

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 16.06.2026 09:21:32
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

Оценочные материалы для промежуточной аттестации по дисциплине

Эндокринология

Код, направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль)	Лечебное дело
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Внутренних болезней
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

Контрольная работа написание истории болезни

Контрольная работа проводится в виде написания и защиты истории болезни.

История болезни оценивается по наличию и качеству заполнения разделов:

1. Паспортная часть
2. Жалобы больного.
3. Сбор анамнеза.
 - 3.1. История настоящего заболевания.
 - 3.1. История жизни.
4. Непосредственное (клиническое) обследование больного с выделением выявленных синдромов.
5. Предварительный диагноз.
6. Дополнительные методы обследования с интерпретацией полученных данных.
 - 6.1. Лабораторные методы.
 - 6.2. Инструментальные методы.
7. Клинический диагноз и его обоснование.
8. Назначение лечения.
9. Дневник курации.
10. Выписной эпикриз.

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ (10 семестр)

Задания на зачете содержат теоретические вопросы и ситуационную задачу.

Теоретические вопросы к зачету:

1. Определение. Этиология. Диабет 1 типа. Роль вирусной инфекции и аутоиммунных процессов. Наследственность. Другие поражения поджелудочной железы.
2. Сахарный диабет типа 2. Роль резистентности рецепторов к инсулину, наследственности, ожирения, контринсулярных гормонов, беременности, стресса, инфекции, гнойной инфекции, переедания и гиподинамии. "Ятрогенные" факторы генеза сахарного диабета.
3. Патогенез клинических синдромов и осложнений сахарного диабета. Качественное и количественное определение сахара в моче. Псевдогликозурия.

Ренальная глюкозурия. Пероральный глюкозо-толерантный тест. ИРИ. С-пептид. Гликированный гемоглобин.

4. Нарушение толерантности к глюкозе . Манifestный диабет. Степени тяжести заболевания. Понятие о компенсации или декомпенсации, ремиссии.

5. Препараты инсулина, используемые для лечения сахарного диабета 1 типа. Режимы инсулинотерапии. Препараты инсулина, используемые для лечения сахарного диабета 1 типа.

6. Понятие о хлебных единицах. Показания для лечения инсулином. Диета при инсулинотерапии, распределение сроков приема пищи в зависимости от срока его действия. Методика инсулинотерапии. Подбор дозы. Гликемический профиль.

7. Пероральные сахароснижающие препараты. Стратификация лечебной тактики в зависимости от исходного гликированного гемоглобина.

8. Сахаропонижающие пероральные препараты. Препараты сульфонилмочевины второй и третьей генерации. Механизм действия. Показания и противопоказания. Методика лечения. Побочные действия. Осложнения.

9. Бигуаниды. Механизм действия. Показания. Противопоказания. Сочетание с препаратами сульфонилмочевины. Побочные действия. Осложнения.

10. Ингибиторы альфа-глюкозидазы. Тиазолидиндионы. Инкретины. Регуляторы постпрандиальной гипергликемии. Показания, противопоказания. Механизм действия.

11. Патология глаза при сахарном диабете, диабетическая ретинопатия (этиология, патогенез, стадии развития, лечение); заболевания век и конъюнктивы, слезных органов и роговицы, склеры и сосудистой оболочки глаза, хрусталика и стекловидного тела; патология внутриглазного давления.

12. Диабетическая нефропатия: патогенез, классификация, стадии развития, отдаленный прогноз. Скрининг и диагностика диабетического поражения почек с позиций обобщающих формулировок «хронической болезни почек».

13. Методы обследования для выявления диабетической нефропатии и сочетанной почечной патологии (в том числе ишемической нефропатии, инфекции мочевых путей и др

14. Лечение СД у пациентов с диабетической нефропатией: особенности сахароснижающей, антигипертензивной, гиполипидемической, антиагрегантной, антианемической, антибактериальной, дезинтоксикационной терапии. Особенности обучения больных и диетотерапии. Программы первичной и вторичной профилактики диабетической нефропатии.

15. Диабетическая полинейропатия: определение, классификация, патогенез, клинические проявления (автономная, сенсо-моторная), дифференциальная диагностика, консервативная терапия. Лечение болевой формы диабетической полинейропатии.

16. Синдром диабетической стопы (СДС): определение, классификация, патогенез, дифференциальная диагностика различных форм поражения нижних конечностей. Диабетической остеоартропатии (стопы Шарко). Основные принципы лечения СДС, использование современных перевязочных средств. Антибактериальная терапия при инфицированной форме СДС. Подбор сахароснижающей терапии в т.ч. назначение инсулинотерапии больным с СДС

17. Причины диабетического кетоацидоза. Клинические проявления диабетической комы. Лабораторная диагностика диабетического кетоацидоза. Лечение на догоспитальном этапе и в условиях реанимационного отделения.

18. Причины диабетического лактоацидоза. Диагностика лактацидотической комы. Лечение лактацидотической комы.

19. Факторы, провоцирующие гипогликемию. Клиника и диагностика гипогликемической комы. Лечение легкой гипогликемии и гипогликемической комы

20. Синдром тиреотоксикоза: заболевания, протекающие с синдромом тиреотоксикоза (болезнь Грейвса, многоузловой токсический зоб и др.),

дифференциальная диагностика, лечение. Заболевания протекающие с деструктивным тиреотоксикозом: подострый, послеродовой, безболевого тиреоидиты, амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз.

21. Тиреотоксический криз. Клиника. Неотложная помощь. Профилактика. Экспертиза трудоспособности больных токсическим зобом.

22. Синдром гипотироза: этиология, патогенез, диагностика с учетом основных групп риска, понятие о субклиническом гипотиреозе, дифференцированный подход к заместительной терапии. Йододефицитные заболевания щитовидной железы: диффузные и узловатые формы эутиреоидного зоба, функциональная автономия.

23. Тиреоидиты (острый и хронические). Тиреоидиты: аутоиммунный, подострый, безболевого, послеродовой, острый гнойный, цитокин-индуцированный; клиническое значение, подходы к диагностике и лечению. Заболевания щитовидной железы во время беременности беременных: особенности диагностики и лечения.

24. Синдром гиперкортицизма. гиперкортицизма. Болезнь и синдром Иценко - Кушинга. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Принципы диагностики. Дифференциальная диагностика синдрома и болезни Кушинга. Клиническая картина при гиперкортицизме. Методы лечения болезни Кушинга.

25. Заболевания коры надпочечников. Первичная хроническая недостаточность коры надпочечников (Болезнь Аддисона). Этиология и патогенез. Клинические проявления и данные лабораторных исследований. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.

26. Вторичная недостаточность коры надпочечников. Патогенез. Особенности клинических проявлений. Лечение. Экспертиза трудоспособности.

27. Феохромоцитома. Синдром множественных эндокринных неоплазий 2 типа. Клиническая картина, диагностика и диф. диагностика феохромоцитомы. Первичный гиперальдостеронизм. Патогенез клинических проявлений и лабораторных сдвигов. Алгоритм обследования и лечения пациентов. Ортостатическая проба.

28. Акромегалия. Регуляция соматотропной функции. Определение и причины развития акромегалии. Клинические проявления и стадии течения акромегалии. Диагностические функциональные пробы. Лечение акромегалии.

29. Синдром гиперпролактинемии. Пролактин. Регуляция синтеза и секреции, биологические эффекты. Физиологическая гиперпролактинемия. Классификация гиперпролактинемического гипогонадизма. Диагностика гиперпролактинемии. Тактика медикаментозной терапии. Селективные и неселективные дофаминомиметики. Оперативное лечение и лучевая терапия при пролактиномах. Тактика ведения женщин с пролактиномами в период беременности.

30. Несахарный диабет. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Принципы диагностики и лечения. Синдромы Шиена и Симондса. СТГ – дефицит у взрослых и детей. Патогенез, клинические проявления, данные лабораторных исследований. Дифференциальный диагноз, принципы заместительной гормональной терапии.

Ситуационная задача

Задание к задаче

1. Предполагаемый диагноз.
2. План обследования.
3. Лечение

1. Пациентка, 28 лет, поступила в стационар с жалобами на тошноту, рвоту, выраженную общую слабость.

Из анамнеза известно, что сахарный диабет выявлен 4 года назад. С момента установления диагноза находится на инсулинотерапии: вводит инсулин «Аспарт» и инсулин «Гларгин» в режиме многократных инъекций (суточная доза – 32 - 46 ЕД), владеет методами самоконтроля заболевания.

2 недели назад заболела ОРВИ, гликемия при самоконтроле повышалась до 14 ммоль/л. Проводила самостоятельно коррекцию вводимого инсулина, однако вскоре вернулась к дозе инсулина до болезни. Последние 5 - 6 дней отмечает ухудшение состояния, когда появились вышеперечисленные жалобы. В связи с отсутствием средств самоконтроля менять схему вводимого инсулина не решилась.

Объективно - сумеречное сознание. Кожные покровы и видимые слизистые сухие. Дыхание – 30 в минуту, шумное. Пульс – 109 в минуту, артериальное давление - 85/40 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Рост - 170 см, вес - 64 кг.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Показатель	Значение
рН крови.	7, 2
Глюкоза.	21 ммоль/л
Калий.	3, 2 ммоль/л
Натрий.	140 ммоль/л
Ацетон в общем анализе мочи.	++
Глюкоза в общем анализе мочи.	+++

Задания:

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз.
2. Чем обусловлена декомпенсация заболевания?
3. Оцените приведенные лабораторные показатели.
4. Какова будет Ваша тактика в первый час лечения пациента и далее?

2. Пациентка Л., 60 лет, пенсионерка, поступила с жалобами на боли в спине, уменьшение роста на 2 см за последние 2 года. Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенесла оперативное лечение диффузно-узловатого токсического зоба. Принимает левотироксин натрия 125 мкг 1 т. в день. Ведет активный образ жизни, дает себе большую физическую нагрузку, работая на дачном участке. Ранняя менопауза с 45 лет. Курит около 15 лет по 10 - 15 сигарет в день. Пьет крепкий кофе и чай три – четыре раза в день. Не любит сыры и молочные продукты. В питании отдает предпочтение овощам и фруктам. У сестры и матери были переломы костей из-за наличия остеопороза.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Лабораторные показатели	
рентгенография позвоночника в боковой проекции	выявлены компрессионные переломы тел позвонков

Задания:

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз.
2. Какие обследования необходимо провести для дифференциальной диагностики?
3. Что может стать причиной остеопороза у данной пациентки?
4. Какие препараты более эффективны в этом случае?

3. Пациент, 17 лет, поступил в отделение интенсивной терапии в состоянии комы. Из опроса родственников установлено, что последние 7 - 10 дней жаловался на слабость, сонливость, жажду, похудел на 10 кг за последний месяц.

При осмотре: Состояние комы. Кожные покровы и видимые слизистые сухие. Язык обложен густым коричневым налетом. Дыхание - 32 в минуту, шумное, глубокое, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Тонус глазных яблок снижен, тонус мышц снижен. Пульс - 120 в минуту, артериальное давление – 65/ 40 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Общий анализ крови: НЬ - 118 г/л (11, 8 %), лейкоциты - 21, 3 - 10⁹/л (21 300 в 1 мкл), п./яд. - 14 %, с./яд. - 68 %, лимфоциты - 15 %, моноциты - 2 %; СОЭ - 22 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 26 ммоль/л, рН – 6,9, калий - 3,0 ммоль/л.
Анализ мочи: сахар - 2 г/л, реакция на ацетон - + + +.
На ЭКГ: удлинение P - Q, снижение сегмента S - T, расширение и уплощение зубца T.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз.
2. Чем обусловлено снижение тонуса мышц, глазных яблок, гипотония?
3. Определите необходимые лечебные мероприятия на 1 - 3 часах ведения пациента.
4. Какие параметры необходимо контролировать в ходе лечения?

4. Пациентка И.М.В., 44 года, обратилась с жалобами на повторяющиеся болезненные судороги, выраженную слабость, тошноту без рвоты.
Из анамнеза: страдает поликистозной болезнью почек (изменения впервые выявлены в 24 года при обследовании во время 1-й беременности), длительное время жалоб не предъявляла, у нефролога не наблюдалась. Последние два года стало повышаться АД, максимально до 180/100, затем присоединились отеки (периорбитальные, голеней и стоп, иногда даже в утренние часы), наблюдалась у терапевта, получала Индапамид 2,5 мг 1 р/д утром с положительным эффектом. Ранее диагноз «Хроническая болезнь почек» и «Почечная недостаточность» не выставлялись. Последний месяц беспокоят судороги икроножных мышц и медиальных групп мышц обеих стоп, преимущественно в ночные часы, отечность лица, головокружение на фоне гипотонии (появилась в последнее время, до этого АД с максимальным АД до 180/100), ощущение перебоев в работе сердца, парестезии в области лица, дистальных отделов конечностей.
Объективно: сознание ясное, выражение лица страдальческое, рост 164 см, вес 52 кг. Кожные покровы бледно-серые, тургор кожи несколько снижен; слизистые бледные. Подкожно-жировая клетчатка не развита. Симметричные периорбитальные отеки. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Измерение (на правой руке) АД 110/55 мм рт. ст., пульс ритмичный 56 в мин., единичные экстрасистолы. При попытке измерения АД на левой руке - непродолжительная судорога (карпопедальный спазм). ЧД 18/мин. Положительный симптом Хвостека.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Клинический анализ крови: эритроциты – 3,8; Hb - 105, лейкоциты – 4,7, тромбоциты – 300, СОЭ – 12.

Биохимический анализ крови: общ. белок – 55 г/л, СКФ по MDRD – 34 мл/мин./м, Са общ. 2,1 ммоль/л

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 60/мин., одиночная суправентрикулярная экстрасистола, удлинение интервала QT, ЭОС нормальная.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: обе почки увеличены в объеме за счет множественных кист, атрофия паренхимы.

Задания

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз.
2. С какими состояниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования для этого необходимо провести?
4. Обозначьте тактику ведения пациентки, если предварительный диагноз подтвердится.

5 Пациентка, 79 лет, поступила в стационар в 13 часов 30 минут в бессознательном состоянии. Из опроса родственников установлено, что болеет СД в течение 10 лет, постоянно самостоятельно принимает глибенкламид 5 мг, контроль гликемии проводит в поликлинике по месту учета 1 раз в 2-3 месяца, гликемия натощак 4-9 ммоль/л, периодически определяется глюкозурия. Самостоятельно увеличила прием препарата до 4 т/день (по 2 таблетки 2 раза в день) из-за постоянной глюкозурии. На протяжении последнего года отмечала значительное ухудшение памяти, часто пропускала приемы лекарств. За неделю до госпитализации начала жаловаться на слабость, приступы чувства голода, дрожь тела после завтрака, однако приступы были непродолжительными и проходили самостоятельно. В день поступления в стационар

принимала стандартную сахароснижающую терапию, после завтрака возникло двигательное и эмоциональное возбуждение, тахикардия, больная побледнела, а затем потеряла сознание. Экстренно госпитализирована.

Объективно: без сознания. Губы цианотичные. Кожные покровы бледные, влажные, холодные на ощупь, тонус глазных яблок в норме, тонус мышц конечностей повышен. Дыхание - 26 в минуту, ровное. Тоны сердца глухие. Артериальное давление - 110/70 мм рт. ст., ЧСС - 102 в минуту. Менингеальные симптомы отрицательные.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Глюкоза крови - 2,0 ммоль/л.

В общем анализе мочи: ацетон +, глюкоза отрицательна.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Объясните причину потери сознания пациенткой.
3. Какова тактика обследования, лечения?
4. Дайте рекомендации по дальнейшей сахароснижающей терапии.

6. Пациентка И.М.В. находится на лечении в нефрологическом стационаре. Дежурный врач вызван в связи с развитием у пациентки рецидивирующих судорог левой кисти. Активно жалуется на выраженную слабость, тошноту без рвоты.

Из анамнеза: страдает поликистозной болезнью почек (изменения впервые выявлены в 24 года при обследовании во время 1-й беременности), длительное время жалоб не предъявляла, у нефролога не наблюдалась. Последние два года стало повышаться АД макс. до 180/100, затем присоединились отёки (периорбитальные, голеней и стоп, иногда даже в утренние часы), наблюдалась у терапевта, получала Индапамид 2,5 мг 1 р/д утром с положительным эффектом. Ранее диагноз «Хроническая болезнь почек» и «Почечная недостаточность» не выставлялись. Последний месяц - судороги икроножных мышц и медиальных групп мышц обеих стоп, преимущественно в ночные часы, отечность лица, головокружение на фоне гипотонии (появилась в последнее время, до этого АД с макс. АД до 180/100), ощущение перебоев в работе сердца, парестезии в области лица, дистальных отделов конечностей.

Объективно: сознание ясное, выражение лица страдальческое, рост 164 см, вес 52 кг. Кожные покровы бледно-серые, тургор кожи несколько снижен; слизистые бледные. Подкожно-жировая клетчатка не развита. Симметричные периорбитальные отеки. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Измерение (на правой руке) АД 110/55 мм рт. ст., пульс ритмичный 56 в мин., единичные экстрасистолы. При попытке измерения АД на левой руке - непродолжительная судорога (карпопедальный спазм). ЧДД 18/мин. Положительный симптом Хвостека.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Клинический анализ крови: эритроциты - 2,8; Hb - 95, лейкоциты - 4,7, тромбоциты - 220, СОЭ - 12.

Биохимический анализ крови: общ. белок - 48 г/л, СКФ по MDRD - 20 мл/мин/м.

По cito: Ca общ. - 1,9 ммоль/л, Ca ион. - 0,9 ммоль/л, Mg - 0,75 ммоль/л (N0,7-1,2), фосфаты - 1,6 ммоль/л (N0,81 - 1,45).

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 60/мин., одиночная суправентрикулярная экстрасистола, удлинение интервала QT, ЭОС нормальная.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: обе почки увеличены в объеме за счет множественных кист, атрофия паренхимы.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз.
2. Обозначьте тактику купирования острого состояния.
3. Какие ещё исследования необходимо провести?
4. Обозначьте дальнейшую тактику ведения пациентки, если предварительный диагноз подтвердится.

7. Пациент Н., 50 лет, предъявляет жалобы на боли за грудиной при физической нагрузке.

Из анамнеза известно, что два месяца назад у него впервые был диагностирован сахарный диабет, уровень гликемии составлял 7, 8 - 10, 5 ммоль/л. Принимал глибенкламид 5 мг («Манинил»), 4 таблетки в день (20 мг/сутки). Кроме того, пациент строго соблюдал диету, резко ограничил прием углеводов, в результате чего похудел на 5 кг. Поступил в кардиологическое отделение по поводу нестабильной стенокардии.

Объективно: Общее состояние - средней степени тяжести. Кожные покровы и слизистые чистые, обычной окраски. Над легкими дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 72 ударов в минуту. Артериальное давление - 150/100 мм рт. ст. Язык

чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены. Рост - 172 см, масса тела - 83 кг.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Гликемический профиль: 7.00 – 3, 0 ммоль/л, 11.00 - 3, 2 ммоль/л, 17.00- 2, 8 ммоль/л, 21.00 - 4, 1 ммоль/л.

ЭКГ - признаки гипоксии переднебоковой стенки левого желудочка.

Сахар, ацетон мочи - отрицательны.

При осмотре глазного дна изменений не выявлено.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Оцените данные гликемического профиля.
3. Что могло способствовать развитию нестабильной стенокардии?
4. Скорректируйте сахаропонижающую терапию, сформулируйте основные направления диетотерапии.

8. Пациентка Ю.М.К., 55 лет, проходит плановое обследование. Активных жалоб не предъявляет, при детальном опросе: утомляемость, боли в области поясницы, эпизоды судорог в икроножных мышцах в ночные часы.

Из анамнеза: вышеописанные жалобы беспокоят уже в течение нескольких лет. Проведена рентгенография поясничного отдела позвоночника, по результатам: компрессионный перелом L3 и L4, наличие высокоэнергетических травм отрицает. За последний год уменьшение роста на 3 см. Работает, ведёт сидячий образ жизни. Курит по пачке в день в течение 35 лет. В сопутствующих заболеваниях: синдром раздраженного кишечника (на данный момент в ремиссии, но обострения с продолжительными эпизодами нарушения стула до 5 р/год), псориаз. Гинекологический анамнез: 2 беременности, 2 родов. Надвлагалищная ампутация матки по поводу маточного кровотечения в 42 года. Семейный анамнез: у матери – сахарный диабет 2 типа, перелом шейки бедра.

Объективно – сознание ясное, рост – 154 см, вес – 44 кг. Изменение осанки по типу грудного кифоза. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Подкожно-жировая клетчатка – не развита. Отёков нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не выходит за пределы рёберной дуги. АД – 100/60 мм рт. ст., пульс ритмичный, 82 в мин. ЧД – 18/мин., дыхание жёсткое, в нижних отделах выслушиваются множественные свистящие хрипы с обеих сторон. Симптомы Хвостека и Труссо отрицательные. Пальпация щитовидной железы: расположена типично, не увеличена, безболезненна, мягко-эластичной консистенции.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи – без особенностей.

Задания:

1. Назовите предварительный диагноз.
2. Какое инструментальное исследование необходимо провести для его подтверждения, и какой результат вы ожидаете получить?
3. Укажите факторы риска по тому заболеванию, что вы подозреваете. Какие из них есть у пациентки? Какую шкалу используют для оценки рисков низкотравматичных переломов?
4. Какие лабораторные исследования необходимо провести перед назначением терапии?

9. Пациентка, 70 лет, доставлена бригадой скорой помощи с диагнозом: сахарный диабет, кетоацидотическая кома. Сознание смутное. Со слов родственников, страдает сахарным диабетом 4 года. Раньше лечилась только диетой. Последние два месяца стала принимать глибенкламид 3, 5 мг («Манинил»), по 1 таблетке до завтрака и до ужина. Лечение глибенкламидом («Манинилом») вызвало повышенный аппетит. 3 дня назад по совету эндокринолога родственники резко ограничили пациентку в еде. К вечеру у

пациентки развилось неадекватное поведение, агрессивность, дурашливость. На следующий день был приступ судорог, перестала ориентироваться в окружающем пространстве, стала отказываться от еды. Галлюцинировала. Сегодня утром потеряла сознание. Все эти дни лечение глибенкламидом («Манинилом») проводилось.

Объективно: Губы цианотичные. Кожные покровы влажные. Язык влажный. Тоны сердца глухие. В подлопаточной области выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧСС - 120 в минуту. Артериальное давление - 120/70 мм рт. ст. Печень +5см, отеки голеней. Тонус мышц повышен. Клонические и тонические судороги. Симптомы Бабинского ±.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Общий анализ крови: Нв - 110, 2 г %, эритроциты - 3 490 000, лейкоциты - 5730, п./яд. - 1 %, с./яд. - 40 %, лимфоциты - 51 %, моноциты - 7 %, СОЭ - 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 2, 0 ммоль/л, общий белок - 71 г/л, креатинин - 81 мкмоль/л, холестерин - 4, 6 ммоль/л, триглицериды - 1, 7 ммоль/л, мочевины - 3, 4 ммоль/л, АСТ - 20 ед/л, АЛТ - 26 ед/л.

Общий анализ мочи: ацетон - следы, сахар - отрицательный.

ЭКГ: ритм - фибрилляция предсердий, ЧСС - 20 уд./мин.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз: укажите основное заболевание и его осложнение, сопутствующее заболевание и его осложнения.
2. Какова причина развития данного состояния?
3. Какие первостепенные лечебные мероприятия должны быть выполнены?
4. Дайте рекомендации по дальнейшей сахароснижающей терапии.

10. Пациентка Р.В.А., 36 лет, поступила в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на рецидивирующие судороги мимических мышц, мышц кистей и стоп, сердцебиение, страх смерти.

Из анамнеза: последние 6 месяцев появилась слабость, постепенное снижение аппетита, склонность к запорам, начали выпадать волосы, слоиться ногти. Последние 2 недели принимала БАД (с выраженным мочегонным действием), частое, обильное мочеиспускание, появилось сердцебиение, судороги (первые дни длились по несколько минут, но постепенно продолжительность увеличилась до часов). Сопутствующие заболевания: медикаментозно компенсированный гипотиреоз в исходе ХАИТ (регулярно принимает 100 мкг левотироксина, последний анализ на ТТГ 3 месяца назад). Семейный анамнез по эндокринопатиям не отягощён.

Объективно: в сознании, психомоторное возбуждение. В течение опроса и осмотра неоднократно спазм круговой мышцы рта. Рост 170 см, вес 60 кг. Кожные покровы: множественные участки витилиго, диффузное выпадение волос; видимые слизистые нормальной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Симптомы Хвостека и Труссо (на 3-й минуте) положительные. Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, ритмичные, границы сердца в пределах нормы, АД 110/75 мм рт. ст. с обеих сторон. Пульс ритмичный, 88 в мин. Дыхательная система: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. ЖКТ: живот несколько вздут (последний стул 2 дня назад), безболезненный. При аускультации выслушиваются кишечные шумы. Перкуторно без особенностей.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Са общ. - 1,78 ммоль/л, Са ион. - 0,8 ммоль/л, Mg - 0,45 ммоль/л (N0,7-1,2), фосфаты - 1,43 ммоль/л (N0,81 - 1,45).

Задания:

1. Оцените результаты лабораторных исследований.
2. Обозначьте тактику купирования острого состояния.
3. Предположите клинический диагноз.
4. Какие исследования необходимо провести для его подтверждения?

11. Пациентка М., 35 лет, считает себя больной с 28 лет, когда впервые стали беспокоить умеренная жажда, полиурия, слабость. Диагноз СД был установлен через 1 год. В момент выявления диабета специфических осложнений выявлено не было, уровень HbA1c составлял 9, 2 % (норма - до 6, 5 %). ИМТ был 28 кг/м², артериальное давление - 110/80 мм. рт. ст. Уровень липидов в крови и показатели почечной функции были

нормальными, в анализе мочи отклонений также не обнаружено. Уровень гликемии натощак при повторных исследованиях составлял 8 - 10 ммоль/л. Постпрандиальная гликемия – 10, 4 -12 ммоль/л. Уровень иммунореактивного инсулина и С-пептида при повторных измерениях соответствовал норме. Титр антител к островковым клеткам (ICA) - слабо положительный. Семейный анамнез отягощен по СД 2 типа. Был диагностирован СД 2 типа, начата терапия диетой и препаратом сульфанилмочевины («Амарил» 2 мг, утром). В течение последующих 3 лет самочувствие пациентки было нормальным, уровень HbA1c снизился до 7, 8 %, субъективные симптомы гипергликемии исчезли. В последнее время уровень гликемии начал возрастать, сахар в крови натощак достиг 12 ммоль/л; пациентка начала терять вес (3 кг за 6 недель). Уровень иммунореактивного инсулина натощак значительно снизился. Назначена интенсивная инсулинотерапия. С этого времени метаболические показатели оставались нормальными.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ г/л, Hb - 132 г/л, лейкоциты – $4,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2 %, палочкоядерные нейтрофилы – 3 %, сегментоядерные – 59 %, моноциты – 5 %, лимфоциты – 31%, СОЭ - 3 мм./час.

Глюкоза - 15 ммоль/л, уровень HbA1c – 8, 6 %.

Консультация офтальмолога: глазное дно - бледно-розовое, контуры четкие, вены расширены, полнокровны.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие данные свидетельствуют в пользу поставленного диагноза?
3. Что привело к декомпенсации заболевания?
4. Каковы Ваши рекомендации для лечения и наблюдения?

12. Пациент Р.А.А., 60 лет, обратился с жалобами на повторяющиеся в течение последних суток судороги мышц кистей, стоп, голени и мимических мышц. Из анамнеза: при плановом обследовании в прошлом году выявлено узловое образование в правой доле щитовидной железы. По результатам пункции: папиллярный рак. Позавчера выполнена тотальная тиреоидэктомия без интраоперационных осложнений, гистология в работе. Первые сутки после операции протекали без осложнений, назначен левотироксин натрия в дозе 75 мкг. Выписался по семейным обстоятельствам под наблюдение эндокринолога по месту жительства.

Объективно: кожные покровы и слизистые обычной окраски. На передней поверхности шеи – послеоперационная повязка. Влажность и тургор кожи нормальные. Рост – 170 см, вес – 78 кг. ПЖК распределена по абдоминальному типу. Пастозность голеней и стоп. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 90 в мин. Пульс 90 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 145/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез не нарушены.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Анализы по cito: Са общ. – 1,8 ммоль/л, Са ион. – 0,8 ммоль/л, Mg – 0,8 ммоль/л (N 0,7–1,2), фосфаты – 1,43 ммоль/л (N 0,81 - 1,45).

Задания:

1. Оцените результаты лабораторных данных.
2. Чем вызвано острое состояние?
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Прокомментируйте назначение левотироксина натрия.

13. Пациент Н., 56 лет, с СД 2 типа обратился в поликлинику по месту жительства с жалобой на появление язвенно-некротического дефекта на стопе (в центре подошвы), зябкость и онемение ног.

Объективно: Общее состояние - относительно удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые чистые, обычной окраски. Над легкими дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 72 уд. в минуту. Артериальное давление - 130/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены. Status localis: Правая н/конечность: бледной окраски, стопа холодная. Пульсация в проекции ОБА в норме, подколенной артерии, ЗББА, ПББА резко ослаблена. Движение и чувствительность снижена. Отека нет. На подошвенной поверхности стопы трофическая язва со скудным гнойным отделяемым - 1 см в диаметре, болезненность отсутствует. Температурная, тактильная и болевая чувствительность резко снижены по типу «высоких носков». Вибрационная чувствительность на верхушке больших пальцев стоп - 4 балла.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Общий анализ крови: эритроциты - $4,88 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 148 г/л, лейкоциты - $9,8 \times 10^9$, СОЭ - 5 мм./час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 71 г/л, глюкоза - 8,4 ммоль/л, креатинин - 111 ммоль/л, холестерин - 4,6 ммоль/л.

Общий анализ мочи: глюкоза - отрицательна, ацетон - отрицателен.

Рентгенография правой стопы в 2-х проекциях: Склероз R-суставных поверхностей. Неровность контуров плюсневых костей. Неравномерное, умеренное сужение R-суставных щелей межфаланговых, 1 плюсне-фалангового, предплюсно-плюсневых суставов. Диффузное разряжение костной ткани. Отмечаются склерозированные сосуды.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез поражения стопы у данного пациента.
3. Какие инструментальные методы обследования и с какой диагностической целью необходимы для уточнения диагноза?
4. Сформулируйте принципы консервативного лечения СДС.

14. Пациент П., 29 лет. Жалобы на боли в поясничной области, мышечную слабость. В анамнезе рецидивирующая мочекаменная болезнь в течение 8 лет, язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии, перелом правой лучевой кости.

При осмотре: рост - 171 см, масса - 69 кг. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, питание удовлетворительное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 77 в минуту, АД - 115/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Диурез в норме.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

1) Клинический анализ крови. СОЭ: 18мм/ч, лейкоциты: 5,61, эритроциты: 4,76, гемоглобин: 146, гематокрит: 44,7, цветовой показатель: 0,92, тромбоциты: 230.

2) Биохимический анализ крови: билирубин общий: 19 (5-21), креатинин: 104 (70-110), щелочная фосфатаза: 184 (20-120), мочевая кислота: 455 (208-428), кальций: 3,19 (2,25-2,65), белок общий: 76 (65-85).

3) УЗИ почек: УЗ - признаки конкремента в нижней группе чашечек левой почки. Эхо-картина подозрительная на наличие мелких конкрементов в нижней группе чашечек правой почки и нижней и средней группах чашечек левой почки.

Задания

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз
2. Какие обследования необходимо провести?
3. Развитие какого осложнения возможно?
4. В рамках какого синдрома встречается это заболевание?

15. Больная Н., 72 года, увеличение щитовидной железы впервые отмечено во время беременности в 1960 г. К эндокринологу обратилась спустя много лет, по данным УЗИ щитовидной железы было выявлено узловое образование до 3 см в диаметре. В 1998 г. проведена резекция правой доли щитовидной железы по поводу

узлового эутиреоидного зоба. В 2011 г. при УЗИ щитовидной железы: объем 32 см³, узел в правой доле 1,9 см. Стала отмечать сердцебиения и нарастающую общую слабость.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Гормональный анализ крови: ТТГ - 0,01 мЕ/л (0,4 - 4), св. Т4 – 26 пмоль/л (11,5 - 23,2), АТ к ТПО - 13,6 МЕ/мл (0 - 100), АТ к ТГ - 13,2 МЕ/мл (0 - 60). Поступила в клинику эндокринологии для определения дальнейшей тактики лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост - 158 см, вес – 77,5 кг, ИМТ - 31,04 кг/м², кожные покровы нормальной окраски и влажности. АД - 170/110 ммHg, ЧСС - 104 в мин. Щитовидная железа увеличена, плотно-эластической консистенции, в левой доле пальпируются узлы до 2 см, глазные симптомы отрицательны.

УЗИ щитовидной железы: Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная, смешанной эхогенности - на фоне ткани средней эхогенности определяются множественные гипоехогенные участки в обеих долях. Правая доля: 17 x 16 x 43 мм. Левая доля: 31 x 23 x 75 мм. Перешеек: 6 мм. Объем – 33 см³ (9 - 18). В верхней трети правой доле определяется узел с ровными контурами - 1,4 x 0,8 x 1,7 см, в левой доле определяются два узла размерами 0,7 x 0,4 x 0,6 см и 1,8 x 1,1 x 1,8 см.

Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия щитовидной железы под контролем УЗИ: цитограмма пунктата характерна для диффузно-узловатого частично пролиферирующего коллоидного зоба с кистозными изменениями в узлах.

Сцинтиграфия щитовидной железы: отчетливо визуализируются обе доли с четкими контурами, достаточно интенсивным накоплением индикатора. В средней части левой доли - зона гипопоаккумуляции индикатора («холодный» узел). В верхней половине правой доли - зона гипераккумуляции округлой формы («горячий» узел), выступающая, за наружный контур железы.

Задания:

- 1) О каком заболевании наиболее вероятно идет речь?
- 2) Что означают понятия «холодный» узел и «горячий» узел.
- 3) Насколько эффективно будет в данном случае назначение тиреостатических препаратов. 4) Какой объем оперативного вмешательства должен быть проведен?

16. Пациентка М., 40 лет, обратилась к врачу по поводу случайно зафиксированных высоких цифр сахара крови до 7,9 ммоль/л. Врач обратил внимание на необычную внешность: неравномерно увеличенные надбровные дуги, нижнюю челюсть, крупные кисти. При подробном опросе выяснено, что за последние годы увеличился размер обуви и головных уборов.

Объективно: кожа плотная, с глубокими складками, особенно на волосистой части головы. Рост – 189 см, масса тела 98 кг (индекс массы тела - 28 кг/м²). Отложение жира равномерное - с преимущественным распределением в области живота и бедер. Щитовидная железа не увеличена, функция ее не нарушена. Пульс 89 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 160/90 мм рт. ст.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Данные лабораторно-инструментального исследования:

- 1) Стандартный тест толерантности к глюкозе: уровень глюкозы натощак 6,3 - ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 14,1 ммоль/л.
- 2) На рентгенограмме черепа в боковой проекции – «двухконтурность» турецкого седла.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие еще исследования необходимо провести?
3. Какие системы и органы могут поражаться при данном заболевании?
4. Укажите возможные методы лечения.

17. Больная Р., 25 лет считает себя больной с 2015 года, когда стали беспокоить сердцебиение, раздражительность, отмечалась потеря массы тела (более 10 кг), дрожь в руках.

При гормональном исследовании был выявлен тиреотоксикоз: ТТГ – 0,08 МЕ/л, Т4 – 60,7 пмоль/л (11,5 - 23,2). При УЗИ щитовидной железы: объем – 18 мл, узлов нет. На фоне тиреостатической терапии тирозолом и левотироксином по схеме «блокируй и замещай») в течение 1,5 лет поддерживался стойкий эутиреоз. Четыре месяца назад лечение было отменено, после чего возобновились сердцебиения, раздражительность. Поступила в клинику для обследования и лечения.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное, рост - 158 см, вес - 57 кг, индекс массы тела = 24 кг/м², кожные покровы чистые, влажные. Тоны сердца звучные, шумов нет, АД - 120/70 ммHg, ЧСС – 95 ударов в минуту. Щитовидная железа 2 степени, мягко-эластичная, подвижная, узловые образования не определяются, глазные симптомы – положительный симптом Грефе.

Гормональный анализ крови: ТТГ – 0,01 мЕд/л (N: 0,4 - 4,0), св Т4 – 40,1 пмоль/л (N: 9,0 - 24).

УЗИ щитовидной железы: Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры неровные, волнистые, паренхима повышенной эхогенности, в правой доле слоистая и с зонами более низкой эхогенности. Правая доля: 23 x 23 x 58 мм, левая доля: 21 x 18 x 56 мм. Объем железы: 25,8 мл.

Задания:

- 1) О каком заболевании наиболее вероятно идет речь?
- 2) Что подразумевает терапия «блокируй и замещай», в чем ее преимущество?
- 3) Какие методы лечения могут использоваться для лечения этой пациентки?
- 4) Прогноз заболевания.

18. К эндокринологу поликлиники обратился пациент Г., 49 лет, с жалобами на выраженную общую слабость, головную боль, изменение внешности. Из анамнеза известно, что двенадцать лет назад на основании клинического и лабораторного обследования диагностирована аденома гипофиза (соматопрولاктинома), в этом же году проведен курс гамма-терапии с последующей длительной ремиссией. Год назад пациент отметил ухудшение самочувствия, когда появились вышеуказанные жалобы.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Гормональное исследование: СТГ 26 нмоль/л (N до 20), пролактин 800 мМЕ/мл (N 60-450).

Задания.

1. О каком заболевании следует думать в первую очередь?
2. Какие еще исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. С какими состояниями можно дифференцировать данное заболевание?
4. Перечислите методы лечения.

19. Больная Е., 75 лет, предъявляет жалобы на выраженную слабость, сонливость, зябкость, запоры, отеки ног, снижение слуха, осиплый голос, затруднение при глотании, сухость кожных покровов. В анамнезе: В 2008г. во время автокатастрофы перенесла черепно-мозговую травму средней тяжести, после чего отметила снижение слуха, ухудшилось зрение, развился птоз правого века, периодически теряла сознание. Наблюдается неврологом.

В 2010г. появились и стали нарастать отеки голеней, кистей рук, затем периорбитальные отеки, изменился тембр голоса, прибавила в весе около 10кг.

При объективном осмотре: Рост – 156 см, вес – 52 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие.

Конфигурация суставов не изменена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 58 уд. в мин., АД – 100/60 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, узловые образования не определяются. Выделений из молочных желез нет.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Общ. Анализ крови: Нв 114,2 г%, эритроциты – 3 490 000, лейкоциты – 5730, п/я – 1, с/я – 40, лимфоциты – 51, моноциты – 7, СОЭ – 23 мм/час.

ЭКГ: синусовая брадикардия, ритм правильный, ЧСС – 56 уд. в мин. горизонтальное положение ЭОС, выраженные изменения миокарда левого желудочка.

Биохим.анализ крови: В пределах нормы.

Уровень гормонов крови: ТТГ – 59,0 мЕд/л (0,25 – 4,0), св.Т4 – 1,85 пмоль/л (9,0 – 23,2).

УЗИ щитовидной железы: железа расположена в типичном месте, контуры ровные. Паренхима диффузно-неоднородная, эхогенность снижена, участки фиброза в обеих долях. Узлов нет. Правая доля: 0,9 x 0,7 x 2,6 см, левая доля: 1,2 x 0,8 x 3,0 см. Объем железы – 2,2 см³.

Задания:

1. Предварительный диагноз?
2. Нужны ли дополнительные исследования?
3. Рекомендуемое лечение и оценка эффективности лечения
4. Осложнения и побочные эффекты лечения

20. Пациентка М., 56 лет, обратилась с жалобами на увеличение размеров кистей, стоп, укрупнение черт лица, также стала отмечать головные боли, боли в суставах, снижение зрения.

Считает себя больным примерно в течение последних 7 лет, когда впервые родственники отметили укрупнение черт лица. Впоследствии симптоматика только нарастала.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы физиологической окраски.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Лабораторно-инструментальное обследование:

Уровень соматотропного гормона 2,9 нг/мл; ИФР-1- 464 нг/мл (норма 101-267).

По данным магнитно-резонансная томография (МРТ): макроаденома гипофиза. В анамнезе гипертоническая болезнь в течение 9 лет. Пациенту проведен оральный глюкозотолерантный тест, на фоне которого концентрация соматотропный гормона составила 4,8 нг/мл.

Задания

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы критерии, характерные для активной стадии?
3. Какие еще дополнительные обследования можно провести?
4. Каков основной метод лечения и каковы другие методы лечения (указать, когда они применяются)?

21. Больная К., 24 лет, при поступлении в клинику жалобы на сухость кожных покровов, выпадение волос на голове.

Из анамнеза: С 4 до 6 лет наблюдалась эндокринологом по поводу “узла” в щитовидной железе (УЗИ не проводилось), непродолжительное время принимала тиреоидин. Развивалась в соответствии с возрастом, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставала.

Менархе - с 12 лет, менструации регулярные до 18 лет, с этого возраста нарушение цикла по типу олигоменореи. Через год выявлена железодефицитная анемия. По назначению гематолога в течение 4 мес. проводилось лечение препаратами железа без эффекта. Ухудшение самочувствия – с 21г., когда стала беспокоить быстрая утомляемость, слабость, появилась сухость кожных покровов, выпадение волос.

При объективном осмотре: Рост – 166 см, вес – 56 кг. Кожные покровы обычной окраски, сухие.

Конфигурация суставов не изменена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 58 уд. в мин., АД – 110/60 мм.рт.ст Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, узловые образования не определяются. Выделений из молочных желез нет.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Общ. Анализ крови: Нв 98,2 г%, эритроц. – 3 490 000, лейкоц. – 5730, п/я – 1, с/я – 40, лимф. – 51, моно- - 7, СОЭ – 23 мм/час.

ЭКГ: синусовая брадикардия, ритм правильный, ЧСС – 58 уд.в мин. горизонтальное положение ЭОС, выраженные изменения миокарда левого желудочка.

УЗИ щитовидной железы: железа расположена в типичном месте, контуры ровные. Паренхима диффузно-неоднородная, эхогенность снижена, участки фиброза в обеих долях. Узловые образования не определяются. Объем железы – 14,2 см³.

Задания:

1. Определите план обследования.
2. Чем может быть обусловлена железодефицитная анемия?
3. Сформулируйте предварительный диагноз
4. Определите тактику лечения и оценку его эффективности

22. Пациент К. 35 лет обратился с жалобами на головную боль, увеличение надбровных дуг, мягких частей лица, увеличение суставов кистей рук, увеличение размера обуви на 3 единицы, помимо этого у пациента появились боли в костях, чувство ломоты в суставах. При поступлении состояние относительно удовлетворительное, положение активное, правильного телосложения, умеренного питания, кожные покровы физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 79 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, край безболезненный, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Щитовидная железа – без особенностей.

Дополнительная информация в виде данных лабораторных и инструментальных обследований:

Лабораторно-инструментальное обследование:

На магнитно-резонансной томографии (МРТ) гипофиза выявлена аденома гипофиза с супраселлярным ростом 1,7*1,9 см, соматотропный гормон 100 нмоль/л (норма до 20), пролактин 189 мМЕ/мл (норма 60-450), тиреотропный гормон 1,4 мкЕД/мл (норма 0,25-4,5), на УЗИ щитовидной железы - объем 50 мл, в правой доле образование 0,9*1,1 см, с тонким гипоехогенным ободком.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы критерии, характерные для активной стадии?
3. Какие еще дополнительные методы обследования можно провести?
4. Каков основной метод лечения, а также другие методы лечения (когда они применяются)?

