**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №53**

Пациентка, 23 лет, жалобы на снижение памяти, выпадение волос, обую слабость, утомляемость, снижение АД до 90/60 мм.рт.ст. Из анамнеза: с детства отмечала в отставание в росте от сверстников. В возрасте 16 лет возникло нарушение менструального цикла, с 21 лет – аменорея, стали беспокоить головные боли, головокружение, шаткость походки, двоение предметов, онемение правой половины лица, шум и снижение слуха на правое ухо. При МРТ головного выявлена опухоль хиазмально-селлярной области. Проведено оперативное лечение, при гистологическом исследовании – краниофарингиома. После оперативного лечения стали беспокоить снижение памяти, выпадение волос, общую слабость, утомляемость снижение АД. При осмотре: Рост 156 см, вес 65 кг, ИМТ = 26,7 кг/. Кожные покровы бледные, чистые, умеренно влажные. Пульс – 58 уд. В мин., АД 100/65 мм.рт.ст. на обеих руках. По результатам гормонального анализа крови: пролактин – 395 мМед/л (40-530), кортизол – 92,4 нмоль/л (утром 138-690), ТТГ - 0,2 мкЕд/мл (0.4-4.0), св.Т4 – 4,0 пмоль/л (11,5-22,7), ЛГ - 0,94МЕ/л (3,0-14,4), ФСГ - 1,91 МЕ/л (17-77), Эстрадиол - 36,4 пг/мг (101-905).

Вопросы:

1.Сформируйте предварительный диагноз.

2.Составьте план обследования для подтверждения/уточнения диагноза.

3.Каковы основные подходы к лечению данного заболевания.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №54**

Пациент 41 год, жалобы на изменение голоса, быструю утомляемость, сонливость, общую слабость. Из анамнеза: В течение последнего года пациент стал отмечать появление головных болей, чувства давления в области глаз, снижение остроты зрения, сужение периферического зрения, быструю утомляемость, сонливость, общую слабость. Было проведено МРТ головного мозга, по данным которого в селлярной области образование размерами 26×22×30 мм с четким контурами, сдавливающее хиазму. При осмотре: Рост 176 см, вес 80 кг, ИМТ = 25,8кг/ . Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Пульс на обеих руках руках удовлетворительного наполнения и напряжения, 60 уд/мин, АД – 110/70 мм.рт.ст. По результатам гормонального анализа крови: ТТГ - 0,13 мкЕд/мл (0,4-4,0), св.Т4 – 7,0 пмоль/л (11,5-22,7), ЛГ – 0,54 МЕ/л (0,8-7,6), ФСГ – 0,6 МЕ/л (0.7-11), Тестостерон – 6,4 пг/мг (8,8-23). Суточная экскреция кортизола с мочой – 30 нмоль/сутки (25-400).

Вопросы:

1.Сформируйте предварительный диагноз.

2.Составьте план обследования для подтверждения/уточнения диагноза.

3.Каковы причины сужения периферического зрения.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №55**

Пациентка 17 лет, жалобы на слабость. повышенную утомляемость, нарушение менструального цикла. Из анамнеза: в 15 лет комплексное лечение опухоли головного мозга (оперативное, лучевая терапия, полихимиотерапия). В течение последнего года отмечает вышеуказанные жалобы. Объективно: Рост – 172 см, вес – 55,5 кг. ИМТ – 18,7 кг/ . Распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное. Кожные покровы нормальной окраски, чистые, умеренно влажные. АД – 100/60 мм.рт.ст. на обеих руках. Оволосение по женскому типу. Молочные железы симметричные, мягкие. При обследовании: СТГ–1,5 нг/мл (3-10), ИФР – 1 - 133 нг/мл (116-690), ТТГ-0.09 мкЕд/мл (0.4-4.0), св.Т4-2,0 пмоль/л (11,5-22,7), АТ к ТПО ЛГ 1,2 МЕ/л (3,0-14,4), ФСГ 5,0 МЕ/л (17-77), эстрадиол -70 пг/мл (101-905).

Вопросы:

1.Сформируйте предварительный диагноз.

2.Составьте план обследования для подтверждения/уточнения диагноза.

3.Каковы основные подходы к лечению данного заболевания.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №56**

Женщина 26 лет, обратилась с жалобами на слабость, утомляемость, боли в поясничной области, повышение АД до 170/100 мм.рт.ст., высыпания на лице, груди и спине, изменение внешности (прибавка веса, округлость лица). Считает себя больной в течение 3-х лет, когда впервые, через 6 мес. после родов отметила повышение АД максимально до 170/100 мм.рт.ст., слабость, угревая сыпь на лице и груди. Через несколько месяцев присоединились боли в суставах и пояснице, нарушение менструального цикла, прибавила в весе 7 кг. При осмотре: Рост – 167 см, вес – 81 см, ИМТ – 29 кг/. Распределение подкожной жировой клетчатки неравномерное с преимущественным отложением в области живота и VII шейного позвонка. Лицо округлое, гиперемия щек. Багровые стрии на передней поверхности живота, бедрах. АД – 160/90 мм.рт.ст.

Вопросы:

1.Сформируйте предварительный диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.

3.Составьте план обследования для подтверждения/уточнения диагноза.

4.Чем обусловлены боли в спине. Какие исследования необходимо провести для уточнения их генеза.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №57**

Молодой человек 21 год поступил с жалобами на слабость, боли в коленных суставах, высыпания на коже лица и груди, повышение АД до 160/90 мм.рт.ст. Считает себя больным в течение 1,5 лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Обратился к кардиологу по месту жительства. Была назначена гипотензивная терапия без видимого эффекта. При осмотре: Рост – 176 см, вес – 87 кг, ИМТ – 28,1 кг/. Распределение подкожной жировой клетчатки неравномерное с преимущественным отложением вобласти живота и VII шейного позвоночника. Лицо округлое, гиперемия щек. Богровые стрии на передней поверхности живота. АД – 150/90 мм.рт.ст. Данные лабораторных исследований: - 138 мэкв/л (135-145), - 3,2 мэкв/л (3,5-5,0), глюкоза натощак – 6,3 моль/л (4,0-6,1). Своюодный кортизол суточной мочи – 1200 нмоль/л (80-250), АКТГ крови – 53 пмоль/л (0-10,2). Большая дексаметазоновая проба: кортизол крови исходно – 980 нмоль/л (250-720), кортизол крови после приема 8 мг дексаметазона – 148 нмоль/л (250-720). МРТ головного мозга: объемное образование гипофиза размером 3×5 мм, активно накапливающее контрастный препарат. КТ брюшной полости: двусторонняя гиперплазия надпочечников. Денситометрия: остеопороз поясничного отдела пзвоночника.

Вопросы:

1.Сформируйте предварительный диагноз.

2.О чем свидетельствует результаты большой дексаметазоновой пробы.

3.Почему пациенту не проводили малую дексаметазоновую пробу.

4.Как Вы оцениваете показатели углеводного обмена у данного пациента.

5.Сформулируйте тактику лечения пациента.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №58**

Молодой человек 17 лет предъявляет жалобы на слабость, сонливость, избыточный вес, периодические головные боли повышение АД до 145/90 мм.рт.ст. Избыточный вес с 10 лет, за последний год набрал 10 кг. Головные боли и слабость – в течение 2-х лет. При обследовании по месту жительства выявлено повышение кортизола крови до 847 нмоль/л (250-720). При осмотре: Рост – 173 см. вес – 98 кг, ИМТ – 32,4 кг/ . Подкожная жировая клетчатка распределена по абдоминальному типу. Бледно-розовые стрии на бедрах. АД – 140/85 мм.рт.ст.

Вопросы:

1.Сформируйте предварительный диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.

3.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

4.Назовите возможные причины повышения кортизола крови у данного пациента.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №59**

Женщина 28 лет обратилась к врачу с жалобами на нарушение менструального цикла (задержка до 3-х месяцев), отсутствие беременности в течение 2 лет половой жизни без контрацепции. Из анамнеза: Менструации с 14 лет по 5 дней через 28-30 дней. Нарушение менструального цикла по типу олигоопсоменореи в течение 4 лет. Беременности не было. При осмотре: Рост – 175 см, вес – 85 кг, ИМТ – 27,8 кг/. Кожные покровы чистые, умеренно влажные, обращает внимание рост единичных стержневых волос вокруг сосков и по срединной линии живота. Молочные железы округлой формы, симметричные, изменения кожных покровов не отмечено. При надавливании на сосок – обильное выделение молокоподобной жидкости. При лабораторном исследовании: ТТГ- 1,6 ММЕ/л (0,4-4,0), ЛГ – 3,8 мМЕ/л (1,9-12,5), ФСГ – 6,9 мМЕ/мл (2,5-10,2), СТГ – 10 мМЕ/л (0.16-13), ИРФ – 1-178 нг/мл (75-212), эстрадиол – 270 пмоль/л (40-606), пролактин 3500 мкМЕ/мл (59-619)

Вопросы:

1.Сформируйте предварительный диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.

3.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

4.Каковы основные подходы к лечению данного заболевания.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №60**

Пациентка 23 лет наблюдается психиатром с диагнозом эндогенная депрессия, в течение 2 лет получает терапию антидепрессантами. Жалобы на момент осмотра не предъявляет. Менструации с 13 лет по 5 дней через 28 дней регулярные не обильные, безболезненные. Беременность 1 (в 20 лет), роды 1 в срок (без осложнений). Лактация до 9 мес. На данный момент контрацепция – барьерная. При осмотре: Рост – 170 см, вес – 60 кг, ИМТ – 20,8 кг/. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Молочные железы округлой формы, безболезненные при пальпации, выделений из соска нет. Лабораторные исследования: пролактин крови – 890 мкМЕ/мл (59-619).

Вопросы:

1.Сформируйте предварительный диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.

3.С чем, скорее всего, связанно повышение уровня пролактина у данной пациентки.

4.Требуется ли лечение гиперпролактинемии у данной пациентки.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №61**

Мужчина 37 лет обратился у врачу с жалобами на головные боли, снижение либидо, увеличение веса на 15 кг за 3 года, бесплодие. Из анамнеза: рос и развивался в соответствии с возрастом, в 3 года перенес сотрясение головного мозга легкой степени. При осмотре: Рост – 172см, вес – 90 кг, ИМТ – 30,4 кг/. Кожные покровы чистые. Подкожный жировой слой развит избыточно, распределен равномерно. Грудные железы слегка болезненны при пальпации, при надавливании из сосков выделяются капли светлой жидкости. Яички расположены в мошонке, мягкой консистенции, несколько уменьшены в объеме, дополнительные образования не пальпируются.

Вопросы:

1.Сформируйте предварительный диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.

3.Составьте план обследования для подтверждения/уточнения диагноза.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №62**

Пациентка Н. 23 лет поступила в отделении реанимации в бессознательном состоянии. Со слов родственников, пациентка страдает сахарным диабетом 1-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 поверхносное. Гликемия 1,8 ммоль/л.

Вопросы:

1.Сформируйте предварительный диагноз.

2.Объясните причину возникновения данного состояния.

3.Определите тактику обследования и лечения.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача№ 63**

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 да аменореи.

Появились головные боли, плохо котирующиеся 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**

**Задача №64**

Пациент М, 20 лет доставлен в отделение реанимации областной больницы в бессознательном состоянии.

Со слов друзей, страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 10 лет. С утра уколол обычную инсулина, позавтракал ( съел яичницу, бутерброд и выпил чай без сахара), поехал с друзьями на велосипеде на речку. После плавания в реке ему стало плохо, закружилась голова, проступил холодный пот на лбу , появились судороги, потерял сознание. Друзья вызвали скорую. Объективно: сознание спутанное, не может вспомнить что и когда с ним произошло, судорожные подергивания рук и ног, кожные покровы бледные, влажные, АД 80/60 мм.рт.ст.,ЧСС 120 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**

**Задача №65**

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

Анамнез: В 27 лет во время родов перенесла сильное маточное кровотечение. В остальном послеродовой период протекал сущетвенных 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. 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**

**Задача №66**

Пациентка Н. 70 лет госпитализирована в отделение реанимации в бессознательном состояснии. Со слов родственников, страдает сахарным диабетом 2 типа в течение 20 лет. Длительное время принимает глибенкламид микронизированный 1,75 мг 2 раза в сутки и метформин 850 мг 2 таблетки 1 раз в сутки.Гликемию контролировала нерегулярно. Неделю назад у пациентки развилась пищевая токсикоифекция с профузным поносом и неоднократной рвотой. В последние дни родственники стали отмечать повышенную сонливость, слабость, адинамию, речевые нарушения. Симптомы усиливались. Пациентка госпитализирована.

Объективно: сознание спутанное, горизонтальный нистагм, парез нижних конечностей, сухость кожи и слизистых, мягкость глазных яблок при пальпации. Гликемия крови 50 ммоль/л, ацетон в моче отсутствует.

Вопросы:

1.Сформулируйте предварительный диагноз,

2.Объясните возможную причину развития данного состояния?

3.Определите тактику обследования и лечения.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача№** **67**

Пациентка О., 40 лет обратилась с жалобами на выраженнную слабость, похудание на 10 кг за последние 6 месяцеы, потемнение кожных покровов, тягу к соленной пище, плохой аппетит, неустойчивый стул.

Анамнез: летом отдыхала на Юге. После возвращения отмечает ухудшение самочувствия, усиление вышеперечисленных жалоб.

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 уд в мин. Тоны сердца ясные. При пальпации отмечается умеренная болезненность в эпигастральной области. Лабораторные данные: К 5,7 ммоль/л, Na 127 ммоль/л, глюкоза 3,2 ммоль/л, Эозинофилы- 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**

**Задача №68**

Пациентка О. 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**

**Задача №69**

Больная О., 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 двух лет стала отмечать изменение внешности, прибавку в массы тела на 15 кг за последние 2 года, появление волос на лице, нарушение менструального цикла, вначале по типу олигоаменореи, в настоящее – 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 юедер и живота, мышечная слабость.

Вопросы:

1.Поставьте предварителный диагноз

2.Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза.

3.Определите тактику лечения.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №70**

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 СПМ.

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.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №71**

Пациент А., 46 лет обратился к врачу с жалобами на выраженные головные боли, снижение остроты зрения, нарушение эрекции, 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**

**Задача № 72**

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**

**Задача № 73**

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 болезнь. 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**

**Задача № 74**

Пациентка Н., 23 лет поступила в отделение реанимации в бессознательном состоянии.

Со слов родственников, пациентка страдает сахарным диабетом 1-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**

**Задача № 75**

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 40 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**

**Задача № 76**

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 на ночь). 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**

**Задача № 77**

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 21 года, 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**

**Задача №78**

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 5 мг 3 т. 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 телана 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**

**Задача №79**

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 степени 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 мм.рт.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: ОАК:Hb 114.2 г%, эритр.-3490000, лейк.-5730, п/я-1, с/я-40, лимф.-51, моно-7, СОЭ-23мм/час. ЭКГ: синусовая брадикардия, ритм правильный, ЧСС-56 уд.в мин, горизонтальное положение ЭОС, выраженные изменения миокарда левого желудочка. БАК: в пределах нормы. Уровень гормонов крови: ТТГ- 59.0 МЕ/мл (0,25- 4.0), св. Т4-1.85 ммоль/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. Объемы железы- 2.2 мл.

Вопросы:

1) Предварительный диагноз?

2) Нужны ли дополнительные исследования?

3) Рекомендуемое лечение?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача№ 80**

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 ммоль/л (11.5-23.2). При проведении УЗИ щитовидной железы объем-18 мл, узлов нет. На фоне терапии тиамазолои ( 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, ИМТ- 24 кг/м2, кожные покровы чистые,сухие. Тоны сердца ясные, шумов нет, АД-120/70 мм.рт.ст, ЧСС-95 уд. в мин. 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 ( N: 0.4- 4.0), Т4- 250,3 нмоль/л ( N: 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 № 81**

Больная Б,,50лет,считает себя больной в течении 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 mmHg 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 оС. Рост -157см, вес-60кг. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД-150\70 mmHg, ЧСС-105 ударов в минуту. Щитовидная железа- II степени увеличения (по ВОЗ,1994), безболезненная при пальпации, подвижная при глотании, Симптом Мебиуса положительный, остальные глазные симптомы отрицательные. При гормональном исследовании: ТТГ-0,002 ( N:0,4-4,0) мЕд\л, Т4-70,4 (N: 9,0-23,2) ммоль\л,св. Т3 -3,3 (0,6-1,9) нг\мл. Определяется 10 кратное повышение уровня антител к тиреоидной пероксидазе (ТПО).

Узи щитовидной железы: ЩЖ расположена обычно. Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях. Узлов нет. Правая доля: 2,8 \*1,8\*6,1см . Левая доля : 2,1\*1,8\*6,0 см. Перешеек :0,7 см.

Объем ЩЖ -27мл.

Вопросы:

1.О каком заболевании наиболее вероятно идет речь.

2.С каким другим заболеванием, протекающим с тиреотоксикозом, его наиболее часто приходиться дифференцировать.

3.С назначения каких препаратов и в каких дозах начать лечение.

4.Какой метод лечения будет наиболее оптимален.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Экзаменационный билет № 82**

Пациентка Л. 57 лет инженер поступила в кардиологическое отделение многопрофильной 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 лет. С этого времени отмечает постоянное 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 -отриц.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Непереносимость лекарственных препаратов отриц.

Семейное положение: замужем, 2 детей- дочь 29 лет, сын-22 года, внук -3 года.

Образование- высшее. Техническое.

Профессиональная деятельность\_ инженер, работает в проектном институте.

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

Семейный анамнез : мать 85 лет- сахарный диабет 2 типа, отец умер в 63 года от ОИМ.

Вредные привычки отриц.

Status preasens : температура тела 35.7 о С, вес 77кг. Рост 160 см, кожные покровы сухие, теплые, бледные с желтушным оттенком, симптом «грязных локтей», АД 160\100 мм.рт.ст. PS -56 уд\мин. Тоны сердца приглушены, пастозность лица, голеней и стоп.

Данные лабораторных методов исследования:

ОАК: HB- 98,6г\л (N -120-140)

Эритроциты 3,1\*1012\л (3,7-4,7)

ЦП 0,79 (N 0.86-1.05)

Лейкоциты 11,8\*109\л (N 4.0-8.8)

СОЭ 5мм\час.

ОАМ: от 19,02,2014г.

Цвет- желтый

Уд.вес. -1027

pH -5,5

прозрачность- полная.

Сахар, белок, кетоны- отсутст.

Уробилин- норма.

Эпителиальные клетки плоские <1\ПВУ (<3ПВУ),

Лейкоциты – 1\ ПВУ (<5/ПВУ)

Эритроциты - < 1ПВУ ( 1\ПВУ)

БАК: Na+ 134,0 мэкв\л (N 132-149)

K+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)

Fe 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 ммоль\л (-11,5-22,7)

АТ к ТПО -889 (<100)

Данные инструментальных методов исследования:

ЭКГ: Горизонтальное положение ЭОС , ритм синусовый. PQ -0.14/ QRS -0.14/ QT-0.38. ЧСС – 54в мин. Диффузные изменения миокарда левого желудочка.

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

Узи Щитовидной железы : ЩЖ расположена обычно. Обьем ЩЖ 55,1 см3. . Контуры неровные, волнистые. Паренхима пониженной эхогенности, диффузно неоднородная, дольчатого строения, с линейной гиперэхогенной исчерченностью .

Вопросы:

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз.

2.Требуется ли госпитализация или возможно амбулаторное ведение пациента?

3.С каким заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

4.Сформулируйте принципы лечения пациентки .

5.Требуется ли пациентке дополнительное обследование и консультация специалистов?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии.**

**Экзаменационный билет № 83**

Пациент 41 год, жалобы на изменение голоса, быструю утомляемость, сонливость, общую слабость.

Из анамнеза: В течение последнего года пациент стал отмечать появление головных болей, чувства давления в области глаз, снижение остроты зрения, сужение периферического зрения, быструю утомляемость, сонливость, общую слабость. Было проведено МРТ головного мозга, по данным которого в селлярной области образование размера 26\*22\*30 мм с четкими контурами, сдавливающее хиазму.

При осмотре: рост 176 см, вес 80кг, ИМТ- 25,8 кг\см2. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Пульс на обеих руках удовлетворительного наполнения и напряжения, 60уд\мин. АД 110\70 мм.рт.ст.

По результатам гормонального анализа крови:

ТТГ- 0,13 (0,4-4,0)

Св.Т4- 7,0 nмоль\л (11,5-22,7)

ЛГ-0,54 МЕ\л ( 0,8- 7,6)

ФСГ 0,6 МЕ\л (0,7-11)

Тестостерон- 6,4 мг\мл (8,8-23)

Суточная экскреция кортизола с мочой-30 нмоль\сутки ( 25-400)

Вопросы:

**1.**Сформулируйте предварительный диагноз.

2Составьте план обследования для подтверждения \ учреждения диагноза.

3.Каковы причины сужения периферического зрения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии.**

**Экзаменационный билет № 84**

Пациентка 17 лет, жалобы на слабость, повышенную утомляемость, нарушения менструального цикла.

Из анамнеза : в 15 лет комплексное лечения опухоли головного мозга ( оперативное, лучевая терапия, полихимиотерапия ). В течении последнего года отмечается вышеуказанные жалобы.

Объективно: Рост 172 см. вес- 55,5 кг. ИМТ – 18,7 кг\м2 .

Распределение подкожно- жировая клетчатки равномерное. Кожные покровы нормальной окраски, чистые, умеренно влажные. АД- 100\60 мм.рт.ст. на обеих руках. Оволосение по женскому типу. Молочные железы симметричные,мягкие.

При обследовании: СТГ- нг\мл (3-10)

ИФР- 1—133 нг\ мл. (116-343)

Кортизол -60 нмоль\л ( утро 138-690)

ТТГ- 0,09 мЕД\мл (0,4-4,0)

Св. Т4- 2,0нмоль\л (-11,5-22,7)

АТ к ТПО ЛГ 1,2 МЕ\л (3,0-14,4)

ФСГ 5,0 МЕ\л (17-77)

Эстрадиол 70 нг\мл (101-905)

Вопросы:

1.Сформулируйте предварительный диагноз

2.Составьте план обследования для подтверждения диагноза.

3.Каковы основные подходы к лечению данного заболевания?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии.**

**Задача № 85**

Женщина 26 лет , обратилась с жалобами на слабость , утомляемость, боли в поясничной области, повышение АД до 170/100 мм.рт.ст. ,высыпания на лице, груди и спине ,изменение внешности(прибавка веса ,округлость лица)

Считает себя больной в течении 3-х лет, когда впервые через 6 месяцев после родов отметила повышение АД максимально до 170/100 мм.рт.ст.,слабость угревая сыпь на лице и груди . Через несколько месяцев присоединились боли в суставах и пояснице, нарушение менструального цикла, прибавила в весе 7 кг.

При осмотре: Рост -167 см, вес-87 кг,ИМТ -29 кг/м₂. Распределение подкожной жировой клетчатки неравномерное с преимущественным отложением в области живота и VII шейного позвонка. Лицо округлое , гиперемия щек. Багровые стрии на передней поверхности живота, бедрах. АДт 160/90 мм.рт.ст.

Вопросы :

1.Сформулируйте предварительный диагноз

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3.Составьте план обследования для подтверждения /уточнения диагноза

4.Чем обусловлены боли в спине? Какие исследования необходимо провести для уточнения генеза?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии.**

**Задача № 86**

Молодой человек 21 год поступил с жалобами на слабость, боли в коленных суставах, высыпания на коже лица и груди, повышение АД до 160/90 мм.рт.ст

Считает себя больным в течение 1,5 лет , когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Обратился к кардиологу по месту жительства .Была назначена гипотензивная терапия без видимого эффекта.

При осмотре: Рост-176 см, вес -87 , ИМТ-28,1 кг/м2. Распределение подкожной жировой клетчатки неравномерное с преимущественным отложением в области живота и VII шейного позвонка. Лицо округлое , гиперемия щек. Багровые стрии на передней поверхности живота. АД -150/90 мм.рт.ст

Данные лабораторных исследований:

NA⁺-138 мэкв/л(135-145),К⁺-3,2 мэкв/л (3,5-5,0),глюкоза натощак -6,3 ммоль/л (4,0-6,1), свободный кортизол натощак-1200 нмоль/л(80-250),АКТГ крови-53 пмоль/л(0-10,2).

Большая дексаметазоновая проба: кортизол крови исходно -980 нмоль/л(250-720),кортизол крови после приема 8 мг дексаметазона-148 нмоль/л(250-720).

МРТ головного мозга: объемное образование гипофиза размером 3х5 мм,активно накапливающее контрастный препарат.

КТ брюшной полости : двусторонняя гиперплазия надпочечников.

Денситометрия: остеопороз поясничного отдела позвоночника.

Вопросы:

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз

2.О чем свидетельствует результаты большой дексаметазоновой пробы?

3.Почему пациенту не проводили малую дексаметазоновую пробу?

4.Как Вы оцениваете показатели углеводного обмена у данного пациента?

5.Сформулируйте тактику лечения пациента.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача № 87**

Молодой человек 17 лет предъявляет жалобы на слабость , сонливость, избыточный вес, периодические головные боли, повышение АД до 145/90 мм.рт.ст.

Избыточный вес с 10 лет , за последний год набрал 10 кг. Головные боли и слабость- в течение 2-х лет. При обследовании по месту жительства выявлено повышение кортизола крови до -847нмоль/л(250-720)

При осмотре: Рост-173 см, вес -98 кг,ИМТ з2,7 кг/м2,. Подкожная жировая клетчатка распределена по абдоминальному типу. Бледно-розовые стрии на бедрах. АД -140/85 мм.рт.ст.

Вопросы :

1.Сформулируйте предварительный диагноз

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3.Составьте план обследования для уточнения диагноза

4.Назовите возможные причины повышения кортизола крови у данного пациента.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача № 88**

Женщина 28 лет обратилась к врачу с жалобами на нарушение менструального цикла( задержки до 3-х месяцев),отсутствие беременности в течении 2 лет жизни без контрацептивов.

Из анамнеза: менструации с 14 лет по 5 дней через 28-30 дней. Нарушение менструального цикла по типу олигоопсоменореи в течение 4 лет. Беременностей не было.

При осмотре: рост -175 см,вес-85 кг,ИМТ-27,8кг/. Кожные покровы чистые ,умеренно влажные ,обращает внимание на рост единичных стержневых волос вокруг сосков и по срединной линии живота. Молочные железы округлой формы ,симметричные ,изменение кожных покров не отмечено . При надавливании на сосков –обильное выделение молокоподобной жидкости.

При лабораторном исследовании: ТТГ 1,6 ММе/л(0,4-4,0) ,ЛГ-3,8мМЕ/мл(1,9-12,5),ФСГ 6,9мМЕ/мл(2,5-10,2),СТГ-10 мМЕ/л(0,16-13),ИРФ I-178 нг/мл(75-212),эстрадиол-270 пмоль/л(40-606),пролактин 3500 мкМЕ/мл(59-619).

Вопросы :

1.Сформулируйте предварительный диагноз

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3.Составьте план обследования для подтверждения /уточнения диагноза?

4.Каковы основные подходы к лечению данного заболевания ?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача № 89**

Пациентка 23 лет наблюдается психиатром с диагнозом эндогенная депрессия ,в течение 2 лет получает терапию антидепрессантами .

Жалоб на момент осмотра не предъявляет .

Менструации с 13 лет по 5 дней через 28 дней регулярные не обильные, безболезненные. Беременность 1( 20 лет), роды 1 в срок ( без осложнений). Лактация до 9 мес. На данный момент контрацепция - барьерная .

При осмотре:рост-170 см,вес-60кг,ИМТ-20,8кг/м2. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Молочные железы округлой формы, безболезненные при пальпации ,выделений из соска нет.

Лабораторные исследования: пролактин крови-890мкМЕ/мл(59-619).

Вопросы:

1.Сформулируйте предварительный диагноз

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3.С чем ,скорее всего, связано повышение пролактина у данной пациентки?

4.Требуется ли лечение гиперпролактинемии у данной пациентки?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №90**

Мужчина 37 лет обратился к врачу с жалобами на головные боли , снижение либидо,увеличение веса на 15 кг за 3 года ,бесплодие.

Из анамнеза : рос и развивался в соответствии с возрастом , в 3 года перенес сотрясение головного мозга легкой степени.

При осмотре: рост 172,вес 90 кг, ИМТ-30,4кг/м2.Кожные покровы чистые. Подкожный жировой слой развит избыточно, распределен равномерно. Грудные железы слегка болезненные при пальпации ,при надавливании из сосков выделяется капли светлой жидкости. Оволосение по мужскому типу. Яички расположены в мошонке , мягкой консистенции , несколько уменьшены в объеме ,дополнительные образования не пальпируются.

Вопросы :

1.Сформулируйте предварительный диагноз

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3.Составьте план обследования для подтверждения/уточнения диагноза?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Задача №91**

Пациентка Н. 23 лет поступила в отделение реанимации в бессознательном состоянии.

Со слов родственников ,пациентка страдает СД 1 типа в течении 5 лет. С 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 СД . Обычными средствами (нашатырный спирт) пациентку в сознание провести 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**

**Задача №92**

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**

**Задача № 93**

Пациент М. 20 лет доставлен в отделение реанимации областной больницы в бессознательном состоянии .

Со слов друзей ,страдает СД 1 типа в течении 10 лет. С утра уколол обычную дозу инсулина ,позавтракал (съел яичницу ,бутерброд и выпил чай без сахара), поехал с друзьями на велосипеде на речку. После плавания в реке ему стало плохо , закружилась голова голова,проступил холодный пот на лбу , появились судороги , потерял сознание. Друзья вызвали скорую помощь.

Объективно : сознание спутанное ,не может вспомнить что и когда с ним произошло , судорожные подергивания рук и ног, кожные покровы бледные ,влажные,АД 80/60 мм.рт.ст. ,ЧСС 120 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**

**Задача № 94**

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 кровотечение.В остальном послеродовой период протекал без существенных особенностей. Через 1 месяц наступила агалактия . Менструация возобновилась 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 , аксилярное оволосение отсутствует ,депигментация ореол. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный , ЧСС 50 в мин, АД 90/50 мм.рт.ст. Лабораторные данные: св Т4-7,5 пиоль/л(10-20),ТТГ-0,1 мМЕ/л(0,35-4,5),св.кортизол в моче 20 нмоль/сут(60-400),АКТГ -0,1 пг/мл(-60),Э2-50пмоль/л(97-592),ФСГ-0,2 мЕ/л(2-11,6),ЛГ-0,1 мЕ/л(2,6-12,0).

Вопросы :

1.Поставьте предварительны диагноз.

2.Определите тактику обследования и лечения?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Билет№ 95**

Пациентка Н. 70 лет госпитализирована в отделение реанимации в бессознательном состоянии.

Со слов родственников, страдает сахарным  
диабетом 2 типа в течение 20 лет. Длительное  
время принимает глибенкламид

микронизированный 1,75 мг 2 раза в сутки и метформин 850 мг 2 таблетки 1 раз в сутки. Гликемию контролировала нерегулярно. Неделю назад у пациентки развилась пищевая токсикоинфекция с профузным поносом и неоднократной рвотой. В последние дни родственники стали отмечать повышенную сонливость, слабость, адинамию, речевые нарушения. Симптомы усиливались. Пациентка госпитализирована.

Объективно: сознание спутанное, горизонтальный нистагм, парез нижних конечностей, сухость кожи и слизистых, мягкость глазных яблок при пальпации. Гликемия крови 50 ммоль/л, ацетон в моче отсутствует.

Вопросы:

1.Сформулируйте предварительный диагноз

2.Объясните возможную причину развития данного состояния

3.Определите тактику обследования и лечения

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Билет №96**

Пациентка Г., 43 лет, была направлена на консультацию эндокринолога из кчиники 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?

Какова будет Ваша тактика в случае, если проведенные исследования исключат гормональную активность образования надпочечника?

Будет ли зависеть Ваша тактика от размера образования, в случае отсутствия у него гормональной активности?

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Билет №97**

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 15 мг 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 ммоль/л.

Вопросы:

1.Сформулируйте клинический диагноз.

2.Определите тактику терапии.

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Билет №98**

У пациента M., 41 года, ИМТ - 26 кг/м 2, гликемия натощак 9,0 ммоль/л, постпрандиалъная - 12 ммолъ/л, уровень базального С-пептида 1914 пмолъ/л (N 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**

**Билет №99**

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)0бъясните патогенез поражения стопы у данного больного

3)Сформулируйте принципы ведения больного

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Билет№ 100**

Больная К, 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) 0пределите тактику обследования и лечения

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии**

**Билет №101**

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

**ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России**

**Кафедра эндокринологии.**

**Задача№ 102**

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

Из анамнеза:

Полгода назад перенёс энтеровирусную инфекцию. В течении последних двух месяцев отмечает постепенное снижение веса (суммарно на 9 кг.), слабость , жажду (в день выпивает 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. Бабушка по материнской и отцовской линии – артериальная гипертензия.

При осмотре дежурным хирургом:

Температура тела 36,8 С, 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 напряжённый 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 4,1×10ˆ 12/L ( 3,7- 4,7), ЦП 0,89 ( норма 0,86- 1,05), лейкоциты 11,8× 10ˆ9/L (норма 4,0- 8,8), СОЭ – 5 мм/час.

Биохимический анализ крови : Na+ 142,0 мэкв/л (норма 132- 149) , К+ 3,9 мэкв/л ( норма 3,5- 5,5), АЛТ 43 ед/л (10- 40), АСТ18 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), рСО2 32 мм.рт. ст. (36- 44 мм.рт.ст.), НСО3 (стандартный бикаронат) 15 ммоль/л (22- 26 ммоль/л).

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

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предворительный клинический диагноз.
2. Чем обусловлены боли в животе?
3. Требуется ли госпитализация или возможно амбулаторное ведение пациента?
4. Сформулируйте основные принципы ведения пациента и тактику лечения в течение 1-4 часа
5. Сформулируйте принципы лечения после выведения пациента из этого состояния.