

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Матвеев Роман Сталинович
Должность: Ректор
Дата подписания: 17.01.2023 15:58:55
Уникальный программный ключ:
a1fced18b7ed974d9aae7ca022a0bd4130c0e7f8

Государственное автономное учреждение Чувашской Республики
дополнительного профессионального образования
«Институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Чувашской Республики

УТВЕРЖДАЮ
Ректор ГАУ ДПО «Институт
усовершенствования врачей»
Минздрава Чувашии
Р.С. Матвеев
« 29 » августа 2019 г.



**Фонд оценочных средств
для текущего контроля знаний и
промежуточной аттестации по дисциплине
Патология**

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности:
31.08.53 Эндокринология
Квалификация – **Врач – эндокринолог**
Форма обучения - **очная**

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине
Патология**

Оценочные средства	Количество
Текущий контроль знаний	
Ситуационные задачи	20
Промежуточная аттестация	
Вопросы для зачета	25

Критерии текущего контроля знаний:

- Критерии оценки решения ситуационных задач

Оценка	Описание
«Отлично»	Задание выполнено полностью правильно. Сделано заключение. Даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
«Хорошо»	Задание выполнено, но допущены одна-две незначительных ошибки. Сделано заключение.
«Удовлетворительно»	Задание выполнено частично, но при этом допущены серьезные ошибки. Заключение сделано частично.
«Неудовлетворительно»	Задание не выполнено.

Критерии промежуточного контроля знаний обучающегося

«Зачтено» - выставляется ординатору, показавшему знание основного учебного материала необходимого для дальнейшей работы, выполнившего задания, предусмотренные программой, может привести примеры, доказывающие базовые теоретические положения изученной дисциплины.

«Не зачтено» - выставляется ординатору, показавшему значительные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившего принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.

Ситуационные задачи.

1. Врач призывной комиссии военкомата направил на обследование в клинику юношу 18 лет. При осмотре в клинике: молодой человек ростом 185 см, с массой тела 68 кг, узкими плечами, длинными руками и ногами, широкими бедрами (евнухоидное телосложение); высокий женоподобный голос, гинекомастия, оволосение на лице и теле скудное, мышечная масса и сила (по результатам динамометрии) снижены, пенис и яички уменьшены. При специальных исследованиях выявлены азооспермия, низкий коэффициент интеллектуального развития; кариотип 47, XXУ.

Вопросы:

- Как называется синдром, имеющийся у пациента?
- Какова причина его развития? Ответ обоснуйте с учетом данных из условий задачи.
- Как Вы обозначите форму патологии, развившуюся у пациента? Ответ аргументируйте.
- Каковы механизмы развития каждого из симптомов?

2. У пациента А., 46 лет, обнаружено равномерное увеличение щитовидной железы, повышение основного обмена, субфебрильная температура, пульс 140 в минуту, частота дыхания 22 в минуту, тремор пальцев рук, повышенная потливость, расширение глазных щелей. Поглощение ¹³¹I щитовидной железой на 20% выше нормы. Уровни Т3 и Т4 в

крови повышены. Выявлены тиреостимулирующие АТ. Пациент беспокоен, раздражителен, возбуждённо рассказывает о своём состоянии.

У пациента Б., 30 лет, также обнаружено равномерное увеличение щитовидной железы, развившееся через 2 года после увольнения со службы на атомной подводной лодке. Основной обмен, температура тела, пульс, частота дыхания, уровни свободных и связанных форм Т3 и Т4 в крови снижены, тирео-стимулирующие АТ не обнаружены. Поглощение ¹³¹I щитовидной железой повышено на 5% в сравнении с нормой. Пациент апатичен, вял, сонлив, речь его медленная, невнятная, голос глухой. Врач назначил обоим пациентам препараты йода.

Вопросы:

– Какие формы патологии щитовидной железы развились у пациентов А. и Б.? Ответ обоснуйте данными из задачи. При необходимости дополните их.

– Каковы звенья патогенеза зобной трансформации щитовидной железы у пациентов А. и Б.? В чём их отличие?

– Почему уровень Т3 и Т4 у пациента А. повышен, а у пациента Б. снижен при увеличении поглощения ¹³¹I у обоих?

– Каково происхождение каждого из симптомов у пациента А. и Б.?

– Целесообразно ли назначение пациентам препаратов йода и можно ли ожидать лечебный эффект у них обоих?

3. Пациентка Х., 36 лет, поступила в больницу с жалобами на приступообразные боли за грудиной, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, быструю утомляемость, слабость, потливость, частые поносы, значительное похудание за последние 4 мес, субфебрильную температуру. Возникновение болезни связывает с перенесённой 7 мес назад тяжёлой затяжной стрессорной ситуацией в семье. При обследовании: повышенная влажность кожи, тремор пальцев рук, дрожание век, губ, экзофтальм. На ЭКГ: тахикардия, пароксизмы мерцательной аритмии, подъём сегмента ST. Щитовидная железа при пальпации незначительно увеличена. АД 145/60 мм рт.ст. Врач поставил предварительный диагноз: «вегетососудистая дистония(?), гипертиреоз(?)», назначил транквилизаторы и сердечные ЛС, но улучшения состояния пациентки не наблюдалось. Проведённый после дополнительных исследований курс лечения пропилтиоурацилом (веществом, блокирующим синтез тиреоидных гормонов) дал положительные результаты, состояние пациентки существенно улучшилось.

Вопросы:

– Какие дополнительные исследования были необходимы для определения формы патологии, развившейся у пациентки?

– О развитии какой формы патологии (или болезни) свидетельствуют описанные изменения? Что послужило её причиной?

– Какие варианты патогенеза этой патологии или болезни Вам известны?

– Почему не дали положительного эффекта транквилизаторы и кардиотропные средства, но этот эффект достигнут при применении пропилтиоурацила?

4. Пациентка Щ., 42 лет, обратилась к врачу с жалобами на слабость, сонливость, быструю утомляемость, запоры, постоянное ощущение холода, значительное увеличение массы тела (за 2 мес на 7 кг), снижение слуха, грубый голос. Два года назад перенесла инфекционный паротит и тиреоидит. При обследовании: пациентка тучная; медленно, с задержкой отвечает на вопросы; кожа с жёлтым оттенком, сухая; черты лица грубые; лицо, руки и ноги «припухшие», при надавливании на кожу на ней не остаётся ямок; температура тела 35,6 °С, АД 100/60 мм рт.ст., пульс 65 в минуту, частота дыхания 13 в минуту; щитовидная железа при пальпации слегка увеличена, плотная, болезненная; замедление ахиллова и других сухожильных рефлексов. При специальных исследованиях: снижение поглощения щитовидной железой радиоактивного йода, повышение концентрации ТТГ и высокий уровень антитиреоглобулиновых АТ в сыворотке крови.

Вопросы:

– Какая форма эндокринной патологии развилась у пациентки? Ответ обоснуйте.

– Что могло послужить вероятной причиной возникновения эндокринопатии и каков её патогенез? Ответ аргументируйте данными из задачи.

– Каковы механизмы каждого из симптомов, выявленных у пациентки?

5. В клинику детских болезней поступил мальчик 3 лет. При осмотре: рост ребёнка намного ниже возрастной нормы, короткие шея, руки и ноги, большой живот; голова крупная, спинка носа запавающая, лицо одутловатое, бледное, маскообразное, рот открыт, язык увеличен, много кариозных зубов, речь невнятная, произносимые слова искажены, слоги в них часто переставляются; на вопросы ребёнок отвечает не всегда, он капризен и раздражителен. АД 80/50 мм рт.ст., пульс 45 в минуту. Щитовидная железа при пальпации безболезненна, не увеличена. В крови значительно снижено содержание Т3 и Т4. Мать ребёнка во время беременности принимала препараты йода.

Вопросы:

–Какая форма патологии развилась у ребёнка? Ответ обоснуйте данными из задачи.

–В чём причина её возникновения и каковы механизмы развития?

–Каковы механизмы симптомов, имеющих у ребёнка?

6. На диспансерном учёте у эндокринолога - две женщины [мать в возрасте 50 лет (М.), дочь в возрасте 26 лет (Д.)]- У обеих щитовидная железа значительно увеличена, клинически - картина тиреотоксикоза. На основании клинических и лабораторных исследований обоим больным был поставлен диагноз «диффузный токсический зоб». Больная Д. после проведённого лечения отметила улучшение самочувствия. При повторном осмотре эндокринолога после проведённой терапии тиреостатическими препаратами через 8 мес М. предъявила жалобы, которые не отмечала ранее: вялость, медлительность, сонливость днём и нарушение ночного сна, ухудшение памяти, снижение работоспособности, появление отёчности лица и конечностей, зябкость, низкую температуру тела. Указанные симптомы у М. появились после перенесённой вирусной инфекции. Врач заподозрил тиреоидит Хасимото и изменил лекарственную терапию, назначив больной М. ЛС другой группы.

Вопросы:

– Можно ли рассматривать появление новых симптомов у больной М. Как осложнение лечения тиреостатиками?

– Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза больной М.?

– С какими клиническими формами нарушений функции щитовидной железы следует проводить дифференциальную диагностику?

7. Ребёнок 10 лет, проживающий в горной местности, поступил в клинику по поводу узлового зоба IV степени. Из анамнеза: в возрасте 5 лет родители обнаружили отставание в физическом и психическом развитии ребёнка, замкнутость, угрюмость, раздражительность. Данные обследования: брахицефалическая форма черепа, широкое лицо с низким лбом, широкий рот и толстые губы, глубокие глазные впадины, сухая морщинистая кожа, зубы кариозные, плоскостопие. Пульс 42 в минуту, ритм его правильный. АД 85/55 мм рт.ст. При радиоизотопном исследовании обнаружено значительное уменьшение выведения ^{131}I с мочой.

Вопросы:

– При каком заболевании щитовидной железы наблюдаются указанные симптомы?

– Каковы причина и механизмы увеличения щитовидной железы?

– Как предупредить развитие патологии, развившейся у ребёнка?

8. Больная Р., 25 лет, поступила в клинику с жалобами на низкий рост, слабую выраженность вторичных половых признаков, отсутствие месячных. Уже с 3 лет начала отставать в росте. При обследовании обнаружено: рост 105 см, телосложение пропорциональное, кожа дряблая, лицо старообразное. Половые органы инфантильны. Грудные железы не развиты. Интеллект сохранен. Основной обмен снижен на 12%. Уровень глюкозы в крови – 3,0 ммоль/л. В моче понижено содержание 17-кетостероидов,

отсутствуют эстрогены и андрогены. На рентгенограмме в области турецкого седла обнаружена опухоль.

Вопросы:

- Какую патологию эндокринной системы можно предположить?
- Чем объясняется карликовый рост, инфантилизм, дряблость кожи?
- Каков механизм гипогликемии?

9. Пациент М. 36 лет на приёме у врача предъявил жалобы на эпизоды сильной головной боли, мелькание "мушек" и появление «сетки» перед глазами; приливы крови к лицу: повышенную потливость; головокружение, выраженное сердцебиение и боль в области сердца, крупную дрожь тела, чувство страха при выполнении им тяжелой физической работы или во время психоэмоционального перенапряжения. В покое: АД - 136/85 мм рт.ст., Пульс - 80 уд. в мин, данные анализов крови и мочи без изменений. При физической нагрузке: АД - 230/165 мм рт.ст., пульс - 188 уд. в мин; в анализе крови - глюкоза 7,5ммоль/л; в анализе мочи, собранной после этого эпизода нагрузки, повышен уровень катехоламинов и их метаболитов. Для уточнения диагноза сделана рентгенография поясничной области, выявившая существенное увеличение размеров правого надпочечника.

Вопросы:

- Назовите и охарактеризуйте формы патологии, имеющиеся у пациента.
- Каковы возможные причины и патогенез повышений уровня АД у пациента?
- Каковы механизмы развития каждого из симптомов?
- Обоснуйте отклонения лабораторных показателей от нормы.

10. Мужчина К. 32 лет, в прошлом спортсмен-боксер высокого класса в тяжёлом весе, обратился к врачу с жалобами на быстро нарастающий вес тела (за 6 месяцев прибавил 7 кг), мышечную слабость, появление синяков на коже после несильных ударов, головокружение, головную боль (чаще в области затылка), периодически - мелькание "мушек" и "спиралей" перед глазами; повышенную жажду (за сутки выпивает 5-6 литров жидкости), частое обильное мочеиспускание. При осмотре: пациент гиперстенического телосложения, с избытком жировых отложений на лице (лунообразное лицо), шею (бизоний горб), над ключицами; на животе - пурпурные полосы; избыточное оволосение на груди и спине; большое число "синяков" различного цвета на ногах и руках. АД 185/110 мм рт.ст. Анализ крови: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $5,1 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $10 \times 10^9/л$, нейтрофилия, относительная лимфопения, отсутствие эозинофилов; СОЭ 5 мм/час; глюкоза 9,0ммоль/л; гипернатриемия. Анализ мочи: диурез 6000 мл/сутки, относительная плотность 1035, глюкозурия; белка и кетоновых тел не обнаружено; повышено содержание свободного кортизола.

Вопросы:

- Какая форма эндокринопатии развилась у пациента?
- Если Вы предполагаете наличие нескольких форм эндокринопатий, то какова между ними патогенетическая связь?
- Если форм эндокринопатий несколько, то какая из них является первичной? Какова ее причина и механизмы развития?
- Каковы механизмы развития каждого из симптомов, имеющих у пациента?

11. В стационар на обследование поступила больная 25 лет с жалобами на ожирение, появление полос (стрий) различной окраски на животе, бедрах, повышенную пигментацию кожи в местах трения (шея, локти, живот), рост усов, бороды, оволосение на груди и лобке по мужскому типу, на боли в позвоночнике, костях, мышечную слабость, нарушение менструального цикла.

Вопросы:

- Какая форма эндокринопатии развилась у пациента?
- Что могло послужить причиной ее возникновения?
- Каковы механизмы каждого из симптомов, выявленных у пациентки?

12. В поликлинику обратилась больная 40 лет с жалобами на сильные головные боли, общую слабость, изменение внешнего облика (увеличение носа, ушей, кистей, стоп). Объективно: отмечается увеличение надбровных дуг, скуловых костей и подбородка. Мягкие ткани лица гипертрофированы, увеличение языка и межзубных промежутков. Кисти и стопы увеличены.

Вопросы:

- Какая форма эндокринопатии развилась у пациентки?
- Что могло послужить вероятной причиной ее возникновения и какой ее патогенез?
- Какие исследования нужно провести для подтверждения диагноза?
- Каков механизм гипертрофии тканей?

13. Больной П., 20 лет, после перенесенной черепно-мозговой травмы стал жаловаться на постоянную жажду, частое и обильное мочеиспускание (кол-во мочи 10-15 литров в сутки) Беспокоят слабость, головные боли, сердцебиение. Отмечает резкую сухость во рту. При объективном исследовании отмечается: сухость кожи, отсутствие потоотделения, скудные выделения слюны, микротрещины, воспалительные изменения, изъязвления на деснах. Сахар крови натощак – 3,6 ммоль/л.

Вопросы:

- Какое состояние развилось у пациента? Ответ аргументируйте.
- Каковы основные звенья патогенеза этого состояния? Какие из имеющихся у пациента симптомов подтверждают Вашу версию?
- Каковы принципы выведения пациента из этого состояния? Ответ обоснуйте.

14. Больная была подвергнута рентгеновскому облучению по поводу опухоли щитовидной железы. Через 2 месяца стала жаловаться на общую слабость, утомляемость, головную боль, отеки, сухость кожи, отсутствие аппетита, угнетение настроения, повышенную сонливость, изменение голоса и речи. При объективном исследовании: кожа сухая, шелушащаяся, холодная на ощупь, лицо отечное, отек распространился на шею, надглоточную область, язык сухой, утолщен, покрыт грязно-серым налетом, едва помещается во рту, зубы поражены кариесом, отмечается их расшатывание. Анализ крови – Трийодтиронин (Т₃) – 0,9 (N 1,2 – 2,8 нмоль/л), Тироксин (Т₄) – 42 (N – 60 – 160 нмоль/л), Тиреотропный гормон (ТТГ) – 5,0 (N – 0,5 – 4,5).

Вопросы:

- Какое состояние развилось у пациента? Ответ аргументируйте.
- Каковы основные звенья патогенеза этого состояния?
- Какие из имеющихся у пациента симптомов подтверждают Вашу версию?
- Каковы принципы выведения пациента из этого состояния? Ответ обоснуйте.

15. У больной Н., 27 лет, после родов, осложненных массивным кровотечением, стало развиваться истощение, кожа стала сухой, морщинистой, цвета воска. Температура тела – 36,0 С, АД – 100/60 мм рт ст, содержание глюкозы в крови – 3,3 ммоль/л, содержание 17-кетостероидов в моче понижено.

Вопросы:

- Для какой патологии характерны указанные проявления?
- Какие причины могут вызвать данную патологию?
- Каковы основные механизмы развития клинических симптомов?

16. Больная 26 лет, обратилась в клинику с жалобами на прогрессирующее ожирение, характеризующееся отложением жира в области лица (лунообразное лицо), в верхней части туловища и живота, оволосение по мужскому типу, нарушение менструального цикла, общую слабость. При осмотре выявлены багровые рубцы на бедрах. АД – 190/95 мм.рт.ст., уровень глюкозы в крови – 9,0 ммоль/л, умеренных лейкоцитоз при абсолютной лимфопении, рентгенологически – увеличение размеров гипофиза, на УЗИ – гиперплазия коры надпочечников.

Вопросы:

- При каком заболевании наблюдаются указанные изменения?
- Какова наиболее вероятная причина и механизмы развития?

– Каковы механизмы развития симптомов и отклонений лабораторных показателей от нормы у данного больного?

17. Больная 50 лет, длительное время получала глюкокортикоиды по поводу бронхиальной астмы. Последнее время стало отмечать утомляемость, резкую слабость, бессоницу. У больной снизился аппетит, наблюдалась тошнота, рвота, запоры сменились поносами, резкие боли в животе и похудание. Кожа приобрела бронзовую окраску, особенно на лице и шее, тыльной поверхности кистей, в области сосков, половых органов, белой линии живота, АД – 70/40 мм.рт.ст. Содержание 17-ОКС и 17-КС в моче резко снижено, эозинопеническая проба положительная, содержание АКТГ в плазме повышено.

Вопросы:

- Охарактеризуйте форму патологии, имеющуюся у больной?
- Какие анамнестические, клинические и лабораторные данные подтверждают диагноз?
- Каков механизм клинических симптомов у больного?

18. У больной Н., 35 лет. Через сутки после струмэктомии появились признаки гипертонуса симметричной группы мышц: спазм мускулатуры лица «Сардоническая улыбка», губы в форме «рыбьего рта», тризм жевательной мускулатуры. При включении света дополнительно возникают судороги в мышцах верхних конечностей «рука акушера».

Вопросы:

- Какое состояние у больной можно предположить и что явилось непосредственной причиной данного заболевания?
- Чем объясняются судороги мышц?
- Какими лабораторными данными можно подтвердить данный диагноз?
- Какую экстренную помощь нужно оказать больной в данный момент?

19. Больная Н., 25 лет, обратилась к врачу гинекологу с жалобами на отсутствие месячных. Из анамнеза: роды 3 года назад, кормление грудью до 3-х лет, менструальная функция после родов отсутствует. Объективно: нормального телосложения, повышенного питания, молочные железы гипертрофированы. Из лаб.исследований: пролактин-2000мкМЕ/мл, ФСГ- 1,5 мкМЕ/мл. Проводилось ЯМР: в области гипофиза визуализируется кистозное образование d - 2-3 мм. УЗИ матки: гипоплазия матки.

Вопросы:

- Как называется синдром, имеющийся у пациентки?
- Какова причина его развития?

20. Каковы современные представления о механизмах возникновения данной патологии? 123. У больной, 5 лет обнаружены выраженные явления вирилизации: преждевременное оволосение на лобке, в подмышечных впадинах, на лице, туловище, незначительное увеличение наружных половых органов. При лаб.исследовании: увеличение концентрации андростендиста, снижение уровня тестостерона в крови. Резко повышена экскреция прегнантриола с мочой. Концентрация 17-гидроксипрогестерона в плазме крови увеличена, тогда как содержание кортизола в крови и экскреция 17-ОКС- на нижних границах нормы. Содержание АКТГ в крови повышено. Уровень ренина в плазме и скорость секреции альдостерона повышена. Проба с дексаметазоном и АКТГ- положительная.

Вопросы:

- Предполагаемая патология?
- Какие особенности стероидогенеза в надпочечниках определяет развитие этой патологии?
- Какие формы развития этой патологии Вы знаете?
- Объясните механизмы выше указанной патологии?

Вопросы к зачету по дисциплине:

1. Роль нарушения центральных, железистых и периферических механизмов в возникновении эндокринных заболеваний. Ятрогенные эндокринопатии.
2. Классификация эндокринопатий. Понятие о центральных (вторичных и третичных) и периферических (первичных) эндокринопатиях.
3. Патология гипоталамо-гипофизарной системы. Заболевания, связанные с нарушением гипоталамуса.
4. Патология аденогипофиза. Гиперфункция аденогипофиза.
5. Заболевания, обусловленные нарушением образования соматотропного гормона. Парциальная и тотальная недостаточность гипофиза.
6. Болезнь Шихена. Основные нарушения и симптомы.
7. Болезнь Симмондса. Основные нарушения и симптомы.
8. Патология задней доли гипофиза. Несахарный диабет.
9. Синдром гиперпродукции АДГ (синдром Пархона).
10. Патология надпочечников. Гипофункция коры надпочечников.
11. Острая надпочечниковая недостаточность.
12. Хроническая надпочечниковая недостаточность.
13. Болезнь Аддисона. Причины, патогенез нарушений.
14. Гиперфункция коры надпочечников. Первичный и вторичный альдостеронизм. Патогенез и симптомы.
15. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Этиопатогенез. Основные проявления и их обоснование.
16. Адено-генитальный синдром. Механизмы развития и его основные проявления.
17. Патология мозгового слоя надпочечников. Феохромоцитома.
18. Патология щитовидной железы. Классификация нарушений (центральные и периферические гипо- и гипертиреозы).
19. Гиперфункция щитовидной железы. Базедова болезнь (Болезнь Грейвса). Этиопатогенез. Симптомы и их обоснование.
20. Гипофункция щитовидной железы. Микседема. Кретинизм. Эндемический зоб. Этиопатогенез. Симптомы и их обоснование.
21. Причины возникновения и основные нарушения при гипер- и гипопаратиреозе.
22. Патология половых желез. Биологическая роль эстрогенов и андрогенов.
23. Женский гипер- и гипогонадизм препубертантного и половозрелого возраста.
24. Мужской гипер- и гипогонадизм препубертантного и половозрелого возраста.
25. Патология эпифиза.