**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 1**

Пациентка 0., 40 лет обратилась с жалобами на выраженную слабость, похудание на 10 кг за последние 6 месяцев, потемнение кожных покровов, тягу к соленой пище, плохой аппетит, неустойчивый стул.

Анамнез: летом отдыхала на Юге. После возвращения отмечает ухудшение самочувствия, усиление вышеперечисленные жалобы.

Объективно: масса тела 50 кг, рост 172 см. Выраженная диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно в области ладонных складок, паховой области. АД 80/50 мм рт ст., ЧСС 98 в мин. Тоны сердца ясные. При пальпации отмечается умеренная болезненность в эпигастральной области. Лабораторные данные: К 5,7 ммоль/л, Па 127 ммоль/л, глюкоза 3,2 ммоль/л, эозинофили 6%, ЧСС 120 уд в мин, АД 75/50 мм рт ст.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для

уточнения диагноза?

1. Определите тактику лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 2**

Пациентка 0. 34 лет госпитализирована в бессознательном состоянии. Со слов родственников, страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 15 лет, находится на интенсифицированной инсулинотерапии. На фоне обострения хронического пиелонефрита стала отмечать усиленную жажду, учащенное мочеиспускание, слабость, сонливость, тошноту.

В связи с отсутствием аппетита снизила дозу вводимого инсулина короткого действия. В последние сутки вялость, сонливость усилилась, появилась выраженная одышка.

Госпитализирована бригадой СМП. В приемном отделении городской клинической больницы потеряла сознание.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы и слизистые оболочки сухие, дыхание Куссмауля, запах ацетона изо рта. Гликемия 27 ммоль/л, К 3,1 ммоль/л, РН 7,1, анализ мочи: ацетон + + + +, лейкоцитурия. Клинический анализ крови: лейкоциты -12000.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз?
2. Определите тактику лечения?
3. Объясните причину возникновения данного состояния?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 3**

Больная 0., 35 лет обратилась к врачу с жалобами на изменение внешности: округлость лица, появление багровых стрий на коже бедер и живота, мышечную слабость, боли в позвоночнике, аменорею.

Анамнез: на протяжении последних 2-х лет стала отмечать изменение внешности, прибавку массы тела на 15 кг за последние 2 года, появление волос на лице, нарушение менструального цикла, вначале по типу олигоменореи, в настоящее время — аменорея. Отмечает подъемы АД максимально до 160/100 мм рт ст. постоянного лечения не получает.

Осмотр: матронизм, сухость кожных покровов, гирсутизм, ярко-багровые стрии на коже бедер и живота, мышечная слабость.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Определите тактику лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 4**

Пациент В. 22 лет поступил в отделение реанимации в бессознательном состоянии. Со слов коллег, страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 2 лет.

Перед обедом уколол 8 ЕД короткого инсулина, съел салат из свежих овощей, тарелку борща с мясом и большую свиную отбивную без гарнира с одним кусочком хлеба. Работает строителем. Через сорок минут работы ощутил внезапную слабость, на лбу выступил холодный пот, появился тремор рук. Товарищи по работе дали шоколадную конфету, однако на этом фоне значительного улучшения состояния не произошло.

Вызвана бригада СМП. Объективно: сознание - спутанное не ориентирован во времени и пространстве, кожные покровы бледные, влажные. АД 70/50 мм рт ст., ЧСС 110 в мин.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Объясните причину развития данного состояния?
3. Определите тактику обследования и лечение?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 5**

Пациент А, 46 лет обратился к врачу на выраженные головные, снижение остроты зрения, нарушение эрекции, снижение полового влечения.

Анамнез: нарушение потенции - в течение 1.5-2 лет. К врачу не обращался. Последние несколько месяцев появились головные боли, ухудшилось зрение.

При осмотре: гинекомастия, при надавливании на грудные железы — небольшие капли молозивоподобного отделяемого.

Консультация окулиста: верхнеквадрантная битемпоралъная гемианопсия. В крови Прл 22000 мЕ/л (60-400).

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Определите тактику обследования и лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 6**

1. Пациент К, 67 лет обратился к врачу с жалобами на сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, слабость, снижение работоспособности.

Жалобы появились несколько месяцев назад. С 40 лет - избыточный вес, за последний год прибавил 6 кг. У матери - сахарный диабет 2 типа.

Объективно: Рост- 175 см, вес -102 кг, ИМТ - 34,3 кг/м2, ОТ - 105 см, АД- 160/100 мм рт.ст., глюкоза -8,1 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз?
2. Составьте план обследования пациента?
3. Определите тактику лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 7**

Больная Д 48 лет обратилась к врачу с жалобами на кратковременные (5-6 мин) приступы повышения АД до 230/140 мм рт.ст., сопровождающиеся сердцебиением, ощущением внутренней дрожи, потливостью, ощущением сжимающих болей за грудиной.

Анамнез: на протяжении последних 8 лет отмечается снижение массы тела на 8 кг. В течение последних лет отмечаются периодические приступы повышения АД, принимала гипотензивную терапию нерегулярно, наблюдается у кардиолога с диагнозом гипертоническая болезнью. За последние 10 лет хирургических вмешательств не было. Осмотр: кожные покровы обычной окраски и влажности. Артериальное давление вне приступа 140/90 мм рт ст.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Определите тактику лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 8**

1. Ультразвуковое исследование щитовидной железы (описание) Пациента К. 52 лет. Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная, умеренно сниженной эхогенности.

Правая доля: 1,8 х 1,6 х 5,2 см

Левая доля 1,4 х 1,3 х 4,0 см

Перешеек 0,3 см

В правой доле определяются два изоэхогенных неоднородных узла с ровными контурами и гипоэхогенными венчиками:

В нижней трети - 0,8 х 0,7 х 1,0 см

В средней трети -1,2x1,1x1,6 см

**Вопросы:**

1. Рассчитайте объем щитовидной железы.
2. Дайте заключение УЗ картины щитовидной железы.
3. Ваши рекомендации о дальнейшей тактике ведения пациента.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 9**

Ультразвуковое исследование щитовидной железы (описание) Пациентки П. 49 лет. Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры ровные, паренхима диффузнонеоднородная, средней эхогенности.

Правая доля: 2,1 х 2,4 х 5,5 см

Левая доля 2,1 х 1,9 х 5,5 см

Перешеек 0,3 см

Сниженной эхогенности узлы с ровными контурами определяются:

В нижней трети правой доли - 0,7 х 0,6 х 0,8 см

В верхней трети правой доли - 0,5 х 0,3 х 0,4 см

В нижней трети левой доли - 0,5 х 0,3 х 0,6 см

**Вопросы:**

1) Рассчитайте объем щитовидной железы?

2) Дайте заключение УЗ картины щитовидной железы?

3) Ваши рекомендации о дальнейшей тактике ведения пациента?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 10**

Ультразвуковое исследование щитовидной железы (описание) Пациентки Г. 30 лет. Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры ровные, паренхима однородная, средней эхогенности.

Правая доля: 1,9 х 1,7 х 4,7 см

Левая доля 1,6 х 1,5 х 5,3 см

Перешеек 0,3 см

В средней трети левой доли рядом визуализируются два смешанной эхогенности узла с ровными контурами и тонким гипоэхогенным венчиком, диаметром 0,6 см.

В средней трети левой доли рядом визуализируются два смешанной эхогенности узла с тонкими гипоэхогенными венчиками, диаметром 0,6 см каждый.

**Вопросы:**

1) Рассчитайте объем щитовидной железы?

2) Дайте заключение УЗ картины щитовидной железы?

3) Ваши рекомендации о дальнейшей тактике ведения пациента?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 11**

Ультразвуковое исследование щитовидной железы (описание) Пациента Ю. 50 лет. Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры ровные, паренхима однородная, средней эхогенности.

Правая доля: 2,0 х 2,34 х 5,3 см

Левая доля 2,1 х 2,6 х 5,3 см

Перешеек 0,5 см

В средней трети правой доли по заднему контуру определяется сниженной эхогенности узел с ровными контурами, диаметром 0,6 см.

**Вопросы:**

1) Рассчитайте объем щитовидной железы?

2) Дайте заключение УЗ картины щитовидной железы?

3) Ваши рекомендации о дальнейшей тактике ведения пациента?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 12**

Ультразвуковое исследование щитовидной железы (описание) Пациента Т. 44 лет. Щитовидная железа расположена в типичном месте.

Правая доля: 3,5 х 2,8 х 6,6 см. Большую часть правой доли (за исключением верхнего полюса) и часть перешейка занимает сниженной эхогенности неоднородный узел, внутри гипоэхогенные и жидкостные зоны и участки кальциноза, контуры узла ровные, по периферии гипоэхогенный венчик, размеры узла - 3,8 х 2,0 х 4,4см.

В верхнем полюсе аналогичной структуры узел, размерами 1,6 х 1,4 х 1,9 см.

Левая доля 1,2 х 1,4 х 4,5 см, ткань доли нормальной эхо структуры.

В нижней трети определяется узел, большая часть которого представлена жидкостным компонентом, контуры узла ровные, размеры 1,0 х 0,8 х 1,1 см.

В средней и верхней трети доли определяется сниженной эхогенности узел с ровными контурами 1,1 х 0,8 х 1,1 см.

Перешеек 0,4 см

**Вопросы:**

1. Рассчитайте объем щитовидной железы?
2. Дайте заключение УЗ картины щитовидной железы?
3. Ваши рекомендации о дальнейшей тактике ведения пациента?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 13**

Ультразвуковое исследование щитовидной железы (описание) Пациентки М. 39 лет. Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры ровные, паренхима умеренно однородная, средней эхогенности.

Правая доля: 1,5 х 1,5 х 4,8 см

Левая доля 1,5 х 1,4 х 4,5 см

Перешеек 0,3 см

Сниженной эхогенности неоднородные узлы с ровными контурами определяются в верхней трети правой доли - 0,7 х 0,4 0,8 см и в нижней трети левой доли - 0,5 х 0,3 х 0,5 см.

**Вопросы:**

1) Рассчитайте объем щитовидной железы?

2) Дайте заключение УЗ картины щитовидной железы?

3) Ваши рекомендации о дальнейшей тактике ведения пациента?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 14**

Ультразвуковое исследование щитовидной железы (описание) Пациентки М. 31 года. Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры ровные, паренхима однородная, средней эхогенности. Узлов нет.

Правая доля: 1,5 х 1,5 х 5,7 см

Левая доля 1,5 х 1,3 х 5,0 см

Перешеек 0,3 см

**Вопросы:**

1) Рассчитайте объем щитовидной железы?

2) Дайте заключение УЗ картины щитовидной железы?

3) Ваши рекомендации о дальнейшей тактике ведения пациента?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 15**

Ультразвуковое исследование щитовидной железы (описание) Пациента К. 52 лет. Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородной, сниженной эхогенности с мелкими участками фиброза в обеих долях. Узлов нет.

Правая доля: 2,1 х 1,8 х 5,5 см.

Левая доля 1,8 х 1,8 х 5,0 см

Перешеек 0,35 см

**Вопросы:**

1. Рассчитайте объем щитовидной железы?
2. Дайте заключение УЗ картины щитовидной железы?
3. Ваши рекомендации о дальнейшей тактике ведения пациента?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 16**

Ультразвуковое исследование щитовидной железы (описание) Пациента X. 68 лет. Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры ровные, паренхима однородная средней эхогенности.

Правая доля: 1,4 х 2,0 х 4,0 см

Левая доля 1,7 х 1,8 х 5,0 см

Перешеек 0,3 см

В средней трети правой доли определяется сниженной эхогенности неоднородный узел, внутри мелкие кальцинаты, контуры узла ровные, размеры 0,9 х 0,8 х 0,9 см.

В средней трети левой доли по заднему контуру – сниженной эхогенности узел с ровными контурами 0,9 х 0,6 х 1,0 см.

В верхней трети левой доли - сниженной эхогенности неоднородный узел с ровными контурами и тонким гипоэхогенным венчиком, размерами 0,9 х 0,7 х 1,0 см.

**Вопросы:**

1. Рассчитайте объем щитовидной железы?
2. Дайте заключение УЗ картины щитовидной железы?
3. Ваши рекомендации о дальнейшей тактике ведения пациента?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет №**

Ультразвуковое исследование щитовидной железы (описание) Пациентки А. 51 года. Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная, средней эхогенности.

Правая доля: 1,8 х 2,4 х 4,5 см

Левая доля 2,1 х 3,3 х 5,9 см

Перешеек 0,4 см

В обеих долях определяются смешанной эхогенности узлы с ровными контурами и гипоэхогенными венчиками

В средней трети правой доли - 1,5 х 1,5 х 1,8 см

В нижней трети левой доли -1,2 х 1,1 х 1,1 см

В средней трети левой доли 2 узла - 1,2 х 1,3 х 1,3 см и 0,8 х 0,8 х 0,7 см.

С обеих сторон в области сосудистых пучков шеи определяются единичные умеренно увеличенные лимфатические узлы.

**Вопросы:**

1. Рассчитайте объем щитовидной железы?
2. Дайте заключение УЗ картины щитовидной железы?
3. Ваши рекомендации о дальнейшей тактике ведения пациента?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 18**

Пациентка Н. 23 лет поступила в отделении реанимации в бессознательном состоянии. Со слов родственников, пациентка страдает сахарным диабетом I-го типа в течение 5 лет.

С утра уколола обычную дозу инсулина, позавтракала и впервые пошла в тренажерный зал. Там после 20-минутной кардиотренировки в интенсивном режиме появился холодный пот, дрожь в руках, сердцебиение, выраженное чувство голода, очень быстро произошла потеря сознания. Тренеры не были информированы о наличии у девушки сахарного диабета. Обычными средствами (нашатырный спирт) пациентку в сознание привести не удалось. Была вызвана бригада скорой помощи.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные, состояние комы. АД 60/40 мм рт ст. ЧСС 100 в мин. Дыхание поверхностное. Гликемия 1.8 ммоль/л.

**Вопросы:**

1) Сформулируйте предварительный диагноз?

2) Объясните причину возникновения данного состояния?

3) Определите тактику обследования и лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 19**

Пациент В. 22 лет поступил в отделение реанимации в бессознательном состоянии. Со слов коллег, страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 2 лет. Перед обедом уколол 8 ЕД короткого инсулина, съел салат из свежих овощей, тарелку борща с мясом и большую свиную отбивную без гарнира с одним кусочком хлеба.

Работает строителем. Через сорок минут работы ощутил внезапную слабость, на лбу выступил холодный пот, появился тремор рук. Товарищи по работе дали шоколадную конфету, однако на этом фоне значительного улучшения состояния не произошло. Вызвана бригада СМП.

Объективно: сознание - спутанное не ориентирован во времени и пространстве, кожные покровы бледные, влажные. АД 70/50 мм рт. ст., ЧСС 110 в мин.

**Вопросы:**

1) Сформулируйте предварительный диагноз?

2) Объясните причину развития данного состояния?

3) Определите тактику обследования и лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 20**

Пациентка И, 26 лет обратилась к гинекологу в связи с бесплодием.

Анамнез: Последние 2 года стала отмечать прибавку в весе на 6 кг, нарушение менструального цикла, вплоть до аменореи. Появились головные боли, плохо купирующиеся анальгетиками, выделения из молочных желез при надавливании.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. При небольшом надавливании на сосок — обильное течение молозивоподобного отделяемого. В крови: пролактин 3000 мЕ/л (40-650).

**Вопросы:**

1) Поставьте предварительный диагноз?

2) Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для

уточнения диагноза?

3) Определите тактику лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 21**

Пациент А, 46 лет обратился к врачу на выраженные головные, снижение остроты зрения, нарушение эрекции, снижение полового влечения.

Анамнез: нарушение потенции - в течение 1.5-2 лет. К врачу не обращался. Последние несколько месяцев появились головные боли, ухудшилось зрение.

При осмотре: гинекомастия, при надавливании на грудные железы - небольшие капли молозивоподобного отделяемого. Консультация окулиста: верхнеквадрантная битемпоральная гемианопсия. В крови Прл 22000 мЕ/л (60-400).

**Вопросы:**

1) Поставьте предварительный диагноз?

2) Определите тактику обследования и лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 22**

Больная Н, 29 лет обратилась с жалобами на отсутствие менструаций, головные боли, усиливающиеся при нервном напряжении.

Анамнез: заболела 2 года назад, когда прекратились менструации. Начала увеличиваться масса тела, появились головные боли, вначале к врачам не обращалась, однако усиление головных болей и набор массы тела заставил пациентка обратиться к врачу.

Объективно: избыточная масса тела (ИМТ 27 кг/м2), при несильном надавливании на молочные железы - обильные капли молозивоподобного отделяемого. Пролактин крови 1500 мЕ/л (40-650).

**Вопросы:**

1) Поставьте предварительный диагноз?

2) Определите тактику обследования и лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет №23**

Больная 0., 25 лет обратилась к врачу с жалобами на отсутствие менструаций, головные боли, давящего, распирающего характера, плохо купирующиеся приемом анальгетиков.

Анамнез: До 23 лет была практически здорова. В 23 года, после замужества прекратились менструации, ситуация была расценена как беременность, однако при посещении гинеколога была выявлена гипоплазия матки. Рекомендован прием оральных контрацептивов, на фоне которых отмечались менструальноподобные реакции, прекратившиеся после отмены препарата.

Объективно: молочные железы мягкие, безболезненные, при несильном надавливании - капли молозивоподобного отделяемого. Пролактин крови -1700мЕ/л (40-650).

**Вопросы:**

1) Поставьте предварительный диагноз?

2) Определите тактику обследования и лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 24**

Больная И., 30 лет обратилась к врачу с жалобами на выраженную слабость, снижение массы тел, ломкость и выпадение волос, апатию, утрату полового влечения.

Анамнез: В 27 лет во время родов перенесла сильное маточное кровотечения. В остальном послеродовый период протекал без существенных особенностей. Через 1 месяц наступила агалактия. Менструации возобновились через 3 месяца после родов, нерегулярные, скудные, через 1 год после родов менструации прекратились полностью.

Начали появляться вышеперечисленные симптомы. Потеря веса за последний год составила 12 кг.

Объективно: Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, сухие, аксиллярное оволосение отсутствует, депигментация ореол. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 50 в минуту, АД 90/50 мм рт ст. Лабораторные данные: св. Т4 - 7,5 пмоль/л (10-20), ТТГ - 0,1 мМЕ/мл (0,35 -4,5), св. кортизол в моче 20 нмоль/сут (60-400), АКТГ - 0,1 пг/мл (10-60) , Э2- 50 пмоль/л (97-592), ФСГ - 0,2 мЕ/л (2-11,6), ЛГ - 0,1 мЕ/л (2,6-12,0).

**Вопросы:**

1) Поставьте предварительный диагноз?

2) Определите тактику обследования и лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 25**

Больной Н., 38 лет обратился к врачу с жалобами на слабость, сухость кожных покровов, апатию, адинамию, снижение потенции, периодически возникающие приступы головокружения, вплоть до потери сознания при подъеме с постели.

Анамнез: 5 лет назад попал в автокатастрофу, была черепно-мозговая травма, однако на момент выписки из стационара чувствовал себя здоровым. Через 3 года стал отмечать слабость, которая постепенно нарастала, однако больной этому факту значения не придал. Постепенно появилось снижение массы тела, появилась сухость кожи, развилась импотенция.

Объективно: Кожные покровы бледные, сухие, истонченные, аксиллярное оволосение отсутствует. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 55 в минуту, АД 90/60 мм рт ст. Лабораторные данные: св. Т4 - 7,0 пмолъ/л (10-20), ТТГ - 0,2 мМЕ/мл (0,35 -4,5), св. кортизол в моче 20 нмолъ/сут (60-400), АКТГ - 0,2 пг/мл (10 - 60), Тест 2,0 нмолъ/л (11,0-33,5), ФСГ -0,2 мЕ/л (1,6-9,7), ЛГ-0,1 мЕ/л (2,5 -11,0).

**Вопросы:**

1) Поставьте предварительный диагноз?

2) Что стало причиной развития заболевания?

3) Определите тактику обследования и лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 26**

Пациентка 0., 40 лет обратилась с жалобами на выраженную слабость, похудание на 10 кг за последние 6 месяцев, потемнение кожных покровов, тягу к соленой пище, плохой аппетит, неустойчивый стул.

Анамнез: летом отдыхала на Юге. После возвращения отмечает ухудшение самочувствия, усиление вышеперечисленные жалобы.

Объективно: масса тела 50 кг, рост 172 см. Выраженная диффузная гиперпигментация кожных покровов, особенно в области ладонных складок, паховой области. АД 80/50 мм рт ст., ЧСС 98 в мин. Тоны сердца ясные. При пальпации отмечается умеренная болезненность в эпигастральной области. Лабораторные данные: К 5,7 ммоль/л, Иа 127 ммоль/л, глюкоза 3,2 ммолъ/л, эозинофили 6%, ЧСС 120 уд в мин, АД 75/50 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1) Поставьте предварительный диагноз?

2) Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для

уточнения диагноза?

3) Определите тактику лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 27**

Пациент И, 36 лет обратился с жалобами на общую слабость, ухудшение настроения, потерю веса, снижение аппетита, периодически возникающую тошноту, рвоту, пристрастие к соленой пище.

Анамнез: в 18 лет во время службы в армии перенес плеврит, затем в течение жизни были еще два эпизода плеврита, однако в дальнейшем не обследовался.

Объективно: гиперпигментация кожных покровов и слизистых, масса тела 65 кг, рост 180 см. АД 85/50 мм рт. ст., ЧСС 95 в мин., тоны сердца ясные ритмичные, шум трения плевры справа, на уровне угла лопатки. При пальпации живота - болезненность в эпи- и мезогастрии. Лабораторные данные: К 5,7 ммолъ/л, Па 127 ммолъ/л, глюкоза 3,2 ммолъ/л, эозинофили 6%, ЧСС 120 уд в мин, АД 75/50 мм рт ст.

**Вопросы:**

1) Определите возможную причину развития данного состояния?

2) Определите дальнейшую тактику обследования и лечения?

3) Поставьте предварительный диагноз?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 28**

Больная 32 лет обратилась к эндокринологу с жалобами на тошноту, головокружение, слабость, особенно в утренние часы, потерю веса. Анамнез: С 25 лет наблюдается по поводу феохромоцитомы обоих надпочечников.

В 25 и 30 лет последовательно проведена право- и левосторонняя адреналэктомия, в связи с чем принимала заместительную терапию кортефом 20 мг утром, 10 мг днем, а также кортинеффом 0,1 мг утром. В последние 2 месяца на фоне полного здоровья решила снизить дозу препаратов до 15 мг кортефа в сутки и 0,05 мг кортинеффа самостоятельно. При появлении вышеперечисленных симптомов обратилась к врачу.

Объективно: кожные покровы сухие, бледные, потеря массы тела составила 8 кг (68 кг исходно, в настоящий момент 60 кг), рост 168 см. АД 80/60 мм рт. ст. ЧСС 90 в мин. Кортизол плазмы (8.00) 8нмоль/л (123-626), свободный кортизол в моче 30 нмолъ/сут (50-250).

**Вопросы:**

1) Поставьте диагноз и причину возникновения данного состояния?

2) Определите дальнейшую тактику.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 29**

Больная Н, 48 лет обратилась к врачу с жалобами на кратковременные (5-6 мин) приступы повышения АД до 230/140 мм рт.ст., сопровождающиеся сердцебиением, ощущением внутренней дрожи, потливостью, ощущением сжимающих болей за грудиной.

Анамнез: на протяжении последних 8 лет отмечается снижение массы тела на 8 кг. В течение последних лет отмечаются периодические приступы повышения АД, принимала гипотензивную терапию нерегулярно, наблюдается у кардиолога с диагнозом гипертоническая болезнью. За последние 10 лет хирургических вмешательств не было. Осмотр: кожные покровы обычной окраски и влажности. Артериальное давление вне приступа 140/90 мм рт ст.

**Вопросы:**

1) Поставьте предварительный диагноз?

2) Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3) Определите тактику лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 30**

Больная 28 лет, сахарный диабет выявлен 4 года назад. С момента постановки диагноза находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД), активно использует средства самоконтроля. 3 недели назад заболела ОРВИ (в течение 10 дней проводился интенсивный самоконтроль, коррекция доз препаратов). 8 дней назад у больной закончились средства самоконтроля.

Пациентка вернулась к обычной суточной дозе инсулина, вводимой до болезни. Последние 5-6 дней отмечает ухудшение состояния, появление жажды, сухости, полиурии, сонливости и слабости, в связи с отсутствием средств самоконтроля менять схему вводимого инсулина отказалась. В день поступления в стационар тошнота, выраженная слабость, рвота, потеря сознания в приемном покое стационара.

Объективно - сумеречное сознание, выраженная сухость кожи и слизистых, дыхание 30 в мин., шумное. Пульс - 109 в минуту, АД=75/40 мм рт. ст. рН крови - 7,3; гликемия- 21 ммоль/л, калий -3,2 ммоль/л, в моче - ацетонурия.

**Вопросы:**

1) Сформулируйте предположительный клинический диагноз?

2) Чем обусловлена декомпенсация заболевания?

3) Чем обусловлено изменение рН крови?

4) Ваша тактика в первый час лечения больного?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 32**

Больной 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 месяц.

При осмотре: больной в состоянии комы, дыхание - 32 в мин., шумное глубокое, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Тонус глазных яблок снижен, тонус мышц снижен. Пульс 120 в мин., АД - 65/40 мм рт ст.

При лабораторных исследованиях выявлена гипергликемия (26 ммоль/л), гипокалиемия (3,0 ммоль/л), рН- 6,9; ацетонурия.

**Вопросы:**

1) Сформулируйте предположительный клинический диагноз

2) Определите тактику обследования больного

3) Чем обусловлено снижение тонуса мышц, глазных яблок, гипотония?

4) Определите необходимые лечебные мероприятия на 1-3 часах ведения больного?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 31**

Больной Ч, 44 лет, поступил в клинику 3 апреля 1998 года, с жалобами на похудание на 15 кг за последние 5 лет, выраженное диффузное потемнение кожных покровов, снижение аппетита, резкую слабость, периодические мышечные и суставные боли, выраженный кожный зуд, усиливающийся во второй половине дня, выпадение волос, склонность к запорам, полную потерю работоспособности. Считает себя больным с 1993 года, когда впервые появился кожный зуд, вначале эпизодический и неинтенсивный, а с 1995 года практически постоянный. С этого же времени стал отмечать очаговое потемнение кожных покровов открытых участков тела. С 1996 года окрашивание стало диффузным.

С 1997 года отмечает появление выраженной слабости, снижение аппетита, прогрессивную потерю веса, появление миалгий и артралгий, выпадение волос. Семейный анамнез - без особенностей. Из перенесенных заболеваний - пневмония в 1993 году. При поступлении состояние относительно удовлетворительное, положение активное, правильного телосложения, умеренного питания, кожные покровы диффузно интенсивно окрашены в бронзово-коричневый цвет с большей выраженностью на открытых участках, места трения и ладонные складки – интенсивного коричневого цвета. Слизистые полости рта с очагами гиперпигментации. Периферические лимфоузлы не увеличены.

В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 86 уд в мин, АД 90/60 ммНg. Живот при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах, печень у края реберной дуги, край безболезнен, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Дизурии нет.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании представленных

данных?

2) Какие исследования позволят подтвердить ши отвергнуть диагноз?

3) Какие исследования позволят выяснить этиологию заболевания?

4) Какое лечение показано пациенту при острой декомпенсации этого

заболевания?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 33**

Больная Н., 38 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на периодические подъемы артериального давления до 220/90 мм. рт.ст., сопровождающиеся выраженным беспокойством, потливостью, сердцебиением, чувством комка в горле, паникой. Приступ заканчивался обильным мочеиспусканием светлой мочой, после чего больная засыпала. Приступы возникали внезапно, без каких-либо провоцирующих факторов, на протяжении последних полугода 4 раза. Семейный анамнез не отягощен. На протяжении последних 3 лет пациентке не предпринимались ни какие оперативные и другие вмешательства. Менструации регулярные, последняя беременность и роды 6 лет назад. Сама больная связывает появление приступов с нервозной обстановкой семье и на новой работе. В межприступный период никаких жалоб не предъявляет, артериальное давление 110/70 ммрт.ст. При общем и биохимическом анализе крови, включавшем исследование уровня электролитов, все показатели в пределах нормы.

**Вопросы:**

1) Какое заболевание необходимо исключить в первую очередь?

2) Какие препараты предпочтительно использовать для купирования

гипертонического криза, возникающего при этом заболевании?

3) Какие необходимо провести исследования, чтобы его исключить?

4) С какой патологией наиболее часто связана подобного рода симптоматика?

5) Какое диагностическое значение имеют анамнестические указания на

недавно проводившиеся оперативные или другие (экстракция зуба,

медицинский аборт) вмешательства?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 35**

Пациентка Г., 43 лет, была направлена на консультацию эндокринолога из клиники общей терапии. Из анамнеза: полгода назад при диспансерном обследовании в поликлинике у пациентки было обнаружено повышение СОЭ до 35 мм/час. Каких-либо других изменений выявлено не было. С предварительным диагнозом: «Синдром повышенной СОЭ неясного генеза» пациентка направлена на обследование в клинику общей терапии.

В результате обследования, которое подразумевало расширенный онкопоиск, каких-либо изменений выявлено не было. При КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства было выявлено округлое образование в левом надпочечнике диаметром 1,8 см. Какие-либо другие изменения обнаружены не были. Спустя месяц СОЭ спонтанно нормализовалась. Пациентка никогда не страдала артериальной гипертензией и ожирением. Менструации регулярные, последняя беременность 6 лет назад.

**Вопросы:**

1) Сформулируйте предварительный диагноз?

2) Какие эндокринные заболевания необходимо исключить у пациентки?

3) Какие исследования позволят это сделать?

4) Какова будет Ваша тактика в случае, если проведенные исследования

исключат гормональную активность образования надпочечника?

5) Будет ли зависеть Ваша тактика от размера образования, в случае отсутствия

у него гормональной активности?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 34**

Больной 34 лет поступил в стационар с жалобами на боли в животе, резкую слабость, тошноту, рвоту.

Известно, что 8 лет назад у больного диагностирован сахарный диабет, находится на постоянной интенсифицированной инсулинотерапии, нормокалорийной диете, владеет навыками самоконтроля, регулярно контролирует гликемию, гликированный гемоглобин, амбулаторно 1 раз в год проходит обследование в специализированном диабетологическом отделении.

Последнее обследование - 3 недели назад, гликемия от 4,5-7,9 ммолъ/л за сутки, гликированный гемоглобин 7,1% (И до 6,5%). Тест на определение микроальбуминурии положительный., на глазном дне единичные кровоизлияния, извитость сосудов. Периферическая чувствительность в пределах возрастной нормы.

В течение последней недели появился сухой кашель, поднялась температура (37,9), снизился аппетит, появилась слабость. Суммарная суточная доза инсулина не менялась. Накануне днем начали беспокоить боли в области живота, к вечеру - частый жидкий стул, дважды рвота. Больной прекратил прием пищи, введение инсулина. К утру симптомы слабости продолжал нарастать, сохранялись выраженные боли в животе, участилась рвота.

Больной госпитализирован в стационар.

Объективно: кожа сухая, тургор значительно снижен. Температура тела -38,30. АД = 67/40 мм рт ст., пульс = 125 в мин. Гликемия - 31 ммоль/л, лейкоцитоз, рН-7,3; в моче - глюкозурия, ацетонурия.

**Вопросы:**

1) Сформулируйте клинический диагноз?

2) Определите причину декомпенсации диабета?

3) Чем обусловлена симптоматика «острого живота»?

4) Определите тактику терапии?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 36**

Пациентка Д., 60 лет, предъявляет жалобы на выраженную слабость, сухость во рту, полиурию, полидипсию, повышение цифр АД до 200/100 мм рт.ст., периодически - боли в сердце давящего характера в покое и при физической нагрузке с иррадиацией в левую руку, лопатку; головокружение, снижение массы тела на 8 кг за 6 мес. Из анамнеза: сахарный диабет в течение 12 лет, на протяжении 10 лет принимает Манинил 15мг в день. Амбулаторно наблюдалась у эндокринолога по месту жительства. Гликемию определяла 1 раз в 2 - 3 месяца. Последняя госпитализация в стационар - 5 лет назад. При обследовании выявлено: Не - 88г%, Эр. - 3 млн., СОЭ - 46 мм/час, креатинин -3,6 мг/дл (0,7-1,4), СКФ - 14 мл/мин. (88-137), реабсорбция - 70% (98- 99), азот мочевины - 28 мг/дл (10-20), гликемия натощак 10 ммолъ/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз?
2. Определите тактику терапии?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 37**

У пациента М., 41 года, ИМТ - 26 кг/м 2, гликемия натощак 9,0 ммоль/л, постпрандиалъная - 12 ммоль/л, уровень базального С-пептида 1914 пмолъ/л (И 298-1324). При осмотре окулистом выявлены значительные очаги кровоизлияний, аневризмы, твердые экссудаты. Сосуды сетчатки извитые, пролиферации нет.

**Вопросы:**

1) Сформулируйте клинический диагноз?

2) Ваша тактика обследования больного?

3) Определите тактику лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 38**

Больной с СД 2 типа 63 лет обратился в поликлинику по месту жительства с жалобой на появление язвенно-некротического дефекта на стопе (в центре подошвы). При осмотре - кожные покровы бледные, сухие с участками выраженного гиперкератоза. Пульсация периферических сосудов сохранена, чувствительность значительно снижена. Деформация стоп отсутствует. Язвенно-некротический дефект - 1 см в диаметре, болезненность отсутствует.

**Вопросы:**

1) Какое осложнение развилось у больного?

2) Объясните патогенез поражения стопы у данного больного?

3) Сформулируйте принципы ведения больного?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 39**

Больная Н., 57 лет, обратилась с жалобами на боли в мышцах туловища, верхних конечностей. Из анамнеза: СД выявлен 2 года назад в поликлинике по месту жительства. Была назначена терапия Метформином 500 мг х 2 раза в день (утром и н/ночъ). Год назад амбулаторно была диагностирована анемия; 7 месяцев назад перенес острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка. Сахароснижающая терапия не менялась.

**Вопросы:**

1) Чем обусловлена боль в мышцах?

2) Определите тактику обследования и лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 40**

Больная К, 24 лет, при поступлении в клинику жаловалась 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 21года, когда стала беспокоить быстрая утомляемость, слабость, появилась сухость кожных покровов, выпадение волос.

**Вопросы:**

1) Определите план обследования?

2) Чем может быть обусловлена железодефицитная анемия?

3) Сформулируйте предварительный диагноз?

4) Определите тактику лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 41**

Пациент А., 63 года, болеет сахарным диабетом в течение 18 лет.

Из анамнеза: В дебюте заболевания имел избыточную массу тела, принимал Метформин, затем на протяжении последних 15 лет Манинил 5мг 3т. в день. Наблюдался амбулаторно, неоднократно лечился стационарно (последняя госпитализация 2 года назад).

В течение последних 5 месяцев отмечает усиление полиурии, полидипсии, сухости во рту, снижение массы тела на 7 кг. Цифры гликемии в пределах 15-18 ммоль/л, глюкозурия, ацетон в моче отриц.

**Вопросы:**

1) Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз?

2) Определите дальнейшую тактику лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 42**

Больная Б., 56 лет, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, сухость кожи, выпадение волос на голове, запоры, постепенную прибавку в весе.

Из анамнеза: Отмечает постоянную прибавку в весе с наступлением менопаузы в 44 года (на 15 кг за 10 лет). За последние годы, помимо перечисленных жалоб, стала отмечать ухудшение памяти. К эндокринологу обратилась 4 мес. назад. После сбора анамнеза и осмотра, врач заподозрил заболевание щитовидной железы, назначил обследование:

Уровень гормонов крови: св. Т4 - 7,19 пмолъ / л (11,5 - 23,0), ТТГ - 27, 09 МЕ/л (0,17 - 4,05), АТ- ТПО - 350 (до 50).

УЗИ: щитовидная железа обычно расположена. Правая доля: 2,8 х 3,2 х 6,5 см, левая доля: 2,0 х 7,5 х 5,7 см. Объем железы - 44 мл (9 - 18,0). Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная, сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях.

**Вопросы:**

1) Сформулируйте диагноз?

2) Определите тактику терапии?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 43**

Пациентка К., 54 лет, инженер, обратилась к эндокринологу.

Жалобы на слабость, учащённое сердцебиение, подъемы артериального давления до 140/90 мм рт. ст., потливость, ощущение внутренней дрожи, чувство жара, снижение веса, отёки век.

*Анамнез заболевания.*

Считает себя больной в течение последних 6 месяцев, когда появились и постепенно усиливались указанные жалобы. За последние 4 месяца похудела на 8 кг на фоне прежнего рациона питания и физической активности. Обратилась к кардиологу. По результатам ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 125уд в минуту. Нормальное положение ЭОС. Был рекомендован прием препарата из группы (3- адреноблокаторов (метопролол 25 мг 2 раза в день), консультация эндокринолога.

*Анамнез жизни*

Перенесенные заболевания: детские инфекции (эпид, паротит, ветряная оспа).

Хр. заболевания: хр. гастрит.

Операции, травмы - отрицает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

Семейное полоэюение: замужем, двое детей. Образование - высшее. Профессиональная деятельность - инженер-конструктор. Место работы - офис строительной компании Гинекологический анамнез: менопауза с 50 лет, ЗГТ не назначали.

Семейный анамнез: мать - АГ с 50 лет, отец - АГ, ОИМ в возрасте 60 лет.

*Вредные привычки отрицает.*

Status preasens

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 167 см, вес - 62 кг. ИМТ 22 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Инъекция сосудов склер. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена по женскому типу. Отеков нет. ЧД — 17 в минуту, дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД—130/80 ммрт.ст. Пульс на обеих руках ритмичный, удовлетворительного наполнения, 92 уд/мин.

При поверхностной и глубокой пальпации живот безболезнен во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Щитовидная железа II степени (ВОЗ), плотной консистенции, узловые образования не пальпируются. Симптом Крауса- положительный, тремор век. Тремор пальцев вытянутых рук.

*Данные лабораторных и инструментальных методов обследования*

*Клинический анализ крови*: Нсt -37,33 %, HGB - 128.9 г/л, эритроциты - 4.187 x 10'12/л, ЦП – 0,92, лейкоциты - 5,75 x 10~9 /л, нейтрофилы - 51.37 %, лимфоциты - 34.61%, моноциты – 9.48 %, эозинофилы - 4.00 %, базофилы - 0.54%, тромбоциты - 293.0 х 10'9/л, СОЭ - 5мм/час.

*Биохимический анализ крови:* кальций - 2.32 ммоль/л (2,1-2,6), Ыа+ - 141 ммоль/л (135-145), К+ - 4.58 ммоль/л (3.5-5.0), АЛТ -19 МЕ/л (10-40), АСТ - 25 МЕ/л (10-40), глюкоза - 86 мг/дл (70-110), о. белок - 7.4 г/дл (6,0-8,0), альбумин – 4.0 г/дл (3,5-5,0), о. холестерин - 190 мг/дл (менее 200), креатинин 0,9 мг/дл (0,7-1,4), Г-ГТ 22 ед/л (11-61), ЩФ 110 ед/л (32-92), Общ. билирубин 1,0 мг/дл (0,2-1,0), Прямой билирубин 0,2 мг/дл (0,0-0,3)

*Общий анализ мочи:* удельный вес - 1010, рН - 5,0, прозрачность - неполная, сахар - нет, белок-нет, ацетон - нет, желчные пигменты - отриц., уробилин - норма, эпител. Клетки полиморфные - немного, лейкоциты - 1-2 в п/зр, эритроциты- нет., слизь - много, бактерии - немного.

*Уровень гормонов:* ТТГ < 0,001 мкМЕ/л (0,4 – 4,0), Т4 свободный - 32 пмолъ/л (11,5 - 23,2), ТЗ свободный - 8,25 пмолъ/л (2,3-4,2). АТ к рецептору ТТГ -17,1 МЕ/мл (0-1).

*УЗИ щитовидной железы:* объём 35 см3 (норма 9-18 см3). Контуры ровные. Паренхима пониженной эхогенности, диффузно неоднородная.

*Сцинтиграфия щитовидной железы:* На сцинтиграмме в передней прямой проекции отчётливо визуализируются обе доли щитовидной железы. Железа обычной формы и положения, в видимых размерах не увеличена. Контуры обеих долей ровные, чёткие, распределение индикатора равномерное, моноядерное, без очаговых аномалий. Индекс захвата-12,38 % (1-1,8). Общее накопление индикатора (индекс захвата) выше популяционной нормы, по долям симметричное.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз?
2. Требуется ли госпитализация или возможно амбулаторное ведение

пациента?

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

4. Сформулируйте принципы лечения пациентки.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 44**

Пациент К. 17 лет поступил в приемное отделение многопрофильной клинической больницы с жалобами на боль в животе, тошноту и рвоту в течение 2-х дней.

*Из анамнеза*.

Полгода назад перенес энтеровирусную инфекцию. В течение последних двух месяцев отмечает постепенное снижение веса (суммарно на 9 кг), слабость, жажду (в день выпивал до 3-4 литров жидкости). Несколько дней назад почувствовал тошноту, затем появилась рвота и разлитая боль в животе.

*Наследственность:* дед по материнской линии - рак толстого кишечника. Бабушки по материнской и отцовской линии - артериальная гипертензия.

*При осмотре дежурным хирургом:* температура тела 36,80С, вес 67 кг, рост 178 см, кожные покровы сухие, теплые, в выдыхаемом воздухе запах ацетона, тургор тканей снижен, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 22 в мин., АД 100 и 70 мм рт. ст., пульс 96 уд./мин., при пальпации живот напряженный и умеренно болезненный во всех отделах, диурез положительный. Заторможен.

*Данные лабораторных методов исследования:*

*Общий анализ крови:* гемоглобин 131,4 г/л (норма 120-140), эритроциты 4,1x 10’12/L, (3,7- 4,7), ЦП 0,89 (норма 0,86-1,05), лейкоциты 11,8x10’9/L (4,0-8,8), СОЭ 5мм/час.

*Биохимический анализ крови:* Na + 142,0 мэкв/л (норма 132-149), К+ 3,9 мэкв/л (3,5-5,5), АЛТ 43 ед/л (10-40), АСТ 18 ед/л (10-40), глюкоза 16,7 ммоль/л (4,1 -5,9), креатинин 0,6 мг/дл (0,5-1,2).

КЩС: рН крови 7.24 (7,36-7,42), рС02 32мм рт.ст. (36 - 44мм рт.ст.), НСО3 (стандартный бикарбонат) 15 ммоль/л (22 - 26 ммоль/л).

*Общий анализ мочи:* прозрачность полная, белок - отр., глюкоза - 0,08%, ацетон - + + +, лейкоциты 0-1 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз?
2. Чем обусловлены боли в животе?
3. Требуется ли госпитализация или возможно амбулаторное ведение

пациента?

1. Сформулируйте основные принципы ведения пациента и тактику лечения

в течение 1-4 часа?

1. Сформулируйте принципы лечения после выведения пациента из этого

состояния?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 45**

Пациентка Л. 54 лет, экономист, поступила в терапевтическое отделение многопрофильной клинической больницы с жалобами на периодические подъемы артериального давления, головную боль, общую слабость, утомляемость, снижение работоспособности, частые и обильные мочеиспускания.

*Анамнез заболевания.* Менопауза с 52лет. С 30 летнего возраста отмечает постепенное повышение веса (на 12 кг за 10 лет), последние 5 лет отмечает головные боли (затылок, виски) сопровождаемые подъемами артериального давления до 150-160/100 мм рт ст. Обследования не проходила, постоянной гипотензивной терапии не получала, давление снижала приемом ингибиторов А ПФ короткого действия, реже антагонистами кальция (блокаторы кальциевых каналов). Последние 3 мес. отметила ухудшение общего состояния, участились мочеиспускания.

Анамнез отягощен по артериальной гипертонии и СД 2 типа Анамнез жизни.

*Перенесенные заболевания:* детские инфекции (корь, ветряная оспа).

Хр. заболевания отрицает.

Операции, травмы - отрицает. *Аллергологический анамнез:* не отягощен. Непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

Семейное положение: замужем, сын 22 лет Образование — высшее экономическое. Профессиональная деятельность - экономист, работает в государственной организации.

Гинекологический анамнез: менопауза с 52 лет, ЗГТ не назначали.

Семейный анамнез: мать 82 лет – сахарный диабет 2 типа, отец умер в 73 года от ОНМК.

*Вредные привычки отрицает.*

Status preasens: температура тела 36,8 0С, вес 79 кг, рост 163 см, 0Т= 92 см, кожные покровы сухие, теплые, бледные, АД 154 и 98 мм рт. ст., пульс 84 уд. /мин., тоны сердца ясные, ритмичны. ИМТ=33,7 кг/м2.

*Данные лабораторных методов исследования:*

Общий анализ крови: гемоглобин 108,6 г/л (норма 120-140), эритроциты 4,7\*10''12/Ь (3,7-4,7), ЦП 0,99 (норма 0,86-1,05), лейкоциты 4,8x1 ОШ (4,0-8,8), СОЭ 7мм/час.

Общий анализ мочи: цвет- желтый, удельный вес - 1032, рН - 5,5, прозрачность - полная, сахар положит, белок - следы, кетоны – отсутствуют, уробилин - норма, эпителиальные клетки плоские <1/ПВУ(<ЗПВУ), лейкоциты - 1/ПВУ (<5/ПВУ) эритроциты - <1ПВУ(1/ПВУ).

Биохимический анализ крови: Na + 134,0 мэкв/л (норма 132-149), К + 4,8 мэкв/л (3,5-5,5), АЛТ 65 ед/л (10-40), АСТ 47 ед/л (10-40), КФК 102.00 ед/л (0-190), глюкоза 12,9 ммоль/л (4,1 - 5,9), креатинин 0,9 мг/дл (0,5-1,2), Ре 68 мкг/дл (40-170), общий холестерин 6,76 ммоль/л (3,88- 6,47), триглицериды 2,2 ммоль/л (0,57-2,28), ЛПВП-хс 0,8 ммоль/л (0,7-2,3), ЛПНП 4,39 ммоль/л (2,6-4,2).

Гормональный анализ крови: с-пептид 5700 пмоль/л (298-2350).

Данные инструментальных методов исследования:

ЭКГ: Горизонтальное расположение ЭОС, Ритм синусовый. Р (2-0.14, ОК5-0.14, фТ-0,38, ЧСС - 74 в 1 мин. Диффузные изменения миокарда левого желудочка. ЭХО-КГ: ФВ - 65%. Зон гипокинезии не обнаружено.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз?

2. Требуется ли госпитализация или возможно амбулаторное ведение

пациента?

3. Сформулируйте принципы лечения пациентки?

4. Требуются ли пациентке дополнительные обследования и консультации

специалистов?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 46**

Пациентка И., 43 лет, поступила в приемное отделение многопрофильной клинической больницы с жалобами на повышение артериального давления до 170/100 мм рт ст., мышечную слабость, утомляемость, избыточный рост волос на лице и теле, прибавку массы тела на 13 кг за последние 1,5 года, ненаступление беременности в течение 10 лет, периодически возникающие боли в поясничном отделе позвоночника.

Из анамнеза.

В течение длительного времени наблюдалась у гинеколога по поводу ненаступления беременности, неоднократно проводилось ЭКО без эффекта.

В течение последних 1,5 лет отметила прибавку в весе на 13 кг, перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области лица и живота. С этого же времени отметила периодическое повышение артериального давления до 160/100 мм рт ст., слабость, избыточный рост волос на лице и теле по мужскому типу.

В связи с жалобами на головные боли по рекомендации невропатолога проведена магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием: микроаденома гипофиза, размеры 0,3см\*0,4см. По данным МВТ органов брюшной полости (30.08.14г): МР-признаки умеренной гиперплазии левого надпочечника.

Наследственность: Бабушка по материнской - артериальная гипертензия, ожирение, мама - сахарный диабет 2 типа.

При осмотре дежурным врачом приемного отделения: Рост 164 см, вес 92 кг. ИМТ 34 кг/м2. Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности. При осмотре обращает на себя внимание лунообразное лицо, гиперемия лица («матронизм»), избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки в области VII шейного позвонка («климактерический горбик»). Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена по центрипиталъному типу. При пальпации отмечаются выделения из молочных желез по типу молозива. Отеков нет.

В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту. АД 160/90 мм рт. ст. на обеих руках. Периферическая пульсация артерий сохранена в полном объёме.

Поверхностная пальпация живота безболезненна во всех отделах. Печень + 1 см от края реберной дуги. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена, диффузно неоднородная, безболезненная, мягко-эластической консистенции.

Данные лабораторных методов исследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 139,9 г/л (норма 120-140), эритроциты 4,5\*10^12/1 (3,7-4,7), ЦП 0,89 (норма 0,86-1,05), лейкоциты 9,2\*1 ОШ (4,0-8,8), СОЭ 16мм/час.

Биохимический анализ крови: Na + 146,0 мэкв/л (норма 132-149), К+ 4,9 мэкв/л (3,5-5,5), АЛТ 30 ед/л (10-40), АСТ 18 ед/л (10-40), глюкоза 4,7 ммоль/л (4,1 - 5,9), креатинин 0,74 мг/дл (0,5-1,2). СКФ (расчет по формуле СКВ)-75мл/мин/1,73м2

Гормональное исследование крови: АКТГ 12,4 пмоль/л (0-10,2), кортизол 246 нмоль/л (119-618), пролактин 669 мкМЕ/мл, макропролактин 259 мкМЕ/мл, ТТГ 5,1 мкМЕ/мл (0,4-4,0), ЛГ 0,3мМЕ/мл, ФСГ 2,0 мМЕ/мл, СТГ 6,1 мМЕ/л (0,16-13).

Гормональное исследование крови после приема 1мг дексаметазона: кортизол исходно 246 нмоль/л (119-618), после приема 1мг дексаметазона -104 нмоль/л.

Общий анализ мочи цвет светло-желтый, прозрачная, плотность 1014, рН 5, белок нет, глюкоза нет, ацетон нет, желчные пигменты отриц., эпител. клетки умеренное количество, лейкоциты 0-0-1 в п/з, слизь умеренно, бактерии немного.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз?

2. Чем могут быть обусловлены вышеописанные жалобы, в том числе, боли в

спине?

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную

диагностику?

4. Требуется ли пациентке проведение дополнительных методов клинико-

лабораторного и инструментального обследования?

5. Сформулируйте принципы лечения данного заболевания?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 47**

Больная Е., 75 лет, предъявляет жалобы на выраженную слабость, сонливость, зябкость, запоры, отечность ног, снижение слуха, осиплый голос, затруднение при глотании, сухость кожных покровов

В анамнезе: 5 лет назад 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.

4 года назад появились и стали нарастать отеки голеней, кистей рук, затем периорбитальные отеки, изменился тембр голоса. Прибавила в весе 7 кг. С этого времени стали беспокоить общая слабость, сонливость, шелушение кожи на ладонях.

По органам: Рост - 156 см, вес - 72 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 ммрт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Щитовидная железа не увеличена, уплотнена, узловые образования не определяются. Выделений из молочных желез нет.

Данные обследований:

Общ. Анализ крови: Нв 114,2 г%, эритр. - 3 490 000, лейк. -5730, п/я - 1, с/я - 40, лимф. —51, моно - 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 МЕ/мл (0,25 - 4,0), св. Т4 - 1,85 пмолъ/л (9,0 - 23,2).

УЗИ щитовидной железы: железа расположена в типичном месте, контуры ровные. Паренхима диффузно-неоднородная, сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях. Узлов нет. Правая доля: 0,9х0,7х2,6 см, левая доля: 1,2х0,8х3,0 см. Объем железы -2,2 мл.

**Вопросы:**

1) Предварительный диагноз?

2) Нужны ли дополнительные исследования?

3) Рекомендуемое лечение:

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 48**

Больная Р., 25 лет считает себя больной в течение 3-х лет, когда стали беспокоить сердцебиение, раздражительность, отмечалась потеря массы тела на (13 кг за месяц), дрожь в руках. При гормональном исследовании был подтвержден тиреотоксикоз ТТГ - 0,08 МЕ/л, Т4 - 60,7 пмоль/л (11,5 - 23,2). При проведении УЗИ щитовидной железы объем -18 мл, узлов нет. На фоне терапии тиамазолом (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.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост -158 см, вес - 57 кг, индекс массы тела = 24 кг/м2, кожные покровы чистые, сухие. Тоны сердца ясные, шумов нет, АД - 120/70 ммНg, ЧСС- 95 ударов в минуту.

Щитовидная железа II степени ВОЗ, плотно-эластичная, подвижная, узловые образования не определяются, глазные симптомы - положительный Грефе, Мебиуса. Уровень гормонов крови: ТТГ - 0,01 мЕд/л (И: 0,4 - 4,0), Т4 - 250,3 нмоль/л (Л: 60 - 160).

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 х 23 х 58 мм, левая доля: 21 х 18 х 56 мм. Объем железы: 25,8 мл.

**Вопросы:**

1) О каком заболевании наиболее вероятно идет речь?

2) С каким другим заболеванием, протекающим с тиреотоксикозом, его

наиболее часто приходится дифференцировать?

3) Что подразумевает терапия «блокируй и замещай»?

4) Как часто следует ожидать рецидивов тиреотоксикоза после 1,5 годичного

курса лечения у пациентов с диффузным токсическим зобом (болезнь

Грейвса-Базедова)?

5) Какие методы лечения могут использоваться для лечения этой пациентки?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 49**

Больная Н., 72 лет увеличение щитовидной железы впервые отмечено во время беременности в 1968 г. К эндокринологу обратилась в 1995 г. По данным УЗИ щитовидной железы было выявлено узловое образование.

В 1998 г. субтотальная резекция щитовидной железы по поводу узлового эутиреоидного зоба. Гистология: узловой коллоидный зоб. В настоящее время по данным УЗИ щитовидной железы: объем 44 мл, узел правой доли 1,9 см. В марте 2001 г на фоне на сердцебиения и нарастающую слабость ТТГ - 0,01 мЕ/л (0,4 - 4), св. Т4 - 26 пмолъ/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 ммНg, ЧСС - 120 в мин. Щитовидная железа увеличена до 2 степени, плотная, узлы левой доли, 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 гипоэхогенные участки в обеих долях. Правая доля: 17 х 16 х 43 мм. Левая доля: 31 х 23 х 75 мм. Перешеек: 6 мм. Объем - 33 см3 (9 - 18). В верхней трети левой доли определяется узел с ровными контурами -1,4 х 0,8 х 1,7 см, в перешейке определяются два узла размерами 0,7 х 0,4 х 0,6 см и 1,8 х 1,1 х 1,8 см. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия щитовидной железы под контролем УЗИ: цитограмма пунктата характерна для диффузно узлового частично пролиферирующего коллоидного зоба с кистозными изменениями в узле. Сцинтиграфия щитовидной железы: отчетливо визуализируются обе доли с четкими контурами, достаточно интенсивным накоплением индикатора. В средней части левой доли - зона гипоаккумуляции индикатора («холодный» узел». В нижней половине правой доли - зона гипераккумуляции округлой формы («горячий» узел), выступающая, за наружный контур железы.

**Вопросы:**

1) О каком заболевании наиболее вероятно идет речь?

2) С чем связано нарушение функции щитовидной железы после столь длительного анамнеза эутиреоидного зоба.

3) С каким заболеванием щитовидной железы необходимо проводить дифференциальный диагноз.

4) Какой метод лечения следует признать в данном случае как наиболее оптимальный.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 50**

Больная В., 51 года считает себя больной в течение года, когда появилась слабость, потливость, сердцебиение, тремор вытянутых пальцев рук, повышение температуры тела до 37,5 С, потерю в массе тела до 20 кг, увеличение глаз.

Не обследовалась и не лечилась.

2 месяца назад при УЗИ щитовидной железы: объем 27 мл, структура диффузно-неоднородная. При гормональном исследовании: св.Т4 -41,0 (11,5- 23,0) пмолъ/л, ТТГ- 0,09 (0,2-4,05) мкМЕ/мл, АТ-ТГ 447 (190). Был поставлен диагноз: Диффузный токсический зоб, эндокринная офтальмопатия 11 ст. Проводилась терапия мерказолилом в дозе 25 мг в сутки, дексаметазоном 5 мг по 2 таблетки в сутки с постепенным снижением дозы. При УЗИ щитовидной железы от 15.05.01 объем щитовидной железы 34 мл, при гормональном исследовании ТТГ - 0,13 мЕд/л; св. Т4 - 40,3 пмолъ/л. На фоне приема мерказолила состояние улучшилось, симптомы тиреотоксикоза исчезли.

В связи с появлением неприятных ощущений в области правого подреберья пациентка самостоятельно прекратила лечение. Через месяц вновь стала отмечать повышенную слабость, утомляемость, потливость, сердцебиение, сохранялось ощущение “песка в глазах”, двоение при взгляде в стороны и вверх. Госпитализирована в клинику эндокринологии для обследования и лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост -164 см, вес - 80 кг, индекс массы тела 29, кожные покровы чистые, повышенной влажности, горячие. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД - 120/80 ммHg, ЧСС - 88 ударов в минуту.

Щитовидная железа II степени мягкая, узловые образования не определяются, “+” симптом “потолка”, симптомы Мебиуса. Ограничение подвижности глазных яблок, двоение в боковых отведениях.

Уровень гормонов крови: св. Т4 -54,31 пг/мл (И: 9,0 - 23,2), ТТГ- 0,1 МЕ/мл (Л: 0,25—4,0).

*УЗИ щитовидной железы:* Щитовидная железа обычно расположена. Правая доля: 22 х 29 х 62 мм. Левая доля: 17 х 26 х 61 мм. Перешеек: 4,6 мм. Объем железы: 33,3 мл. Контуры волнистые, паренхима пониженной эхогенности с неоднородными линейными мелкими структурами. В правой доле по заднему контуру кистозный узел 2,6 мм.

*УЗИ орбит:* Утолщены все экстраокулярные мышцы.

**Вопросы:**

1) О каком заболевании наиболее вероятно идет речь?

2) С каким другим заболеванием, протекающим с тиреотоксикозом, его

наиболее часто приходится дифференцировать?

3) Имеется ли у пациентки увеличение щитовидной железы?

4) С чем связаны жалобы на двоение при взгляде вверх и в стороны. Каков

патогенез диплопии?

5) Какой метод лечения наиболее предпочтителен?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 51**

Больная Б., 50 лет, считает себя больной в течение года, когда стали беспокоить приступы сердцебиения, тремор рук, потливость. Похудела в общей сложности 15 кг за 3 месяца. Отмечает эпизоды субфебрилитета в вечернее время.

В последние месяцы состояние стало заметно ухудшаться - нарастала слабость, появилась одышка. Отмечено однократное повышение АД до 170/110 ммНg с развернутой клиникой гипертонического криза, купировавшееся самостоятельно. Постоянного контроля уровня АД не проводилось. Поступила в клинику эндокринологии для обследования и лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела - 36,8°С. Рост - 157 см, вес - 60 кг. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД - 150/70 ммНg, ЧСС -105 ударов в минуту. Щитовидная железа - II степени увеличения (по ВОЗ, 1994), безболезненна при пальпации, подвижная при глотании. Симптом Мебиуса положительный, остальные глазные симптомы отрицательные.

При гормональном исследовании: ТТГ - 0,002 (Л: 0,4 - 4,0) мЕд/л, св. Т4 - 70,4 (Л: 9,0 - 23,2) пмоль/л, св. ТЗ - 3,3 (0,6 - 1,9) нг/мл. Определяется 10 кратное повышение уровня антител к тиреоидной пероксидазе (ТПО).

УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа расположена обычно. Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях. Узлов нет. Правая доля: 2,8x1,8x6,1 см. Левая доля: 2,1x1,8x6,0 см. Перешеек: 0,7 см. Объем щитовидной железы - 27 мл.

**Вопросы:**

1) О каком заболевании наиболее вероятно идет речь?

2) С каким другим заболеванием, протекающим с тиреотоксикозом, его

наиболее часто приходится дифференцировать?

4) С назначения каких препаратов и в каких дозах следует начать лечение?

5) Какой метод лечения будет наиболее оптимален?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 52**

Пациентка Л. 57 лет инженер поступила в кардиологическое отделение многопрофильной клинической больницы с жалобами на слабость, утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, одышку при физической нагрузке, ноющие боли в области сердца, выпадение волос, запоры.

*Анамнез заболевания.* Менопауза с 52 лет. С этого времени отмечает постепенное повышение веса (на 10 кг за 5 лет), утомляемость, сонливость, снижение работоспособности. Последние 3 мес. появились ноющие боли в области сердца, одышка при физической нагрузке, периодически - неприятные ощущения за грудиной.

Повышение АД с 48 лет, максимально до 170 и 110 мм рт. ст. Принимает Эналаприл 10 мг. в сутки.

*Анамнез жизни.* Перенесенные заболевания: детские инфекции (корь, ветряная оспа).

Хр. заболевания отрицает. Операции, травмы - отрицает.

Аллергологический анамнез: не отягощен. Непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

*Семейное положение:* замужем, двое детей- дочь 29 лет, сын 22 лет, внук 3 года.

Образование - высшее техническое. Профессиональная деятельность - инженер, работает в проектном институте. Гинекологический анамнез: менопауза с 52 лет, ЗГТ не назначали.

Семейный анамнез: мать 85 лет – сахарный диабет 2 типа, отец умер в 63 года от ОИМ. Вредные привычки отрицает.

Status preasens: температура тела 35,70С, вес 77 кг, рост 160 см, кожные покровы сухие, теплые, бледные, с желтушным оттенком, симптом «грязных локтей», АД 160 и 100 мм рт. ст., пульс 56 уд./мин., тоны сердца приглушены, ритмичны, пастозность лица, голеней и стоп.

Данные лабораторных методов исследования: Общий анализ крови: гемоглобин 98,6 г/л (норма 120-140), эритроциты 3,1\*10 x 12/L (3,7-4,7), ЦП 0,79 (норма 0,86-1,05), лейкоциты 11,8 x 10’9/L (4,0-8,8), СОЭ 5 мм/час.

Общий анализ мочи (19.02.14): цвет- желтый, удельный вес - 1027, рН - 5,5, прозрачность - полная, сахар, белок, кетоны - отсутствуют, уробилин - норма, эпителиальные клетки плоские <1/ПВУ(<ЗПВУ), лейкоциты - 1/ПВУ (<5/ПВУ) эритроциты - <1ПВУ(1/ПВУ).

Биохимический анализ крови: Да + 134,0 мэкв/л (норма 132-149), К+ 4,8 мэкв/л (3,5-5,5), АЛТ 39 ед/л (10-40), АСТ 34 ед/л (10-40), КФК 347.00 ед/л (0-190), глюкоза 3,9 ммоль/л (4,1 - 5,9), креатинин 0,9 мг/дл (0,5-1,2), Ре 18 мкг/дл (40-170), общий холестерин 6,76 ммоль/л (3,88-6,47), триглицериды 2,2 ммоль/л (0,57-2,28), ЛПВП-хс 0,8 ммоль/л (0,7-2,3), ЛПНП 4,39 ммоль/л (2,6-4,2).

Гормоны крови: ТТГ 87 мкМЕ/л (0.35-5.5), св. Т4 7,10 пмоль/л (11,5-22,7), АТ к ТПО - 889 (<100).

Данные инструментальных методов исследования:

ЭКГ: Горизонтальное расположение ЭОС. Ритм синусовый. PQ-0.14, ОР8-0.14, QT-0,38, ЧСС - 54 в 1 мин. Диффузные изменения миокарда левого желудочка.

ЭХО-КГ: ФВ - 45%. Выпот в перикарде 25мл. Зон гипокинезии не обнаружено.

УЗИ щитовидной железы: Щитовидная железа расположена обычно. Объем щитовидной железы 55.1 см3. Контуры неровные, волнистые. Паренхима пониженной эхогенности, диффузнонеоднородная, дольчатого строения, с линейной гиперэхогенной исчерченностью.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз?

2. Требуется ли госпитализация или возможно амбулаторное ведение

пациента?

1. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную

диагностику?

4. Сформулируйте принципы лечения пациентки?

5. Требуются ли пациентке дополнительные обследования и консультации

специалистов?