

Компонент ОПОП 31.08.49. Лечебное дело
наименование ОПОП

Б1.В.ДЭ.01.01. Сложные вопросы управления сахарным диабетом 2 типа у коморбидных
пациентов
шифр дисциплины

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Сложные вопросы управления сахарным диабетом
2 типа у коморбидных пациентов

Разработчик:
Колосова О.Л
ФИО

Доцент кафедры КМ
должность

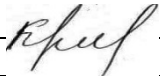
Березина Н.А.
ФИО

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
		<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>	<i>Владеть</i>		
ПК-1 Способен к проведению диагностики и назначению лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контролю его эффективности и безопасности	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 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 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	- показания к лабораторному и инструментальному обследованию и их нормативные показатели с учетом возраста и пола; - показания к назначению ЛП и медицинских изделий комарбидным 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	- 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	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	-практические занятия; - тестовые задания; - ситуационные задачи	Результаты текущего контроля

	<p>помощи ИД-4ПК-1 Анализирует фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»</p> <p>ИД-5ПК-1 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 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»; – 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>	<p>терапию комарбидным и мультимарбидным пациентам; – определить сроки и специализацию стационара или дневного стационара для оказания медицинской помощи комарбидному пациенту при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях</p>	<p>рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; - 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 комарбидному пациенту при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях</p>		
--	--	---	---	--	--	--

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 объеме, соответствующем программе подготовки с некоторыми погрешностями	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки.
Наличие умений	При выполнении стандартных заданий не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы основные умения. Выполнены все задания, но не в полном объеме (отсутствуют пояснения, неполные выводы)	Продemonстрированы все основные умения. Задания выполнены в полном объеме с некоторыми недочетами.	Продemonстрированы 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	Продemonстрированы базовые навыки при выполнении стандартных заданий	при выполнении основных и дополнительных заданиях 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: выявление признаков СД (дегидратация, гипокалиемия, парестезии и т.д.)
2. Экстренная медицинская помощь при остром нарушении уровня глюкозы в крови
3. Диспансеризация

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 типовый вариант тестового задания:

1. Проинсулин – это 1) метаболит инсулина 2) <i>предшественник инсулина в процессе биосинтеза</i> 3) препарат инсулина пролонгированного действия 4) пероральный сахароснижающий препарат 5) ингибитор дипептидилпептидазы-4	11. Сахарный диабет 2 типа характеризуется всем перечисленным, кроме: 1) Возраста на момент диагностики старше 40 лет 2) Избыточной массы тела у больных 3) Отсутствия склонности к кетоацидозу 4) Постепенного развития заболевания 5) Необходимости в обязательном назначении инсулинотерапии
2. Больному сахарным диабетом 2 типа с сопутствующей патологией почек (при скф менее 35) следует назначить сахароснижающий препарат 1) манинил 2) <i>глюренорм</i> 3) янувия 4) диабетон 5) баета	12. Диагноз сахарный диабет может быть установлен при уровне глюкозы в капиллярной крови натощак: 1) $\geq 6,1$ ммоль/л 2) $\geq 7,0$ ммоль/л 3) $\geq 7,8$ ммоль/л 4) ≥ 10 ммоль/л 5) $\geq 11,1$ ммоль/л
3. Калорийность пищевого рациона больного сахарным диабетом 2 типа рассчитывается исходя из 1) реальной массы тела 2) <i>идеальной массы тела и физических нагрузок</i> 3) наличия сопутствующей патологии 4) проводимой инсулинотерапии 5) возраста склер, боли в правом подреберье. 5) гипербилирубинемия.	13. К критериям компенсации углеводного обмена при СД не относится: 1) Нормогликемия натощак 2) Нормогликемия через 2 часа после приема пищи 3) Аглюкозурия 4) Нормальное содержание гликированного гемоглобина 5) Нормогликемия перед сном

<p>4. К осложнениям инсулинотерапии относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>гипогликемические состояния</i> 2) кетоацидоз 3) <i>постинсулиновые липодистрофии</i> 4) синдром Нобекура 5) <i>синдром Сомоджи</i> 	<p>14. В развитии микроангиопатий при сахарном диабете участвуют механизмы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Гипоксия эндотелия 2) Гликозилирование белков базальной мембраны сосудов 3) Активизация полиолового пути утилизации глюкозы в эндотелии сосудов 4) Отложение в базальной мембране иммунных комплексов 5) Все перечисленные
<p>5. К целевым параметрам гликемического контроля в лечении сахарного диабета относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гликированный гемоглобин 2) глюкоза плазмы перед едой (натощак) 3) глюкоза плазмы через 2 часа после еды 4) <i>гликемический профиль</i> 	<p>15. Прививки детям, больным сахарным диабетом проводят:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) через 2 месяца компенсации, 2) при достижении компенсации, показаниям, 3) через 6 мес. компенсации, 4) по эпидемиологическим 5) по жизненным показаниям.
<p>6. Выберите целевые параметры уровня гликированного гемоглобина в лечении сахарного диабета</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) менее 7,8 % 2) менее 7% 3) менее 6,5% 4) менее 6,0% 	<p>16. Базальный уровень С-пептида у здоровых людей</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 11-44 нг/мл 2) 01-04 нг/мл 3) 21-24 нг/мл 4) 31-34 нг/мл.
<p>7. К диабетической офтальмопатии относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>диабетическая ретинопатия</i> 2) <i>диабетическая катаракта</i> 3) блефарит 4) эндокринная офтальмопатия 5) <i>транзиторное нарушение остроты зрения при значительных колебаниях гликемии</i> 	<p>17. Глюкагон синтезируется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) париетальными (обкладочными) клетками желудка 2) β-клетками поджелудочной железы 3) главными клетками желудка 4) α-клетками поджелудочной железы.
<p>8. Самой частой формой диабетического поражения нервной системы является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>диффузная периферическая полинейропатия</i> 2) автономная нейропатия 3) полирадикулопатия 4) миелопатия 5) энцефалопатия 	<p>18. Длительность действия инсулина длинного действия составляет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 12-16 часов 2) 3-5 часов 3) до 36 часов 4) 5-6 часов.
<p>9. Этиопатогенетическая терапия диабетической нефропатии включает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>достижение полной компенсации диабет</i> 2) <i>терапию ингибиторами АПФ</i> 3) <i>лечение блокаторами рецепторов ангиотензина II</i> 4) снижение физической активности 5) <i>отказ от курения</i> 	<p>19. Жалобы при сахарном диабете 2 типа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) снижение массы тела 2) полидипсия 3) лихорадка 4) бронхиальная обструкция.
<p>10. Формулировка диагноза сахарный диабет включает в себя</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тип диабета 2) степень тяжести 3) фазу компенсации 4) наличие осложнений с указанием формы и стадии 5) <i>все вышеперечисленное</i> 	<p>20. Концентрация глюкозы натощак – это уровень глюкозы крови утром после предварительного голодания в течение</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не менее 8 часов и не более 14 часов 2) не менее 10 часов и не более 16 часов 3) не менее 4 часов и не более 10 часов 4) не менее 6 часов и не более 12 часов.

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

3.3. Критерии и шкала оценивания ситуационной задачи (собеседование)

В ФОС включены типовые ситуационные задачи:

Ситуационная задача № 1

Пациент М. 62 лет обратился к врачу-эндокринологу с жалобами на жажду, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, одышку и боли в нижних конечностях, возникающие при физических нагрузках. Данные жалобы беспокоят в течение последних 6 месяцев. Из анамнеза выяснено, что много лет имеет избыточный вес, ведет малоподвижный образ жизни, курит по 2 пачки сигарет в день с 30 лет. Страдает сахарным диабетом 2 типа в течение 7 лет, принимает метформин 1000 мг 2 р/д, галвус 50 мг 1 р/сут, гликемию контролирует нерегулярно.

При осмотре ИМТ - 36 кг/м². Тоны сердца ослаблены, акцент II тона над аортой, ЧСС – 84 удара в минуту, АД – 180/100 мм рт. ст. Периферическая пульсация на артериях стоп снижена, ЛПИ 0,99. На подошвенной поверхности стоп определяется гиперкератоз, кожа бледная.

В общем анализе крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты – $5,7 \times 10^9 /л$, СОЭ - 9 мм/ч. В общем анализе мочи: удельный вес - 1018, белка нет, глюкозурия ++, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

В биохимическом анализе крови: общий холестерин - 6,4 ммоль/л, триглицериды - 3,8 ммоль/л, ЛПВП - 0,6 ммоль/л, глюкоза крови - 10,2 ммоль/л, АЛТ - 54 МЕ/л, АСТ - 32 МЕ/л. HbA1c – 8,3%.

Рентгенография легких – без патологии. ЭКГ – синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка. ЭХО-КГ: нарушение локальной сократимости миокарда ЛЖ (гипокинез).

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

Ситуационная задача № 2

Пациентка Ш., 59 лет, сахарный диабет 2 типа в течение 8 лет. В дебюте был назначен метформин 1000 мг 2 раза в сутки, который принимает по настоящее время. Уровень гликемии контролирует нерегулярно, 2-3 раза в неделю. Уровень глюкозы крови колеблется в пределах 10-18 ммоль/л. У эндокринолога наблюдается нерегулярно. За последний год похудела на 11 кг при привычном питании.

Хронические заболевания: Длительное время страдает гипертонической болезнью, артериальное давление поднимается до максимальных цифр 220/100 мм.рт.ст. Постоянно получает индапамид 2,5 мг, эналаприл 20 мг 2 раза, амлодипин 5 мг, бисопролол 5 мг.

Общее состояние: удовлетворительное. Сознание: ясное. Цвет кожных покровов: обычной окраски. Влажность кожи: нормальная. Тurgор: сохранен. Цианоз: отсутствует. Наличие отеков: отсутствуют. ЧДД: 16 /мин. Ритм дыхания: регулярный. Дыхание: нормальное. Хрипы: нет. Перкуторный звук: ясный. Артериальное давление: 130/70 мм.рт.ст., ЧСС: 76 /мин. Ритм сердца: не нарушен; тоны сердца: ясные. Цвет языка: розового цвета, налет на языке: отсутствует. Размер живота: не увеличен, при пальпации: мягкий, безболезненный. Мочеиспускание: не нарушено, цвет мочи: желтый (обычный). Стул: без особенностей.

Статус питания: Рост: 156 см. Вес: 64 кг. ИМТ: 26,2 кг/кв.м.

В общем анализе крови: гемоглобин - 144 г/л, эритроциты – $5,07 \times 10^{12}/л$; тромбоциты – $251 \times 10^9 /л$; лейкоциты – $8,8 \times 10^9 /л$.

В биохимическом анализе крови: общий белок – 67 г/л (64-83), мочеви́на – 5,2 ммоль/л (2,8-8,3), креатинин – 79,5 мкмоль/л (45-97), холестерин общий – 7,1 ммоль/л (2,9- 5,2), ЛПВП- 1,3 ммоль/л (1.03-1.55); ЛПНП- 5,0 ммоль/л (2.5-4.1) ТГ- 2,0 ммоль/л (0-1,71), АЛТ – 24,1 МЕ/л (0,0-35) АСТ- 25,4 МЕ/л (0,0-35), рСКФ - 70 мл/мин/1,73м², С-пептид – 1,00 нг/мл (0,9-7,1), калий – 4,9 ммоль/л, натрий - 145 (135-148) ммоль/л.

В общем анализе мочи: относительная плотность – 1010, белок – отр., глюкоза - +++, лейкоциты – един. в поле зрения, эритроциты – отр., кетоны отр.

Определен уровень гликированного гемоглобина: HbA1c = 11,2%.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Скорректируйте сахароснижающую терапию у данного пациента.

Ситуационная задача № 3

Пациентка 55 лет, страдает сахарным диабетом 2 типа в течение 3 лет. Получает лечение: метформин 1000 мг 2 раза в сутки. На этом фоне уровень гликемии натощак колеблется от 6,5 ммоль/л до 7,6 ммоль/л, уровень гликемии после еды колеблется от 9,4 38 ммоль/л до 12,5 ммоль/л. Гипогликемические реакции пациентка не отмечает. За последний год вес стабильный.

В анамнезе: при проведении неделю назад профилактической маммографии, было выявлено образование правой молочной железы с неровными, нечеткими контурами. При дообследовании в онкологическом диспансере был поставлен диагноз: Рак молочной железы T1N0M0. Пациентке планируется проведение органосохраняющей операции с последующей лучевой терапией.

В общем анализе крови: гемоглобин- 116 г/л, эритроциты – 4,4; тромбоциты – 270 x10⁹ /л; лейкоциты – 4,6 x 10⁹/л; СОЭ 5мм/час.

В биохимическом анализе крови: общий белок – 62 г/л, креатинин – 80,5 мкмоль/л(45-97), холестерин общий – 3,7 ммоль/л (0-5,2), ЛПВП-1,07 ммоль/л (1.03-1.55); ЛПНП- 3,2 ммоль/л (2.5-4.1) ТГ- 1 ммоль/л (0-1,71), АЛТ – 21,6 Ед/л (менее 33) АСТ- 18,4 Ед/л; (менее32); ЩФ- 87 Ед/л (73-104); рСКФ-71 мл/мин/1,73м².

В общем анализе мочи: относительная плотность – 1017, белок – 0,001 г/л, глюкоза отсутствует, лейкоциты – отсутствуют, эритроциты – отсутствуют, кетоны отсутствуют.

Определен уровень гликированного гемоглобина: HbA1c = 8,2%

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 70 ударов в минуту. АД- 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Рост – 164 см Вес - 72 кг ИМТ – 26,8 кг/м²

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Скорректируйте сахароснижающую терапию у данной пациентки, если необходимо.

3. Назовите рекомендации по коррекции сахароснижающей терапии для пациентов с онкологическими заболеваниями.

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
<i>Зачтено</i>	60 - 100	Набрано зачетное количество баллов согласно установленному диапазону
<i>Незачтено</i>	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: *тестовые 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. Выбор индивидуальной цели гликемического контроля при сахарном диабете 2 типа проводится не реже

1. 1 раза в два года
2. 1 раза в шесть месяцев
3. 1 раза в три года
4. 1 раза в год.

3. Если исходный показатель HbA1c превышает индивидуальный целевой уровень более чем на 2,5%, рекомендована

1. монотерапия сахароснижающим препаратом
2. комбинация двух сахароснижающих препаратов
3. диетотерапия
4. инсулинотерапия.

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 (HbA1c). 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 HbA1c < 7 %, так как возраст пациентки 50 лет, нет тяжелых осложнений и нет риска гипогликемической комы. Диагноз «артериальная гипертензия» (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 - протенинурия (0,15 г/л). Ожирение 2 ст., так как ИМТ = 37 кг/м².

3. Пациенту рекомендовано: определение уровня HbA1c, гликемический профиль, исследование мочи на альбуминурию, БАК: ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевины, 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. Жалобы при сахарном диабете 2 типа

- 1. снижение массы тела**
- 2. полидипсия**
3. лихорадка
4. бронхиальная обструкция.

2. Концентрация глюкозы в венозной плазме при гестационном сахарном диабете натощак

1. ≥ 85 и < 111
2. ≥ 100
- 3. ≥ 51 и < 70**
4. < 51 .

3. По МКБ-10 сахарный диабет кодируется

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

Задача

Пациент Д. 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на жажду, сухость во рту, учащенное 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 имеет избыточный вес, ведет 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 отягощен.

При осмотре повышенного питания. ИМТ - 31 кг/м², объем талии (ОТ) - 100 см. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких – перкуторно звук легочный, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, акцент II тона над аортой, ЧСС – 64 удара в минуту, АД – 180/100 мм рт. ст. Язык влажный чистый, живот пальпаторно безболезненный, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову - 11×10×6 см, выступает на 2 см из-под реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Периферическая пульсация на артериях стоп сохранена, не снижена.

В общем анализе крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 142 г/л, ЦП – 0,85, лейкоциты - $5,6 \times 10^9 /л$, 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, Hb A1c - 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 легких – без патологии.

ЭКГ – синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС - 64 удара в минуту.

УЗИ брюшной полости – печень увеличена (12×10×7 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, Hb A1c - 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.

Ответ

1. Сахарный диабет, 2 типа, впервые выявленный. Целевой уровень Hb A1c 6,5%. Гипертоническая болезнь, 2 стадия, 3 степень, риск 4. Неалкогольный стеатогепатит. Ожирение I ст. Дислипидемия.

2. Диагноз «сахарный диабет (СД) 2 типа» установлен на основании жалоб на жажду, сухость во рту, учащённое мочеиспускание, особенно ночью, повышенного уровня глюкозы в крови, глюкозурии. Диагноз «артериальная гипертензия (АГ)» установлен на основании жалоб больного на боли в затылке, особенно после стрессов; установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ожирения, атерогенной дислипидемии, отягощённой по ГБ наследственности, мужского пола. Диагноз «неалкогольный стеатогепатит» установлен на основании данных пальпации, лабораторного и инструментального обследования - повышенного АЛТ и УЗИ (увеличение размеров печени, нарушение структуры «блестит»). Диагноз «ожирения I ст.» установлен на основании повышенного ИМТ и ОТ. Диагноз «атерогенная дислипидемия» установлен на основании повышенных общего холестерина и ТГ и сниженного уровня ЛПВП.

3. Пациенту рекомендовано: исследование дневной гликемии через 2 часа после основных приёмов пищи и натощак на фоне лечения для оценки эффективности проводимой терапии и компенсации диабета; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии; УЗ-исследование почек, уровень креатинина крови и расчёт скорости клубочковой фильтрации, определение микроальбуминурии для оценки поражения органа-мишени почек, доплерография сонных артерий (для выявления ранних признаков атеросклероза: бляшки, утолщение слоя интимы-медиа).

4. Для лечения СД бигуанид - Метформин 1000 мг по 1 т. на ночь и ингибитор ДПП 4 Галвус 50 мг утром перед едой под контролем гликемии назначены в соответствии с алгоритмом ведения больных - отсутствие гипогликемий и метаболическая нейтральность, максимальное сохранение инсулиновой секреции в условиях ожирения и инсулинорезистентности, то есть патогенетически подобранное лечение. Для лечения ГБ: ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их метаболической нейтральности и кардиопротективных свойствах. В связи с наличием поражения печени предпочтителен ингибитор АПФ Лизиноприл. Учитывая 3 степень, необходима комбинированная терапия на старте: ИАПФ/сартаны + дигидропиридиновые антагонисты кальция пролонгированного действия, в том числе фиксированные комбинации. Для лечения дислипидемии необходим фенофибрат: Трайкор в связи с механизмом действия - снижает триглицериды и повышает ЛПВП, нефропротективным и ретинопротективными эффектами (профилактика поражения микроциркуляторного русла и диабетических осложнений). 5. Отменить Галвус и оставить Метформин с коррекцией дозы. Продолжить антигипертензивную терапию с коррекцией дозы или Периндоприла до 10 мг/сутки, или Амлодипина до 10 мг/сутки; отменить Трайкор, продолжить динамическое наблюдение. Продолжить рекомендовать рацион с ограничением жиров и быстроусвояемых углеводов и соли, продолжить дозированные физические нагрузки с целью снижения веса.

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. Предиктором развития сахарного диабета 2 типа является ожирение

1. **абдоминальное**
2. глутео-фemorальное
3. общее
4. висцеральное.

3. Причинами развития специфических типов сахарного диабета являются

1. аллергические реакции
2. **инфекции**
3. **воздействие лекарственных препаратов**
4. деструкция α -клеток поджелудочной железы.

Задача

Мужчина А. 48 лет, слесарь, обратился на прием к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли диффузного характера. Выявлена артериальная гипертензия: АД сидя – 150/95 мм рт. ст. АД лежа – 165/100 мм рт. ст. При обследовании глазного дна: выявлено сужение артерий, расширения и извитость венул, артериовенозные перекресты (С-Г 2), микроаневризмы и единичные точечные кровоизлияния по периферии; глюкоза крови натощак – 10,1 ммоль/л, в случайное время дня – 15,0 ммоль/л.

Из анамнеза известно: головные боли беспокоят около года, не обследовался.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Отеков, стрий нет. Слизистые чистые. ОТ – 103 см, ОБ – 88 см, вес – 107 кг, рост – 172 см. ЧД в покое – 18 в минуту. При перкуссии в легких ясный легочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное над всеми легочными полями. АД – 175/90 мм рт. ст., ЧСС – 100 в минуту. Левая граница сердца расширена на 1 см влево, верхняя и правая – в норме. Тоны ритмичные, приглушены. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот увеличен за счет жирового слоя. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край закруглен. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. Стул ежедневно. Диурез не считал. При осмотре нижних конечностей: кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Отсутствует температурная чувствительность на стопах и в нижней $\frac{1}{3}$ голени, тактильная и болевая чувствительность сохранены.

Проведено УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости нет. Печень: правая доля – 183 мм (КВР:130-150), левая доля – 90 мм (КВР 50-60) контуры ровные, структура диффузно неоднородна, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок печени несколько 17 обеднен. Внутривенечные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы, 68×28 мм, стенка – 2 мм, содержимое эхонегативное. ОЖП – 6 мм (4-6 мм). Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, четкие, структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности. Селезенка – 48 см² (до 50), не изменена.

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. СД 2 типа, индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,0%. Диабетическая непролиферативная ретинопатия; Диабетическая периферическая нейропатия, сенсорная форма. НАЖБП. Артериальная гипертензия 2 ст, риск 4. Ожирение 2 ст (ИМТ=36,1 кг/м²), абдоминальный тип.

2. Диагноз СД 2 тип выставлен на основании синдрома хронической гипергликемии (натошак уровень гликемии - 10,1, случайно определенный уровень гликемии - 15,0 ммоль/л) и характерных осложнений СД (диабетической ретинопатии, полинейропатии, стеатогепатоза -НАЖБП). Диагноз «д. полинейропатии» выставлен на основании отсутствия температурной чувствительности на стопах и в нижней 1/3 голени, тактильная и болевая чувствительность сохранены. Диагноз «д. ретинопатия I степени» подтвержден данными осмотра глазного дна. Диагноз «ожирения (абдоминальный тип)» выставлен на основании ИМТ-36,14 кг/м²; Диагноз «НАЖБП» подтвержден увеличенными размерами печени (объективно и данными УЗИ - увеличение КВР правой доли), а также заболеваниями, лежащими в основе НАЖБП: СД2 и ожирение. Диагноз «АГ» подтверждается повышением САД- 175 мм рт. ст (2 степень), ГЛЖ, СД, ожирение (высокий риск),

3. ОАК - исключение анемии, воспалительных изменений крови, ОАМ - разовая протеинурия, возможные микрогематурия, цилиндрuria, лейкоцитурия, бактериурия (инфекция мочевыводящих путей при СД), моча на кетоновые тела. Определение МАУ, суточной протеинурии, СКФ, креатинина, мочевины, калия для оценки функционального состояния почек и своевременного выявления осложнения СД- д. нефропатии и уточнения ее стадии, липидограмма (повышение атерогенных фракций липидов), АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин и его фракции-оценка функционального состояния печени, исключение синдрома цитолиза на фоне стеатогепатита; мочева кислота (метаболический синдром), ЭКГ (оценка ритма и проводимости, гипертрофии отделов сердца), ЭМГ нижних конечностей (уточнение стадии д. полинейропатии), УЗДГ артерий нижних конечностей (исключение атеросклеротических изменений артерий нижних конечностей, оценка степени стенозов), гликированный гемоглобин-определение тактики ведения пациента и назначение стартовой сахароснижающей терапии, динамика изменений на фоне лечения.

4. Диета 9, так как у пациента имеется ожирение, рекомендуется низкокалорийная диета (менее 1800, но не 1500 ккал/сут), снижение калорийности от исходно уровня проводится по 300-500 ккал/нед, голодание запрещено, исключить легкоусвояемые углеводы-сахар, печенье, конфеты, варенье, вафли, пирожные, мед, сладкие напитки, торты, шоколад, сухофрукты, бананы, виноград, дыню, манную и рисовую каши, питание дробное 4-6 раз в день небольшими порциями, ограничение потребления поваренной соли до 3г/сут (АГ), Метформин с 500 мг/сут постепенно увеличивая дозу до 2000 мг/сут (для уменьшения ИР, снижения гипергликемии за счет повышения чувствительности клеток к эндогенному инсулину, улучшения липидного спектра крови, снижения массы тела); статины (при гиперхолестеринемии), ингибиторы АПФ-(нефропротективный и гипотензивный эффекты), препараты тиоктовой кислоты, 600 ЕД действующего вещества в 200 мл физ. р-ра, в/в капельно, 10 дней, затем в таблетках - 600 мг/сут, 2 месяца (при полинейропатии назначается в связи с антиоксидантным и метаболическим эффектами). 5. При соблюдении рекомендаций, снижении массы тела, контроле гликемии и компенсации диабета-благоприятный, так как остановится прогрессирование осложнений, в противном случае прогрессирование осложнений до развития слепоты, ХПН, инфарктов, инсультов, переход на инсулинотерапию при истощении в-клеток. Выбор терапии и титрация доз по данным гликемии в течение дня до и через 2 часа после приема пищи, натошак (целевые значения гликемии для пациентки в настоящее время- натошак менее 7,0 ммоль/л, через 2 часа после приема пищи - менее 9,0 ммоль/л). ОАК, ОАМ - 1 раз в год, МАУ-1 раз в год, биохимическое исследование крови - общий белок, АЛТ, АСТ, липидограмма, креатинин, мочевина, билирубин, калий, натрий - 1 раз в год, СКФ - 1 раз в год, ЭКГ- 1 раз в год, исследование гликированного гемоглобина - 1 раз в 3 месяца, глазное дно - 1 раз в год, осмотр ног и оценка чувствительности-1 раз в год, измерение АД - при каждом посещении врача, в домашних условиях, ведение дневника самоконтроля для коррекции терапии.

Вариант 4.

1. Сахарный диабет 2 типа – нарушение углеводного обмена, вызванное

1. относительной инсулинорезистентностью
2. преимущественной инсулинорезистентностью
3. относительной инсулиновой недостаточностью
4. преимущественной инсулиновой недостаточностью.

2. Целевой уровень холестерина липопротеидов низкой плотности у пациентов с сахарным диабетом 2 типа при наличии высокого риска сердечно-сосудистых осложнений

1. <18 ммоль/л
2. <26 ммоль/л
3. <12 ммоль/л
4. <14 ммоль/л

3. проявлениями метаболического синдрома являются

1. гиперурикемия
2. гиперкортизолемиа
3. атерогенная дислипидемия
4. сидеропения.

Задача

Женщина 62 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, сухость во рту, умеренную жажду, боли в ногах, особенно по ночам, чувство жжения, покалывания стоп, судороги икроножных мышц.

Из анамнеза известно, что за последние 10 лет отмечает постепенную прибавку веса на 15 кг, отмечает подъемы артериального давления до 160/95 мм рт. ст. Регулярной терапии не получала. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД - 170/95 мм рт. ст. и была выявлена альбуминурия.

Семейный анамнез. Родители страдали ГБ, ожирением, СД тип 2. Вредных привычек нет.

При осмотре. Общее состояние удовлетворительное. Вес - 87 кг, рост - 165 см, ИМТ – 32,0 кг/м², окружность талии - 102 см, распределение жира неравномерное, в основном на животе и в верхней половине туловища. Стрий нет. Кожа сухая, на голенях участки 23 пигментации, трещины на стопах, микоз стоп. Пульс - 78 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пульсация аа. dorsalis pedis и tibialis posterior отчетливая. АД - 165/95 мм рт. ст.

В анализе крови: глюкоза натощак - 8,6 ммоль/л, HbA1C - 7,9%, общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ЛПНП – 4,36; ЛПВП - 0,96, триглицериды – 3,8.

Общий анализ мочи без патологии; креатинин – 102 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКD-EPI) - 71,6 мл/мин; альбуминурия – 120 мг/сутки.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

Ответ

1. Сахарный диабет тип 2. Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. Диабетическая полинейропатия, дермопатия. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С2 стадии, альбуминурия А2 стадия.

2. Сахарный диабет диагностируется на основании анамнестических данных (слабость, сухость в рту, жажда у женщины пожилого возраста с абдоминальным ожирением и отягощенной наследственностью) и согласно рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов 2015 года при повышении уровня гликемии утром натощак до и более чем 7,0 ммоль/л, а также гликированного гемоглобина до или более чем 6,5%. Диагноз «артериальная гипертензия (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД; данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение 10 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек). Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета с осложнениями, ХБП. Ожирение соответствует 2 стадии по классификации ВОЗ (ИМТ 32). Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП) С2 стадии, альбуминурия А2 стадия» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижении СКФ.

3. Диабетическая полинейропатия - особенности жалоб, для уточнения диагноза требуется осмотр невролога. Диабетическая дермопатия. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек С2 стадии (снижение скорости клубочковой фильтрации до 71%), альбуминурия А2 стадия - 120 мг/сутки.

4. Пациентке рекомендовано: дневные колебания глюкозы крови; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек. 5. Лечение: диета 1300-1500 ккал/сутки, Сиофор - 850 мг 3 раза в день, увеличение физической активности. Лечение полинейропатии: альфа-липоевая кислота, витамины группы В. Антигипертензивные препараты первой линии - ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II с ренопротективными свойствами. Среди ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) предпочтение отдается препаратам с двойным путем выведения - печень/почки (при ХБП - Квадроприл, Моэксиприл, Эпросартан, Телмисартан).