитета**

по специальности
31.05.01 Лечебное дело

со специализацией
Лечебное дело

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-19

Тула 2019 год

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Разработчик:

Макишева Р.Т.,
доцент кафедры ВБ, к.м.н.



(подпись)

1. Описание фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Фонд оценочных средств (оценочные материалы) включает в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине (модулю). Указанные контрольные задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимся планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины (модуля), а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

Полные наименования компетенций представлены в общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

2. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения текущего контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (модулю)

9 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6

1. Какова современная структура истории болезни?
2. Каково оформление титульного листа истории болезни?
3. Каково содержание записи дежурного врача при приеме больного?
4. Какова особенность записей дежурного врача?
5. Каково содержание записи лечащего врача при приеме больного?
6. Каково содержание раздела «анамнез жизни»?
7. Каково содержание раздела «Запись лечащего врача»?
8. Каково содержание раздела «План обследования больного»?
9. Каково содержание раздела «План лечения больного»?
10. Какова схема листа учета выполнения врачебных назначений?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5

- 1) При лечении сахарного диабета 1 типа используется
 - А) актрапид
 - Б) глюкобай
 - В) диаглитазон
 - Г) метформин
- 2) К сахароснижающим лекарственным средствам, увеличивающим массу тела, относится
 - А) манинил
 - Б) метформин
 - В) алоглиптин
 - Г) лираглутид
- 3) Длительность действия протафана составляет
 - А) 12-16 часов
 - Б) более 24 часов
 - В) 10-12 часов

Г) более 36 часов

4) Изменение образа жизни при сахарном диабете 1 типа включает

- А) постоянный контроль гликемии
- Б) значительное снижение потребления углеводов
- В) значительное увеличение физической активности
- Г) прием витаминов и антиоксидантов

5) Подтверждением диагноза первичного гиперальдостеронизма является

- А) нестимулируемый уровень ренина
- Б) повышенный уровень ренина
- В) повышенный показатель калия
- Г) гипергликемия

6) Диагноз первичного гиперальдостеронизма можно предположить при

- А) спонтанной гипокалиемии
- Б) гиперкалиемии
- В) повышенном уровне ренина
- Г) гипергликемии

7) В условиях поликлиники наиболее надежным и доступным скрининговым тестом на выявление клинически значимых и субклинических нарушений функции щитовидной железы является

- А) определение уровня ТТГ
- Б) УЗИ щитовидной железы
- В) определение антител к щитовидной железе
- Г) пальпация щитовидной железы

8) Основным признаком, указывающим на наличие субклинического гипертиреоза, является

- А) снижение тиреотропного гормона (ТТГ)
- Б) повышение тиреотропного гормона (ТТГ)
- В) повышение тироксина (Т4)
- Г) снижение тироксина (Т4)

9) Нормальный уровень сахара в крови при проведении теста на толерантность к глюкозе через 2 часа после ее введения составляет не более _____ ммоль/л

- А) 7,8
- Б) 6,8
- В) 7,0
- Г) 11,0

10) Для подтверждения диагноза первичного гипотиреоза наиболее информативным является

- А) определение уровня ТТГ
- Б) сцинтиграфия щитовидной железы
- В) определение уровня Ca^{2+} в крови
- Г) определение уровня Т3

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6

- 1) При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо
 - А) определить уровень глюкозы в крови натощак
 - Б) назначить препараты сульфонилмочевины
 - В) ограничить употребление углеводов
 - Г) определить уровень базального инсулина
- 2) Наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета является
 - А) гликолизированный гемоглобин
 - Б) С-пептид
 - В) средняя суточная гликемия
 - Г) уровень контринсулярных гормонов в крови
- 3) Дифференциально-диагностическим критерием тиреотоксикоза и нейроциркуляторной дистонии является
 - А) уровень трийодтиронина и тироксина в крови
 - Б) йодопоглотительная функция щитовидной железы
 - В) уровень показателей основного обмена
 - Г) содержание в крови холестерина
- 4) Действием сахароснижающих препаратов из группы сульфаниламидов является
 - А) усиление секреции инсулина поджелудочной железой
 - Б) восстановление физиологической чувствительности β -клеток к глюкозе
 - В) повышение утилизации глюкозы в печени и мышцах
 - Г) замедление всасывания глюкозы в желудочно-кишечном тракте
- 5) Симптомами эндокринной офтальмопатии являются
 - А) экзофтальм, отечность и гиперпигментация век
 - Б) экзофтальм, сужение полей зрения и двоение
 - В) экзофтальм, отечность век и сужение полей зрения
 - Г) гиперпигментация век, снижение остроты зрения и двоение
- 6) Оценка тяжести течения сахарного диабета 2 типа проводится на основании
 - А) наличия и выраженности осложнений
 - Б) проверки уровня гликемии натощак
 - В) определения массы тела больного
 - Г) использования сахароснижающей терапии
- 7) Для больного с гипотиреозом характерны жалобы на
 - А) сонливость
 - Б) чувство жара
 - В) раздражительность
 - Г) бессонницу
- 8) Для больного с диагнозом «диффузный токсический зоб» характерно
 - А) раздражительность
 - Б) сонливость
 - В) вялость
 - Г) заторможенность

9) Сочетание симптомов тахикардии, экзофтальма и тремора характерно для

- А) диффузного токсического зоба
- Б) сахарного диабета
- В) эндемического зоба
- Г) гипотиреоза

10) Увеличение размеров печени у больного сахарным диабетом является результатом

- А) жирового гепатоза
- Б) цирроза
- В) сердечной недостаточности
- Г) диабетической нефропатии

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-10

Клиническая задача 1

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар +++++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр. На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. 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 АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какой глюкозоснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор

Клиническая задача 2

Пациент Д. 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на жажду, сухость во рту, учащённое мочеиспускание, ночью до 3 раз, частые боли в затылке, утомляемость при физической нагрузке. Данные жалобы беспокоят в течение года. Из анамнеза выяснено, что много лет избыточный вес, ведёт малоподвижный образ жизни, работает бухгалтером. Головные боли возникают после стрессов на работе. Сухость во рту возникает после съеденной сладкой пищи, которой пациент злоупотребляет. Ранее больной к врачам не обращался. У матери гипертоническая болезнь. Не курит. Аллергический анамнез не отягощён.

При осмотре повышенного питания. ИМТ 31 кг/м², объем талии (ОТ) 100 см. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких – перкуторно звук лёгочный, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, акцент II тона над аортой, ЧСС – 64 уд. в мин., АД – 180/100 мм рт.ст. Язык влажный чистый, живот пальпаторно безболезненный, увеличен в объёме за счёт подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову 11*10*6 см, выступает на 2 см из-под рёберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Селезёнка не увеличена. Симптом

Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Периферическая пульсация на артериях стоп сохранена, не снижена.

В общем анализе крови: эритроциты – $4.4 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 142 г/л, ЦП – 0.85, лейкоциты $5.6 \cdot 10^9/л$, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 9 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес – 1018, белка нет, глюкозурия ++, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

В биохимическом анализе крови: общий холестерин 6.9 ммоль/л, триглицериды 3.6 ммоль/л, ЛПВП 0.9 ммоль/л, глюкоза крови 9.2 ммоль/л, Нв А1с 7.6%. АЛТ 65 МЕ/л, АСТ 35 МЕ/л, билирубин общий 17 мкмоль/л, прямой 5 мкмоль/л, непрямой – 12 мкмоль/л. Амилаза 60 ЕД.

Рентгенография лёгких – без патологии.

ЭКГ – синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС 64 уд/мин.

УЗИ брюшной полости – печень увеличена ($12 \cdot 10 \cdot 7$ см), неравномерно уплотнена, «блестит», желчный пузырь не увеличен стенка 4 мм, взвесь, конкрементов нет, поджелудочная железа неравномерно уплотнена, не увеличена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии – АД колеблется в пределах 150-160/90-95 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5.4 ммоль/л, Нв А1с 6.5%, общий холестерин – 4.5 ммоль/л, ТГ – 1.5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1.2 ммоль/л, креатинин – 88 мкмоль/л, альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Клиническая задача 3

Женщина 36 лет, продавец, обратилась с жалобами на «какую-то мочевую инфекцию, от которой никак не может избавиться». Пациентка считает, что страдает дрожжевой инфекцией мочеполовой системы, так отмечает постоянные белесые выделения из половых путей, зуд и жжение при мочеиспускании. Также она отмечает увеличение частоты мочеиспусканий, связывает это с инфекцией. Моча светлая, обильная, без патологических примесей. В течение последних лет отмечает постоянное увеличение массы тела, за последний год прибавка массы тела составила не менее 6 кг. Пациентка пробовала различные диеты для контроля массы тела, но безуспешно. В последние 3-4 месяца придерживается диеты с ограничением углеводов, но большим количеством белка и жиров. Со слов, хроническими заболеваниями не страдала. Во время единственной беременности в возрасте 30 лет отмечала избыточную прибавку массы тела и большую массу тела плода – при рождении вес составлял 5100 г, роды путем кесарева сечения. Семейный анамнез неизвестен.

При физикальном обследовании рост 155 см, масса тела 86 кг. Кожа влажная, тургор несколько снижен, имеется гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях, под молочными железами отмечается яркая гиперемия. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены, при аускультации тоны сердца ритмичные, акцент 2 тона на аорте, АД – 138/88 мм.рт.ст., ЧСС – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

По результатам гинекологического обследования обнаружены обильные белые вагинальные выделения, соответствующие картине кандидозного кольпита, что подтверждено результатами микробиологического исследования.

Результат исследования мочи с использованием тест-полоски показал отрицательные пробы на нитриты, лейкоцитарную эстеразу, белок и глюкозу. Глюкоза периферической капиллярной крови при исследовании портативным глюкометром – 12.5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этой пациентке?
4. Какие индивидуальные цели лечения (показатели углеводного обмена и липидов крови) следует установить данной пациентке?

5. Дайте диетические рекомендации пациентке.

Клиническая задача 4

Больной 23 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую мышечную слабость, утомляемость, головные боли, резкое снижение работоспособности, сухость во рту, повышенную жажду, частое обильное мочеиспускание. Заболел около месяца назад после нервного потрясения (нападение хулиганов). Появились жажда и зуд кожи. Стал худеть (за последние две недели потерял около 8 кг), несмотря на то, что аппетит сохранялся, и он довольно много ел. Заметил, что стал по несколько раз просыпаться по ночам, чтобы помочиться, чего прежде не бывало. При осмотре: истощён, кожа сухая, шершавая. На спине - следы расчесов. Язык красный, липкий. Из рта - сладковато-кислый запах. Тоны сердца приглушены, умеренная тахикардия (до 90 уд/мин). Живот спокойный. Печень увеличена на 2 см. Селезёнка не пальпируется.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Какие наиболее частые осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Клиническая задача 5

Больной 19 лет направлен врачом-терапевтом участковым на обследование в эндокринологическое отделение больницы с подозрением на сахарный диабет, так как в последнее время у него появились сильная жажда (выпивал до 5 литров воды в сутки), вставал пить по ночам, но питьё воды не давало утоления жажды. Особенно хотелось очень холодной воды. Одновременно стал часто и обильно мочиться. Моча при этом была светлой «как вода». Стал худеть. В прошлом был в автомобильной катастрофе с ушибом головы. При осмотре - правильного телосложения, пониженного питания. Кожа сухая. Тургор тканей понижен. Слизистые также суховаты. АД - 120/70 мм рт. ст. Пульс - 88 ударов в минуту. Дыхание везикулярное. Живот спокойный. Печень и селезёнка не увеличены. Глюкоза крови натощак - 5,3 ммоль/л. Проба на толерантность к глюкозе - нормальная. Сахар в моче и ацетон не обнаружены. Обращала на себя внимание низкая плотность мочи в пробе по Зимницкому (во всех порциях её удельный вес составил не более 1005). Компьютерная томография гипофиза выявила в задней его доле образование, подозрительное на аденому.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

3. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

9 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6

1. Каково содержание раздела «Запись лечащего врача»?
2. Каково содержание раздела «План обследования больного»?
3. Каково содержание записи лечащего врача при приеме больного?
4. Каково содержание раздела «Анамнез жизни»?

5. Каково содержание листа основных показателей состояния больного?
6. Что включает в себя диагноз?
7. Какова современная структура истории болезни?
8. Каково оформление титульного листа истории болезни?
9. Каково содержание записи дежурного врача при приеме больного?
10. Какова особенность записей дежурного врача?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5

- 1) Сухость кожи, кожный зуд, жажда и полиурия наблюдаются при
 - А) сахарном диабете
 - Б) диффузном токсическом зобе
 - В) гипотиреозе
 - Г) эндемическом зобе
- 2) Снижение памяти, запор, брадикардия являются характерными клиническими признаками для
 - А) гипотиреоза
 - Б) диффузного токсического зоба
 - В) сахарного диабета
 - Г) феохромоцитомы
- 3) При сочетании тяжелого гипотиреоза со стенокардией II фк надлежит
 - А) начать лечение с малых доз тироксина
 - Б) отказаться от лечения гипотиреоза
 - В) назначить ТТГ
 - Г) начать лечение с больших доз тироксина
- 4) Ошибочное назначение L-тироксина (без показаний), прежде всего, вызывает
 - А) тиреотоксикоз
 - Б) нарушение менструального цикла
 - В) брадикардию
 - Г) бесплодие
- 5) Степень компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании можно оценить на основании
 - А) гликолизированного гемоглобина
 - Б) средне-суточной гликемии
 - В) глюкозы крови натощак
 - Г) уровня контринсулярных гормонов в крови
- 6) Сахарный диабет I типа следует лечить
 - А) инсулином на фоне диетотерапии
 - Б) сульфаниламидными препаратами
 - В) акарбозой
 - Г) ограничением углеводов
- 7) При первой помощи больному с гипогликемическим состоянием необходимо
 - А) напоить пациента сладким чаем
 - Б) сделать инъекцию в/в инсулина

- В) сделать инъекцию в/в дибазола
- Г) напоить пациента отваром шиповника

8) Нарушение функции щитовидной железы наиболее часто развивается при приеме

- А) амиодарона
- Б) хинидина
- В) пропранолола
- Г) этацизина

9) При лечении гипотиреоза используют

- А) тиреотом
- Б) инсулин
- В) мерказолил
- Г) резерпин

10) Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является

- А) пролиферирующая ретинопатия
- Б) глаукома
- В) атрофия зрительных нервов
- Г) автономная нейропатия

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6

1) В условиях поликлиники наиболее надежным и доступным скрининговым тестом на выявление клинически значимых и субклинических нарушений функции щитовидной железы является

- А) определение уровня ТТГ
- Б) УЗИ щитовидной железы
- В) определение антител к щитовидной железе
- Г) пальпация щитовидной железы

2) Основным признаком, указывающим на наличие субклинического гипертиреоза, является

- А) снижение тиреотропного гормона (ТТГ)
- Б) повышение тиреотропного гормона (ТТГ)
- В) повышение тироксина (Т4)
- Г) снижение тироксина (Т4)

3) Нормальный уровень сахара в крови при проведении теста на толерантность к глюкозе через 2 часа после ее введения составляет не более _____ ммоль/л

- А) 7,8
- Б) 6,8
- В) 7,0
- Г) 11,0

4) Для подтверждения диагноза первичного гипотиреоза наиболее информативным является

- А) определение уровня ТТГ
- Б) скинтиграфия щитовидной железы
- В) определение уровня Ca^{2+} в крови
- Г) определение уровня Т3

- 5) Степень компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании можно оценить на основании
- А) гликолизированного гемоглобина
 - Б) средне-суточной гликемии
 - В) глюкозы крови натощак
 - Г) уровня контринсулярных гормонов в крови
- 6) Сахарный диабет 1 типа следует лечить
- А) инсулином на фоне диетотерапии
 - Б) сульфаниламидными препаратами
 - В) акарбозой
 - Г) ограничением углеводов
- 7) При первой помощи больному с гипогликемическим состоянием необходимо
- А) напоить пациента сладким чаем
 - Б) сделать инъекцию в/в инсулина
 - В) сделать инъекцию в/в дибазола
 - Г) напоить пациента отваром шиповника
- 8) Основным признаком, указывающим на наличие субклинического гипертиреоза, является
- А) снижение тиреотропного гормона (ТТГ)
 - Б) повышение тиреотропного гормона (ТТГ)
 - В) повышение тироксина (Т4)
 - Г) снижение тироксина (Т4)
- 9) Нормальный уровень сахара в крови при проведении теста на толерантность к глюкозе через 2 часа после ее введения составляет не более _____ ммоль/л
- А) 7,8
 - Б) 6,8
 - В) 7,0
 - Г) 11,0
- 10) Для подтверждения диагноза первичного гипотиреоза наиболее информативным является
- А) определение уровня ТТГ
 - Б) скинтиграфия щитовидной железы
 - В) определение уровня Ca^{2+} в крови
 - Г) определение уровня Т3

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-10

Клиническая задача 1

Больной Н. 30 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, сухость во рту, полиурию, ухудшение зрения, онемения, парестезии в нижних конечностях, частые гипогликемические состояния (ночью и днем). Болен сахарным диабетом с 15 лет. Диабет манифестировал кетоацидозом. Получает Хумулин НПХ - 20 ЕД утром, 18 ЕД вечером и Хумулин регулятор - 18 ЕД/сутки. Ведёт активный образ жизни, обучен методике самоконтроля. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение, оволосение по мужскому типу. ИМТ – 19 кг/м². Кожные покровы сухие, чистые. В углах рта заеды. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена, в лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболез-

ненный. Печень и селезёнка не увеличены. Кожа голеней и стоп сухая, на стопах участки гиперкератоза, пульсация на артериях тыла стопы удовлетворительная.

Результаты обследования: глюкоза крови натощак - 10,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 14,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1014, белок - следы; лейкоциты - 1-2 в поле зрения. Окулист: глазное дно – единичные микроаневризмы, твердые экссудаты, отёк макулярной области.

Подиатр: снижение вибрационной, тактильной чувствительности.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите и обоснуйте целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного больного.
5. Проведите и обоснуйте коррекцию сахароснижающей терапии.

Клиническая задача 2

На приёме у врача-терапевта участкового пациент М. 48 лет. Сахарный диабет 2 типа выявлен случайно при диспансеризации неделю тому назад. Медикаментозную терапию не получает. Из анамнеза: инфаркт миокарда, инсульт не переносил. Обратился к врачу-терапевту участковому для назначения лечения.

Объективно: рост - 170 см, вес - 106 кг. Индекс массы тела (ИМТ) - 37,5 кг/м². Объём талии – 120 см. Кожа умеренной влажности, отложение подкожной клетчатки преимущественно в области живота. Дыхание везикулярное. Пульс - 76 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД - 160/90 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отёков нет.

Представил результаты самоконтроля по глюкометру: глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л, глюкоза через 2 часа после еды – 10 ммоль/л. HbA1c - 7,5%. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумин – 46 г/л, общий билирубин – 13,1 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, АЛТ – 65, АСТ – 53. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) - 91 мл/мин.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз сахарного диабета согласно современным требованиям.
2. Обоснуйте выбор индивидуального целевого уровня гликозилированного гемоглобина у данного пациента. Определите целевые параметры гликемии у данного пациента.
3. Определите объём дополнительного обследования пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при сахарном диабете 2 типа.
4. Определите тактику лечения пациента.
5. Определите показатели гликемического контроля, которые должны использоваться для оценки эффективности гипогликемизирующей терапии при динамическом наблюдении.

Клиническая задача 3

Женщина 52 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд.

Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу.

Работает поваром в детском учреждении. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит.

Мама страдала сахарным диабетом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 36 кг/м². Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчёсов. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет.

В анализах: глюкоза крови натощак - 5,8 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. В результате проведенного исследования было выявлено, что у пациентки глюкоза крови натощак - 6,1 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 11,1 ммоль/л; HbA1c - 7,1%. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
4. Дайте больной рекомендации по питанию.
5. Через 6 месяцев больная вновь пришла на приём к врачу. В результате проведённой терапии вес пациентки снизился на 6 кг. HbA1c снизился на 0,5% и была достигнута индивидуальная цель. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Клиническая задача 4

У больной 28 лет сахарный диабет выявлен 3 года назад. С момента постановки диагноза находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД), активно использует средства самоконтроля. Последние 2 недели нарушился режим питания из-за работы. Часто стала отмечать приступы голода, которые сопровождались дрожью в теле, сердцебиением, головной болью, агрессивностью поведения. При измерении глюкометром глюкоза крови в этот момент - 2,8-3,5 ммоль/л. Данные явления купировала самостоятельно приёмом пищи, содержащей много углеводов.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Обоснуйте причину гипогликемических состояний.
4. Обоснуйте необходимость определения гликированного гемоглобина (HbA1c).
5. Дайте рекомендации пациенту для избежания гипогликемических состояний.

Клиническая задача 5

Больная Б. 26 лет, домохозяйка, поступила в эндокринологическое отделение в плановом порядке с жалобами на головную боль по утрам, кошмарные сновидения, «разбитость» в утренние часы.

Из анамнеза известно, что страдает сахарным диабетом 1 типа 3 года. На протяжении всех лет регулярно вводит препараты инсулина: Протафан (продленный инсулин) 12 Ед в 8.00 и 14 ед. п/к в 20.00 и Ново-Рапид (инсулин короткого действия) 8ед. – 6 ед. – 4 ед. п/к. HbA1c 3 месяца назад – 6,0%. В течение последней недели стала отмечать вышеописанные жалобы. Регистрировала глюкозу утром натощак-8,2 ммоль/л. Самостоятельно увеличила вечернюю дозу Протафана до 16-18 ед., улучшения не отмечалось, просыпалась ночью от кошмарных сновидений и выраженной потливости.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Активна. Кожные покровы и ясные, ритмичные, ЧСС - удовлетворительного качества. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Тактильная, болевая, температурная чувствительность сохранена. Щитовидная железа не увеличена, безболезненная. Лактореи нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Оцените прогноз для пациента. Тактика дальнейшего наблюдения.