

Компонент ОПОП программа ординатуры
специальность 31.08.49 Терапия
наименование ОПОП

Б1.В.ДЭ.01.02
шифр дисциплины

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины

**Междисциплинарные вопросы лечения эндокринных
заболеваний**

Разработчик:

Колосова О.Л
ФИО

Доцент кафедры КМ
должность

Березина Н.А.
ФИО

Кандидат медицинских наук
ученая степень, звание

Утверждено на заседании кафедры
клинической медицины
наименование кафедры

протокол № 2 от 20.10.2025 г.

Заведующий кафедрой КМ


подпись
Кривенко О. Г.
ФИО

Мурманск

2025

1. Критерии и средства оценивания компетенций и индикаторов их достижения, формируемых дисциплиной

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения Компетенции	Результаты обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства текущего контроля	Оценочные средства промежуточной аттестации
		Знать	Уметь	Владеть		
ПК-1 Способен к проведению диагностики и назначению лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролю его эффективности и безопасности	<p>ИД-1ПК-1 Составляет и обосновывает план диагностики и лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ИД-2ПК-1 Назначает лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ИД-3ПК-1 Назначает немедикаментозное лечение и лечебное питание пациенту с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской</p>	<ul style="list-style-type: none"> - показания к лабораторному и инструментальному обследованию и их нормативные показатели с учетом возраста и пола; - показания к назначению ЛП и медицинских изделий коморбидным и мультимарбидным пациентам, - фармакокинетику, фармакодинамику, возможные побочные эффекты ЛП, применяемых для лечения пациентов; - принципы дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», алгоритмы постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ; - симптомы, определяющие тяжесть заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием по 	<ul style="list-style-type: none"> - клинические рекомендации по вопросам диагностики и лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; - определить показания и противопоказания к назначению дополнительных методов обследования; - интерпретировать результаты физикального, лабораторного и инструментального обследования; - провести дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия»; - поставить диагноз (основной, сопутствующий) определить наличие осложнений с учетом МКБ; - назначить этиопатогенетическое лечение пациентам с учетом выявленной патологии и возраста; - оценить тяжесть состояния пациента, определить показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; - назначить адекватную 	<ul style="list-style-type: none"> алгоритмом диагностики и обследования пациентов, методикой составления плана лабораторного и инструментального обследования пациента в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи - навыками постановки предварительного и основного диагноза на основании собранного анамнеза, физикального, лабораторного и инструментального обследования; - навыками диф. диагностики заболеваний терапевтического и эндокринологического профиля; - навыками назначения ЛП, медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими 	<ul style="list-style-type: none"> -практические занятия; - тестовые задания; - ситуационные задачи 	Результаты текущего контроля

	<p>помощи</p> <p>ИД-4ПК-1</p> <p>Анализирует фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»</p> <p>ИД-5ПК-1</p> <p>Оценивает эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»</p> <p>ИД-6ПК-1</p> <p>Направляет пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>профилю «терапия»;</p> <ul style="list-style-type: none"> – медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; – медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «терапия» при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях 	<p>терапию коморбидным и мультимарбидным пациентам;</p> <ul style="list-style-type: none"> – определить сроки и специализацию стационара или дневного стационара для оказания медицинской помощи коморбидному пациенту при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях 	<p>рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками определения тяжести состояния пациента, показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; - способностью определить сроки и специализацию стационара или дневного стационара для оказания медицинской помощи коморбидному пациенту при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях 	
--	---	--	---	---	--

2. Оценка уровня сформированности компетенций (индикаторов их достижения)

Показатели оценивания компетенций (индикаторов их достижения)	Шкала и критерии оценки уровня сформированности компетенций (индикаторов их достижения)			
	Ниже порогового («неудовлетворительно»)	Пороговый («удовлетворительно»)	Продвинутый («хорошо»)	Высокий («отлично»)
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Минимально допустимый уровень знаний. Допущены не грубые ошибки.	Уровень знаний в объёме, соответствующем программе подготовки с некоторыми погрешностями	Уровень знаний в объёме, соответствующем программе подготовки.
Наличие умений	При выполнении стандартных заданий не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Выполнены все задания, но не в полном объеме (отсутствуют пояснения, неполные выводы)	Продемонстрированы все основные умения. Задания выполнены в полном объеме с некоторыми недочетами.	Продемонстрированы все основные умения. Выполнены все основные и дополнительные задания без ошибок и погрешностей.
Наличие навыков (владение опытом)	При выполнении стандартных заданий не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Имеется минимальный набор навыков для выполнения стандартных заданий	Продемонстрированы базовые навыки при выполнении стандартных заданий	При выполнении основных и дополнительных заданий продемонстрированы все необходимые навыки без ошибок и погрешностей.
Характеристика сформированности компетенции	не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.	имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов	твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий	Ординатор глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий

3. Критерии и шкала оценивания заданий текущего контроля

3.1 Критерии и шкала оценивания практических навыков

1. Физикальное обследование коморбидного больного (выявление признаков поражения желез в/секреции)
2. Практические навыки по оказанию помощи комарбидным больным в острых состояниях.

Оценка/баллы	Критерии оценивания
Отлично	Задание выполнено полностью и правильно. Все вопросы освещены.
Хорошо	Задание выполнено освещено 81-90% ответов.
Удовлетворительно	Задания выполнены частично с ошибками = на 70-80%
Неудовлетворительно	Задание выполнено со значительным количеством ошибок на низком уровне. Освещено менее 70% вопросов.

3.2 Критерии и шкала оценивания тестирования

Перечень тестовых вопросов и заданий, описание процедуры тестирования представлены в методических материалах по освоению дисциплины и в электронном курсе в ЭИОС МАУ.

В ФОС включен типовой вариант тестового задания:

Клинические проявления гипергликемического гиперосмолярного состояния 1) боли в сердце не купирующиеся антиангиальными средствами 2) выраженная полиурия 3) дыхание Куссмауля 4) запах ацетона 5) мягкость глазных яблок при пальпации 6) сниженный тургор кожи.	Клинические проявления гипокальциемического криза 1) «рука акушера» 2) опистотонус 3) острые боли в животе 4) приступы тетании 5) тошнота.
При диабетическом кетоацидозе в условиях стационара проводится 1) катетеризация периферической вены 2) катетеризация центральной вены 3) контроль гликемии каждый час 4) определение уровня лактата 5) почасовой контроль диуреза.	Причина развития острой надпочечниковой недостаточности 1) кровоизлияние в надпочечники 2) отмена заместительной терапии у пациентов с хронической надпочечниковой недостаточностью 3) отсутствие коррекции заместительной терапии при стрессе у пациентов с хронической надпочечниковой недостаточностью 4) прием алкоголя у пациентов с хронической надпочечниковой недостаточностью.

<p>Первичный гипокортицизм сочетается с</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сахарным диабетом 2) гипотиреозом 3) гипопаратиреозом 4) гипофункцией яичников 5) болезнью Иценко-Кушинга 	<p>Развитие гипогликемии у больных с хронической надпочечниковой недостаточностью обусловлено</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) снижением секреции кортизола 2) снижением секреции альдостерона 3) уменьшением глюконеогенеза 4) уменьшением запаса гликогена в печени
<p>Для вторичного альдостеронизма характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие отеков 2) умеренная гипертензия 3) отсутствие выраженной гипокалиемии 4) отсутствие изменений со стороны надпочечников 5) снижение уровня ренина крови 	<p>Для кортикостеромы характерны изменения со стороны биохимического анализа крови в виде</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гипергликемии и гиперхолестеринемии 2) гипокалиемии 3) гипоальбуминемии 4) гипонатриемии
<p>Феохромоцитомой вырабатываются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) андрогены 2) альдостерон 3) эстрогены 4) глюокортикоиды 5) адреналин, норадреналин 	<p>Развитие остеопороза возможно при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дискинезии желчевыводящих путей 2) хроническом гастрите 3) целиакии
<p>Остеопороз 2 типа – это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) остеопороз с низким костным метаболизмом 2) остеопороз с нормальным костным метаболизмом 3) остеопороз с высоким костным метаболизмом 	<p>Болезнь Иценко – кушинга характеризуется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) равномерным отложением жира на туловище, багровыми стриями, остеопорозом, гиперплазией надпочечников 2) избирательным отложением жира на лице, шее, животе в сочетании с относительно тонкими конечностями, багровыми стриями, остеопорозом, гиперплазией надпочечников 3) избирательным отложение жира на лице, шее, животе в сочетании с относительно тонкими конечностями, бледными стриями, гиперкальциемией, гиперплазией надпочечников
<p>К непрямым методам оценки действия инсулина относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пероральный глюкозотolerантный тест 2) внутривенный глюкозотolerантный тест 3) постоянная инфузия глюкозы с модельной оценкой 4) все перечисленное верно 5) все перечисленное неверно 	<p>Гормон грелин вырабатывается в</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) жировой ткани 2) желудке 3) стенке кишечника 4) мышечной ткани
<p>Сочетание избыточной массы тела, цианотических и множественных стрий характерно для</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) адипозо-генитальной дистрофии 2) экзогенно-конституционального ожирения 3) наследственных форм ожирения 4) синдрома Иценко-Кушинга 	<p>Дефицит паратгормона характеризуется наличием</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тонических судорог 2) повышенной температуры 3) диареи 4) жажды

<p>Вторичный гиперпаратиреоз отмечается при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) синдроме нарушенного всасывания в кишечнике 2) хронической почечной недостаточности 3) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки 4) болезни Иценко - Кушинга 	<p>Для гипопаратиреоза характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уменьшение кальция в сыворотке крови 2) снижение экскреции кальция с мочой 3) повышение выведения фосфора с мочой 4) повышение фосфора в сыворотке крови
<p>В физиологических условиях потребность в витамине D в сутки у взрослых составляет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 100 МЕ 2) 200 МЕ 3) 300 МЕ 4) 400 МЕ 	<p>Остеопороз 1 типа – это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) остеопороз с низким костным метаболизмом 2) остеопороз с нормальным костным метаболизмом 3) остеопороз с высоким костным метаболизмом

Оценка/баллы	Критерии оценки
Отлично	90-100 % правильных ответов
Хорошо	70-89 % правильных ответов
Удовлетворительно	50-69 % правильных ответов
Неудовлетворительно	49% и меньше правильных ответов

3.3. Критерии и шкала оценивания ситуационной задачи (собеседование)

В ФОС включены типовые ситуационные задачи:

Ситуационная задача № 1

Больная К., 28 лет, работает поваром. Обратилась к терапевту с жалобами на похудание на 8 кг за 2 месяца, повышенный аппетит, ощущение сердцебиения, раздражительность, общую слабость, мелкий трепет рук, выпадение волос, периодическое повышение температуры до 37,2 С. Пациентка связывает заболевание со стрессовой ситуацией в семье за год до обращения к врачу. Около трех месяцев стала ощущать повышение температуры до 37,1°C, постоянное чувство жара, приступы сердцебиения при физической нагрузке. Около месяца назад появилась светобоязнь, чувство «песка» в глазах.

Из анамнеза известно, что женщина наблюдается у гинеколога по поводу нарушения менструального цикла.

При осмотре: состояние удовлетворительное, суетливая. Рост - 170 см, вес - 52 кг, ИМТ - 18 кг/м². Кожные покровы теплые, влажные. Мелкоразмешистый трепет вытянутых рук. Отечность век. Подкожная жировая клетчатка истончена. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия - 116 ударов в минуту, АД - 140/70 мм рт. ст. Щитовидная железа при осмотре однородная, доли значительно больше дистальной фаланги первого пальца пациентки, изменена конфигурация шеи. Симптом Мебиуса (+) с обеих сторон, Грефе (+), Кохера (+).

Общий анализ крови: эритроциты – 3,7×10¹²/л, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 7,8×10⁹ /л, тромбоциты – 320×10⁹ /л, СОЭ – 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 45 г/л, общий билирубин – 15,7 мкмоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, креатинин – 95 мкмоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 120 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС. УЗИ щитовидной железы: диффузное увеличение ЩЖ (объем железы - 46 мл), гипоэхогенная, структура неоднородная, усилен кровоток.

Гормональное обследование: тиреотропный гормон - 0,003 мМЕ/л (0,4-4), свободный T4 - 60 пМоль/л (10,5-22).

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача № 2

Женщина 37 лет, менеджер, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, ухудшение памяти, отёчность лица, периодические запоры, нарушение менструального цикла, прибавку в весе примерно на 5 кг за 7 месяцев.

Из анамнеза: отмечает вышеописанные симптомы в течение 7 месяцев. Связывает с перенесенной коронавирусной инфекцией. Хронические заболевания отрицает. Вредных привычек нет. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см. Вес - 66 кг. Кожные покровы бледные, сухие. Пастозность лица, плотные отеки стоп, нижней трети голени. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы не изменены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Пульс на лучевых артериях ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет, 55 в минуту. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации не увеличена. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена при осмотре, при пальпации плотно-эластичная, безболезненная, узловые образования не определяются. Симптомы Мебиуса, Кохера, Грефе – отрицательные. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,2 \times 1012/\text{л}$ (3,5- 4,7 $\times 1012/\text{л}$), гемоглобина - 101 г/л; СОЭ - 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: жёлтая, удельный вес - 1022, белок - отр., глюкоза – отр., эпителий - 2 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, глюкоза – 4,0 ммоль/л; железо – 5,5 мкмоль/л.

ТТГ – 21,7 мкМЕ/мл., Т4 своб. – 6,3 пкмоль/л; АТ к ТПО – 250 Ед/мл (0-30).

УЗИ щитовидной железы: V общ. – 6,3 см³ (8,3-18,0). Повышенной эхогенности. Структура выражено диффузно-неоднородная.

Вопросы:

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

Ситуационная задача № 3

Пациент Д. 68 лет, с сахарным диабетом 2 типа, поступил в стационар по скорой помощи с гликемией 20 ммоль/л, жалобами на головокружение, сухость во рту, жажду, боли в ногах. Из анамнеза заболевания: сахарный диабет 2 типа в течение 10 лет, у эндокринолога не наблюдается, в дебюте гликемия 8,0 ммоль/л, была назначена пероральная сахароснижающая терапия: метформин 1000 мг 2 раза в сутки, которую пациент получает по настоящее время. Самоконтроль гликемии не производит, диету не соблюдает. Последние месяцы отмечает ухудшение самочувствия, сухость во рту, жажду, боли в ногах. С данными жалобами обратился в поликлинику, где была выявлена гликемия 20 ммоль/л, после чего госпитализирован в эндокринологическое отделение стационара.

Из анамнеза жизни: около 10 лет страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры АД до 200/110 мм.рт.ст., получает гипотензивную терапию: эналаприл 10 мг, стабилизирован в пределах 140/80 мм.рт.ст., 2 года назад перенёс острый инфаркт миокарда.

Физикальные данные: Вес — 110 кг, рост — 179 кг, ИМТ — 34,3 кг/м². Щитовидная железа не увеличена. Пульс — 75 в минуту, АД — 145/85 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Стопы теплые на ощупь, кожа стоп сухая. Вибрационная чувствительность головок I плюсневых костей обеих стоп — 1-2 усл. ед.,

тактильная и температурная чувствительность снижены. Пульсация тыльных артерий сохранена с обеих сторон.

Лабораторные данные: Гликемия на момент осмотра: 12 ммоль/л. Гликемический профиль: 9:00 - 10,1 ммоль/л 11:00 - 14,5 ммоль/л 14:00 - 9,0 ммоль/л 16:00 - 12,3 ммоль/л 20:00 - 8,2 ммоль/л 24:00 - 10,3 ммоль/л HbA1c — 9,2 %.

Общий анализ крови: без патологии.

Общий анализ мочи: без особенностей.

Биохимический анализ крови: креатинин—105 мкмоль/л; мочевина—8,7ммоль/л; ХС общий—5,2ммоль/л; ЛПНП—3,6ммоль/л, ТГ—1,34ммоль/л; АСТ—25ммоль/л, АЛТ—20ммоль/л.

Биохимический анализ мочи (анализ на микроальбуминурию): соотношение альбумин/креатинин — 6,1 мг/ммоль.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Скорректируйте сахароснижающую терапию у данного пациента.

Оценка/баллы	Критерии оценки
Отлично	Выполнены соответствующие требования в полном объеме. Использованы системный и ситуативный подходы, представлено аргументированное рассуждение по причинам, патогенезу заболевания, определены риски, возможные осложнения, правильно назначено обследование, составлен план лечения.
Хорошо	Выполнены соответствующие требования в полном объеме. Использованы системный и ситуативный подходы, представлено аргументированное рассуждение по причинам, патогенезу заболевания, определены риски, возможные осложнения, правильно назначено обследование, составлен план лечения. В ответе нет последовательности.
Удовлетворительно	Нет четкого представления о причинах, патогенезе заболевания. Назначены не все необходимые методы обследования, не полное обоснования назначенного лечения.

4. Критерии и шкала оценивания результатов обучения по дисциплине при проведении промежуточной аттестации

Критерии и шкала оценивания результатов освоения дисциплины (модуля) с зачетом

Если обучающийся набрал зачетное количество баллов согласно установленному диапазону по дисциплине (модулю), то он считается аттестованным.

Оценка	Баллы	Критерии оценивания
Зачтено	60 - 100	Набрано зачетное количество баллов согласно установленному диапазону
Незачтено	менее 60	Зачетное количество согласно установленному диапазону баллов не набрано

5. Задания диагностической работы для оценки результатов обучения по дисциплине (модулю) в рамках внутренней и внешней независимой оценки качества образования

ФОС содержит задания для оценивания знаний, демонстрирующих уровень сформированности компетенций и индикаторов их достижения в процессе освоения дисциплины.

Комплект заданий разработан таким образом, чтобы осуществить процедуру оценки каждой компетенции, формируемых дисциплиной, у обучающегося в письменной форме.

Содержание комплекта заданий включает: *текстовые задания, ситуационные задания*.

Вариант 1.

1. Базальный уровень С-пептида у здоровых людей

- 1. 11-44 нг/мл**
- 2. 01-04 нг/мл
- 3. 21-24 нг/мл
- 4. 31-34 нг/мл.

2. Для поражения гипоталамо-гипофизарной системы характерен

1) парциальный гипопитуитаризм

- 2) пангипопитуитаризм

3) гипофизарный нанизм

- 4) острые надпочечниковые недостаточности

3. Ожирение центрального генеза может быть при

- 1) разрушении вентромедиального ядра гипоталамуса опухолью

- 2) нейроинфекции

- 3) черепно-мозговой травме

- 4) разрушении вентролатерального ядра гипоталамуса опухолью

5) все перечисленное верно

Задача

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): удельный 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 поле зрения. 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 лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 72 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка 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.

Ответ

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, целевой уровень гликированного гемоглобина (НвА1с). Ожирение 2 ст. Диабетическая нефропатия? АГ I степени, риск III.

2. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании результатов анализов (гипергликемия - 6,9 мМоль/л, глюкозурии). Целевой уровень НвА1с < 7 %, так как возраст пациентки 50 лет, нет тяжелых осложнений и нет риска гипогликемической комы. Диагноз «артериальная гипертония» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 месяцев); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета. Необходимо исключить вторичный характер артериальной гипертензии. Возможно наличие диабетической нефропатии, так как в общем анализе мочи - протениурия (0,15 г/л). Ожирение 2 ст., так как ИМТ = 37 кг/м².

3. Пациенту рекомендовано: определение уровня НвА1с, гликемический профиль, исследование мочи на альбуминурию, БАК: ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевина, креатинин, расчёт СКФ, УЗИ почек, ЭКГ, ФЛГ, консультации эндокринолога, офтальмолога, невролога, проведение суточного мониторирования АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии, с диабетической нефропатией. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.

5. Метформин, так как он является препаратом первой линии при СД 2 типа, особенно в сочетании с ожирением.

Вариант 2.

1. В патогенезе развития основных симптомов центрального несахарного диабета главную роль играет

- 1) пролактин
- 2) альдостерон

3) вазопрессин

- 4) дегидроэпиандростерон

2. Паратгормон

1) синтезируется паращитовидными железами в ответ на уменьшение концентрации кальция в крови

- 2) ингибирует остеокласти

3) увеличивает экскрецию с мочой ионов натрия, калия, бикарбоната

4) стимулирует превращение неактивной формы витамина D₃ в биологически активную

3. По МКБ-10 сахарный диабет кодируется

- 1. E11
- 2. A11
- 3. C11
- 4. B11

Задача

Больная П. 35 лет обратилась на консультативный прием к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на сонливость, слабость, пастозность лица, сухость кожных покровов, запоры.

Из анамнеза заболевания: данные симптомы беспокоят в течение последние 5 месяцев. Полгода назад была прооперирована по поводу диффузного токсического зоба (ДТЗ). С этого времени к врачам не обращалась, лечения не получала.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие. Пастозность лица, отпечатки зубов на языке. Отеков, стрий, гирсутизма нет. При перкуссии легких над всеми легочными полями определяется ясный легочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 55 в минуту. АД – 95/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. На коже шеи послеоперационный рубец. Щитовидная железа пальпаторно не определяется. Лактореи нет.

Результаты исследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,3 \times 1012/\text{л}$, гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - $6,4 \times 109/\text{л}$, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 7%, СОЭ - 10 мм/ч. - 10 мг/сутки.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1022, белок - отр., сахар – отр., эпителий - 4 в поле зрения, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: сахар – 4,2 ммоль/л, АСТ - 17 Ед/л, АЛТ – 21 Ед/л, Na – 139 ммоль/л, K – 4,2 ммоль/л, Fe – 4,7 мкмоль/л.

УЗИ щитовидной железы: V пр. доли – 0 см³, V лев. доли – 1,1 см³, V общ. – 1,1 см³. Нормальной эхогенности. Структура диффузно-неоднородная, узловые образования не определяются.

ЭКГ: ритм - синусовая брадикардия, ЧСС - 56 в минуту, ЭОС горизонтальная. Умеренные метаболические изменения миокарда.

Гормональный профиль и определение антител: ТТГ – 19,8 мкМЕ/мл, Т4 своб. – 7,0 пкмоль/л

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. Выберите тактику дальнейшего наблюдения.

Ответ

1.Послеоперационный гипотиреоз (субтотальная резекция щитовидной железы 2010 г.), манифестный, ст. декомпенсация. Хроническая железодефицитная анемия, лёгкой степени тяжести.

2. Диагноз «гипотиреоза» выставлен на основании анамнеза (операция на щитовидной железе по поводу ДТЗ), выделенных синдромов: гипотиреоидная дермопатия (сухость, пастозность кожи, отпечатки зубов на языке), поражение сердечно-сосудистой системы (брадикардия, артериальная гипотония), поражение нервной системы (сонливость, слабость), анемический (снижены гемоглобин, эритроциты). Гипотиреоз манифестный (клиника гипотиреоза, ТТГ- повышен, Т4 св- снижен); железодефицитная анемия легкой степени (по уровню снижения гемоглобина и сывороточного железа).

3. Липидограмма (на фоне гипотиреоза повышение холестерина); ЭКГ-оценка ритма и проводимости, для гипотиреоза характерна брадикардия; Эхо-КГ- оценка состояния сердца, ФВ, полостей сердца, исключение гидроперикарда при гипотиреозе; железистый комплекс (диагностика ЖДА); в динамике на фоне лечения левотироксином исследование ТТГ, Т4 св. (для решения вопроса о необходимости титрации доз Л- тироксина), исследование железистого комплекса (коррекция дефицита железа).

4. Восполнение дефицита тиреоидных гормонов проводить Левотироксином 1,6 мкг/кг массы тела/сутки. Начинать с суточной дозы 50 мкг (молодой возраст и нет тяжелого поражения сердца) с последующим повышением дозы (в течение 1 месяца) до постоянной поддерживающей. Цель - достижение клинического эутиреоза и уровня ТТГ 0,5-1,5 мкМЕ/мл. Препараты железа (лечение ЖДА) до нормализации уровня гемоглобина
5. Благоприятный прогноз при регулярном приёме тиреоидных гормонов, при отказе от него - развитие ИБС, сердечной недостаточности, гидроперикарда, когнитивных нарушений, гипотиреоидной комы. В динамике: и следование ОАК, железистого комплекса (оценка коррекции анемии), ТТГ, Т4 св- на фоне терапии через 3 месяца, при нормализации ТТГ - сначала 1 раз в 6 месяцев, затем 1 раз в год

Вариант 3.

- 1. После стимуляции глюкозой уровень С-пептида у пациентов с сахарным диабетом 2 типа**
 1. значительно снижается
 2. значимо не повышается
 3. умеренно снижается
 - 4. значительно повышается.**
- 2. В развитии полиурии при центральном несахарном диабете важную роль играет**
 - 1) активация симпатоадреналовой системы
 - 2) развитие вторичного альдостеронизма
 - 3) нарушение обмена кальция
 - 4) повышение проницаемости аквапоринов**
- 3. Причиной развития гипотиреоза у новорожденных может быть**
 - 1) заместительная терапия L-тироксином во время беременности
 - 2) прием йодида калия 250 мкг/сут. беременной женщиной
 - 3) лечение мерказолилом во время беременности**
 - 4) супрессивная терапия L-тироксином во время беременности

Задача

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 36 лет с жалобами на выраженную общую слабость, сонливость, ухудшение памяти, сухость кожных покровов, избыточную массу тела (ИМТ – 27,2 кг/м²), отсутствие менструаций.

Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентка оперирована по поводу узлового зоба. Заместительная терапия не назначалась.

При осмотре: кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, язык с отпечатками зубов. АД – 105/60 мм рт. ст.

По данным лабораторного обследования выявлена анемия: гемоглобин - 102 г/л, холестерин – 7,8 ммоль/л, триглицериды – 4,7 ммоль/л, глюкоза крови – 3,4 ммоль/л. На ЭКГ: брадикардия – 54 удара в минуту, низкий вольтаж зубцов.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Составьте диагностический алгоритм обследования данной пациентки.
3. Консультации каких специалистов следует включить в план обследования?
4. Какова тактика лечения данного пациента?
5. Какова длительность назначения патогенетической терапии?

Ответ

1. Синдром гипотиреоза (первичный послеоперационный гипотиреоз).
2. С целью уточнения причины и тяжести гипотиреоза, а также объема предшествующего оперативного вмешательства необходимо определить уровень ТТГ, свободного Т4, антител к тиреопероксидазе, антител к тиреоглобулину, выполнить УЗИ щитовидной железы.

3. Рекомендуются консультации врача-кардиолога, врача-гинеколога, врача-гастроэнтеролога, врача-гематолога.
4. У лиц моложе 50 лет, при отсутствии сердечно-сосудистой патологии, первоначальная доза L-тиroxсина может составлять 50 мкг с быстрым повышением до полной заместительной дозы (1,6-1,8 мкг на кг веса). Исследование уровня ТТГ проводится не ранее, чем через 2 месяца после подбора полной заместительной дозы препарата.
5. Заместительная терапия препаратами L-тиroxсина проводится пожизненно. Оценка адекватности заместительной терапии проводится по уровню ТТГ. У большинства пациентов контроль уровня ТТГ осуществляется 1 раз в год.

Вариант 4.

1. при несахарном диабете для анализа мочи характерна

- 1) глюкозурия
- 2) лейкоцитурия
- 3) низкая относительная плотность мочи**
- 4) повышенная относительная плотность мочи

2. Гипертиреоз обусловлен повышенным образованием тиреоидных гормонов при

- 1) хроническом аутоиммунном тиреоидите
- 2) подостром тиреоидите
- 3) послеродовом тиреоидите

4) болезни Грейвса

3. Проявлениями метаболического синдрома являются

- 1. гиперурикемия**
2. гиперкортизолемия
- 3. атерогенная дислипидемия**
4. сидеропения.

Задача

Больная И. 23 лет на приеме в поликлинике жалуется на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, трепет, сердцебиение, ощущение «песка в глазах», слезотечение.

Из анамнеза известно, что начало заболевания связывает с переутомлением. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Подкожно жировой слой развит умеренно (рост - 170 см., вес - 54 кг). Отмечается трепет вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мобиуса положительные. Щитовидная железа увеличена до II степени, эластична, однородная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. При аусcultации сердца выслушивается систолический шум, громкие тоны. ЧСС - 120 ударов в минуту. АД - 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, иногда 2-3 раза в сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи.
5. Показано ли больной с ДТЗ назначение глюкокортикоидов? Обоснуйте свой

Ответ

1. Диффузно - токсический зоб II степени, тиреотоксикоз средней степени тяжести. Эндокринная офтальмопатия I стадия

2. Диагноз «диффузно токсического зоба (ДТЗ)» установлен на основании жалоб больного: на слабость, снижение работоспособности, нервозность, раздражительность, потливость, похудание, повышение аппетита, плохая переносимость тепла, трепор, сердцебиение; установление степени ДТЗ основано на пальпации щитовидной железы. Степень тяжести тиреотоксикоза на основании развернутой клинической картины заболевания. Стадия офтальмопатии установлена на основании припухлости век, ощущения «песка в глазах», слезотечения.

3. Для оценки функции щитовидной железы исследование трийодтиронина свободного (св.Т3), свободного тироксина (св. Т4), тиреотропного гормона (ТТГ); для диагностики ДТЗ антител к рецепторам тиреотропного гормона (АТ к рТТГ), антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО), антител к тиреоглобулину (АТ-ТГ). УЗИ щитовидной железы для уточнения размеров, эхогенности ткани и её васкуляризации. Консультация окулиста, УЗИ диагностика орбит. УЗИ диагностика орбит - определение размеров ретробульбарного пространства, плотности ретробульбарной клетчатки и толщины экстраокулярных мышц. Клинический анализ крови (уровень лейкоцитов крови)

4. Тиреостатические препараты: Тиамазол (препарат выбора) в стартовой дозе 3060 мг/сут 1 раз в день или пропилтиоурацил в дозе 400-600 мг/сут каждые 6-8 ч. Поскольку эффект тиреостатической терапии проявляется спустя 7-10 дней после назначения, то в качестве симптоматической терапии для купирования тиреотоксикоза применяют бета-блокаторы (например, Пропранолол в дозе 40-120 мг/сут).

5. Нет не показано. Назначение глюкокортикоидов при ДТЗ показано только при развитии тиреогенной надпочечниковой недостаточности, а также при лейкопенических реакциях на тиреостатики.