**Табицла 1.Общие сведения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организация | ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ ИДПО |
| 2 | Специальность | Педиатрия |
| 3 | Дисциплина | Педиатрия |
| 4 | Автор заданий | Дружинина Н.А |
| 5 | Телефон | 89174385392 |
| 6 | Электронная почта | Druzhh51@mail.ru |
| 7 | СНИЛС | 013-267-730-25 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид** | **Код** | **Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса** |
|  |  |  |
| Н | - | 001 |
| Ф | A/01.7  | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза |
| И | - | **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ** |
| У | - | 12-летний мальчик направлен к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением школьной успеваемости. Согласно записи педиатра, мальчик потерял в весе со времени своего предыдущего посещения 6 месяцами ранее около 2,5 кг. При осмотре: Рост - 150 см, М - 30 кг, астенического телосложения, кожные покровы теплые влажные. Тоны сердца ритмичные, громкие; систолический шум на верхушке, в точке Боткина. ЧСС - 110 ударов в минуту. АД - 130/50 мм рт.ст. Щитовидная железа заметна при осмотре, деформирует переднюю поверхность шеи. При пальпации: увеличены обе доли и перешеек, щитовидная железа диффузной мягко-эластичной консистенции. В позе Ромберга - мелкоамплитудный тремор пальцев рук. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Пубертатная формула: А0, Р1, L0, F0, V0. |
|  |  |  |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Диффузный токсический зоб 3 степени. |
| Р2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| Р1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно  |
| Р0 | - | Диагноз поставлен неверно.  |
|  |  |  |
| В | 2 | Перечислить типичные клинические и лабораторные признаки заболевания |
| Э | - |  Увеличение щитовидной железы, как правило, 2 и 3 степени. Стойкая тахикардия, усиление сердечных тонов, систолический шум, увеличение пульсового давления (повышение систолического и снижение диастолического). Лабильность психики, моторное возбуждение, частый мелкий тремор пальцев вытянутых рук, общий гипергидроз, повышение кожной температуры, утомляемость, слабость, повышенный аппетит, похудание, нарушение менструального цикла у девочек. Часто - симптомы эндокринной офтальмопатии. Лабораторные признаки: повышение в сыворотке крови уровней Т3, Т4, снижение ТТГ. |
| Р2 | - | Типичные клинические и лабораторные признаки указаны верно.  |
| Р1 | - | Типичные клинические и лабораторные признаки указаны не полностью.  |
| Р0 | - | Типичные клинические и лабораторные признаки указаны неверно. |
|  |  |  |
| В | 3 | Составить план обследования. |
| Э | - | Определение уровня тиреоидных гормонов (Т3, Т4) и тиреотропного гормона (ТТГ) сыворотки крови, общий анализ крови, ЭКГ , УЗИ щитовидной железы |
| Р2 | - | План обследования составлен верно. |
| Р1 | - | План обследования составлен не полностью. |
| Р0 | - | План обследования составлен неверно. |
|  |  |  |
| В | 4 | Дифференциальный диагноз |
| Э | - | У детей с ювенильной струмой чаще отмечаются симптомы гипофункции щитовидной железы, или же - эутиреоидное (бессимптомное) состояние; тахикардия - нестойкая, исчезает в покое, во сне. Диагноз эндемического зоба выставляется в эндемичном по зобу йоддефицитном регионе. Клинически отмечается чаще эутиреоидное или гипофункциональное состояние щитовидной железы. Вегето-сосудистая дистония: гипергидроз, как правило, местный, дистальный, ладони холодные. Тремор пальцев рук - крупный, размашистый, проходит при отвлечении внимания больного. Лабильность пульса. Нормальный уровень тиреоидных гормонов и ТТГ сыворотки. Кардит: нет увеличения пульсового давления, тоны сердца приглушены. Есть признаки недостаточности кровообращения, нет увеличения щитовидной железы. Нормальный уровень тиреоидных гормонов и ТТГ. |
| Р2 | - | Дифференциальный диагноз указан верно.  |
| Р1 | - | Дифференциальный диагноз не соответствует. |
| Р0 | - | Ответ неверный |
|  |  |  |
| В | 5 | Терапевтическая тактика |
| Э | - | У детей с ювенильной струмой чаще отмечаются симптомы гипофункции щитовидной железы, или же - эутиреоидное (бессимптомное) состояние; тахикардия - нестойкая, исчезает в покое, во сне. Диагноз эндемического зоба выставляется в эндемичном по зобу йоддефицитном регионе. Клинически отмечается чаще эутиреоидное или гипофункциональное состояние щитовидной железы. Вегето-сосудистая дистония: гипергидроз, как правило, местный, дистальный, ладони холодные. Тремор пальцев рук - крупный, размашистый, проходит при отвлечении внимания больного. Лабильность пульса. Нормальный уровень тиреоидных гормонов и ТТГ сыворотки. Кардит: нет увеличения пульсового давления, тоны сердца приглушены. Есть признаки недостаточности кровообращения, нет увеличения щитовидной железы. Нормальный уровень тиреоидных гормонов и ТТГ..  |
| Р2 | - |  Терапевтическая тактика указана правильно. |
| Р1 | - | Терапевтическая тактика указана не полностью. |
| Р0 | - | Ответ неверный.  |
|  |  |  |
| Н | - | 002 |
| Ф | A/01.7  | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | **Задача 1**. На обследование в клинику направлен мальчик 13 лет с жалобами на избыточный вес, частые головные боли, головокружение, утомляемость. Со слов мамы, мальчик начал полнеть с 7-летнего возраста, однако за последние 1,5 года отмечается особенно большая прибавка в массе. Головная боль и головокружение беспокоят в течение года. Из семейного анамнеза известно, что избыточный вес имеют мать, отец, бабушка мальчика по материнской линии. У матери ребенка - повышенное АД, у бабушки - сахарный диабет 2 типа. В рационе семьи преобладают мучные, макаронные изделия, картофель. Часто - выпечка. Объективно: рост ребенка - 171 см, масса - 92 кг. Избыточное неравномерное отложение подкожно-жировой клетчатки: преимущественно на груди, животе. Фолликулит, цианотический оттенок кожи на предплечьях, кистях рук, бедрах, ягодицах. На коже груди, живота - яркие багрово-синюшные стрии. Дистальный гипергидроз. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 80 в мин. АД - 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул оформленный, регулярный. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Длинник яичек - 3,5 см. Формула пубертата: А2 Р2 L1 V1 F0.  |
|  |  |  |
| В | 1 | Предполагаемый диагноз  |
| Э | - |  1. Гипоталамический синдром пубертатного периода, ожирение 3 степени (избыток массы >50%). В пользу данного диагноза свидетельствуют: особенно значительная прибавка в массе с началом полового созревания, высокая степень ожирения. С началом пубертата появились проявления гипоталамического (диэнцефального) синдрома: фолликулит, стрии, повышение АД, сопровождающееся головными болями, головокружением, проявлениями вегетативной дисфункции.  |
| Р2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| Р1 | - | Диагноз поставлен не полностью.  |
| Р0 | - | Диагноз поставлен неверно.  |
|  |  |  |
| В | 2 | Назовите формы заболевания в зависимости от времени возникновения и уровня поражения. |
| Э | - |  Первичное ожирение: 1). Конституционально-экзогенное: простая, переходная, осложненная формы. 2). Алиментарное. Б. Вторичное ожирение: 1). церебральное 2). диэнцефальное 3). эндокринное. В. Смешанное. Г. Редкие формы.  |
| Р2 | - | Ответ верный. |
| Р1 | - | Предположения неверные.  |
| Р0 | - | Ответ неверный. |
|  |  |  |
| В | 3 | Перечислите план обследования пациента |
| Э | - | План обследования должен включать: краниограмму (состояние турецкого седла, признаки внутричерепной гипертензии) сахар крови натощак, тест толерантности к глюкозе, биохимический анализ крови (липидный спектр), ЭКГ, Эхоэнцефалоскопия, электроэнцефалография, Осмотр глазного дна, определение полей зрения, консультации невропатолога, отоларинголога. |
| Р2 | - | План указан верно. |
| Р1 | - | Указаны не все парамеиры. |
| Р0 | - | Ответ полностью неверный. |
|  |  |  |
| В | 4 | Дифференциальный диагноз необходимо проводить  |
| Э | - | А. с синдромом Иценко-Кушинга, Б. с адипозо-генитальной дистрофией.В. с алиментарным ожирением . А.У ребенка нет задержки роста, а имеется опережение (рост выше среднего), нет замедления полового созревания, нет характерного перераспределения подкожно-жирового слоя («лунообразное» лицо, преимущественно в области шеи и туловищаБ.Нет характерного поясного отложения жира («фартук»), нет задержки роста, нет задержки пубертата, напротив - отмечается некоторое опережение средних темпов пубертата.В. При алиментарном ожирении избыток массы отмечается с раннего возраста, как правило ожирение невысокой - 1-й или 2-й степени. Нет признаков диэнцефального синдрома.  |
| Р2 | - | Ответ верный  |
| Р1 | - | Ответ указан не полностью. |
| Р0 | - | Ответ неверный |
|  |  |  |
| В | 5 | Алгоритм терапии |
| Э | - | Диета субкалорийная, рациональная психотерапия, коррекция пищевого поведения в семье , ЛФК, массаж При наличии текущего воспалительного процесса (энцефалит, арахноидит), и в случаях выявления других очагов инфекции (носоглотка) - курс антибактериальной терапии (парентерально). При наличии симптомов повышения внутричерепного давления (краниограмма,эхоэнцефалоскопия) - дегидратационная терапия (диакарб, верошпирон). Ноотропные препараты (пирацетам и др.) Препараты, нормализующие церебральное кровообращение (кавинтон, винпоцетин,циннаризин). Витаминотерапия (В1, В6, РР, В12). |
| Р2 | - | Алгоритм терапии указан верно. |
| Р1 | - | Верно всё, кроме витаминотерапии. |
| Р0 | - | Ответ полностью неверный.  |
| Н | - | 003 |
| Ф | A/01.7  | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | На обследование в клинику направлена девочка 12 лет с жалобами на избыточный вес, частые головные боли, головокружение, утомляемость. Со слов мамы, ребенок начал полнеть с 6-летнего возраста, однако за последние 1,5 года отмечается особенно большая прибавка в массе. Головная боль и головокружение беспокоят в течение года. Из семейного анамнеза известно, что избыточный вес имеют мать, отец, бабушка мальчика по материнской линии. У отца ребенка - повышенное АД, у бабушки – сахарный диабет 2 типа. В рационе семьи преобладают мучные, макаронные изделия, картофель. Часто - выпечка. Объективно: рост ребенка - 170 см, масса - 82 кг. Избыточное неравномерное отложение подкожно-жировой клетчатки: преимущественно на груди, животе. Фолликулит, цианотический оттенок кожи на предплечьях, кистях рук, бедрах, ягодицах. На коже груди, живота - розовые стрии. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 80 в мин. АД - 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул оформленный, регулярный. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Формула пубертата: А2 Р3 Ма3 Ме0.  |
|  |  |  |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Конституционально-экзогенное ожирение 2 степени. |
| Р2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| Р1 | - | Диагноз поставлен неполностью.  |
| Р0 | - | Диагноз поставлен неверно.  |
|  |  |  |
| В | 2 | Дифференциальная диагностика. |
| Э | - | А. с синдромом Иценко-Кушинга, Б. с адипозо-генитальной дистрофией.В. с алиментарным ожирением .  |
| Р2 | - | Дифференциальный диагноз указан верно. |
| Р1 | - | Указаны не полностью |
| Р0 | - | Ответ неверный. |
|  |  |  |
| В | 3 | План обследования.  |
| Э | - |  Краниограмма (состояние турецкого седла, признаки внутричерепной гипертензии)  сахар крови натощак, тест толерантности к глюкозе, биохимический анализ крови (липидный спектр),  ЭКГ, Эхоэнцефалоскопия, электроэнцефалография,  Осмотр глазного дна, определение полей зренияконсультации невропатолога, отоларинголога.  |
| Р2 | - | Ответ полностью верный. |
| Р1 | - | Указаны не все методы исследования. |
| Р0 | - | Ответ полностью неверный. |
|  |  |  |
| В | 4 | Терапевтическая тактика. |
| Э | - | Диета субкалорийная рациональная психотерапия, коррекция пищевого поведения в семье , ЛФК, массаж При наличии текущего воспалительного процесса (энцефалит, арахноидит), и в случаях выявления других очагов инфекции (носоглотка) - курс антибактериальной терапии (парентерально). При наличии симптомов повышения внутричерепного давления (краниограмма,эхоэнцефалоскопия) - дегидратационная терапия (диакарб, верошпирон). Ноотропные препараты (пирацетам и др.) Препараты, нормализующие церебральное кровообращение (кавинтон, винпоцетин,циннаризин). |
| Р2 | - | Указанное лечение верное. |
| Р1 | - |  Указана не правильная доза. |
| Р0 | - | Ответ неверный |
|  |  |  |
| Ф | A/01.7  | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Пациент 13л. поступил отделение с жалобами на периодически возникающие головные боли, избыточную массу тела, снижение успеваемости в школе, эпизодическую жажду.Объективно: рост 159 см, вес 75,4 кг. Кожа бледно-розовой окраски, повышенной влажности в естественных складках. Подкожно- жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, увеличение молочных желез, железистая ткань не пальпируется, признаков эстрогенизации нет. Щитовидная железа не увеличена, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная, подвижная. Дыхание везикулярное, ритмичное. Пульс  58 ударов в мин., ритмичный. АД  115/75 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот увеличен в размерах, пальпация затруднена. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненный, плотноват. Диурез регулярный, стул со склонностью к запорамОАК: Нв-111 г/л, эр 4,05Т/л, Цв. П. 0,82, L 6,8 х103 г/л, Тром. 144 г/л, э 4 %, с 35 %, л 55 %, м 6 %, СОЭ7мм/чБ/х крови: белок 81,5 г/л, билирубин 15,0 мкмоль/л, непрямой  14 ммоль/л, глюкоза 5,7 ммоль/л, холестерин 4,8 ммоль/л, бета  липопротеиды 57 ед, АСТ 25 ммоль/л, АЛТ 29 ммоль/л, щелочная фосфатаза  110 Е/л, ТГЦ  2,53 ммоль/л, С-реакт. белок отр.Гормональный статус: Пролактин  629 мМЕ/л (N - 67-726 мМЕ/л), Кортизол  296,0 нмоль/л (N 150660 нмоль/л), ТТГ  6,2 мМЕ/л (N 0,3-4,0 мМЕ/л), Т4 св. - 12,5 пг/мл (N 8,0-19,0 пг/мл),СТТГ: до нагрузки  6,4 ммоль/л, 30мин.  9,3 ммоль/л, 60мин. - 7,6 ммоль/л , 120 мин. -8,1 ммоль/лУЗИ органов брюшной полости: Гепатомегалия. Жировой гепатоз.УЗИ щитовидной железы: расположена типично, визуализируется правая доля, слева отмечается отсутствие тиреоидной ткани общим объемом 9,8 мл. Аплазия левой доли щитовидной железы. Объем правой доли соответствует нормальному объему щитовидной железы. |
| В | 1 | Поставить диагноз . |
| Э | - | Ожирение III ст., смешанного генеза, медленно-прогрессирующее течение, осложненное. Субклинический гипотиреоз на фоне аплазии левой доли щитовидной железы.Осложнения: Нарушение толерантности к углеводам. Жировой гепатоз. Ложная гинекомастия. |
| Р2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| Р1 | - | Диагноз поставлен не полностью.  |
| Р0 | - | Диагноз поставлен неверно.  |
|  |  |  |
| В | 2 | План обследования |
| Э | - | . Rg-графия черепа в боковой проекции, определение липидного спектра, ЭКГ, определение уровня инсулина или С-пептида. |
| Р2 | - | План обоснован верно. |
| Р1 | - | Диагноз обоснован не точно |
| Р0 | - | Ответ полностью неверный |
| Р0 | - | Ответ неверный |
|  |  |  |
| В | 5 | Назначить лечение |
| Э | - | Лечение: диета стол № 8 по Певзнеру + 1-2 разгрузочных дня в неделю + расширение физической активности, метформин 500 мг 2 р\день не менее 6 месяцев под контролем СТТГ;  L-тироксин 100 мкг 1 раз в день утром до еды, йодомарин 150 мкг 1 р\д утром после еды под контролем ТТГ через 3 месяца. Курсы гепатопротекторов и желчегонных препаратов 2 раза в год |
| Р2 | - | Ответ верный  |
| Р1 | - | Указаны не все методы лечения |
| Р0 | - | Ответ неверный.  |
| Н | - | 005 |
| Ф | A/01.7  | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Пациентка Светлана А., 16л. поступила в эндокринологическое отделение с жалобами на избыточную массу тела, нежелательный рост волос на лице, пояснице, ногах, отсутствие месячных, периодически возникающие головные боли. Объективно: рост 161 см, вес 82 кг. Кожа смуглой окраски, гипергидроз ладоней, единичные розовые неглубокие стрии на груди. Подкожно- жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, избыточных рост темны молочных желез. Более интенсивная смуглая окраска кожи в подмышечных областях, на локтях, симптом «грязной шеи». Щитовидная железа не увеличена, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная, подвижная. Дыхание везикулярное. Пульс  78 ударов в мин., ритмичный. АД  118/65 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, печень по краю реберной дуги, край ровный, гладкий. Физиологические отправления в норме.ОАК: Нв-143 г/л; Эр-5,05 Т/л; Цв. П. 0,84; L-9,5 Г/л; э 2 %, с 42 %, л 48 %, м-7%, СОЭ 8мм/чБ/х крови: белок 78,5 г/л, билирубин 14,0 мкмоль/л; холестерин 7,5 ммоль/л; креатинин 61,6 ммоль/л; калий 4,48 ммоль/л; натрий 146,6 ммоль/л; сахар 5,1 ммоль/л, бета  липопротеиды 66 ед, ЩФ-145,0, кальций 2,37 ммоль/л; фосфор 1,65 ммоль/л; триацилглицериды 2,22 ммоль/л; мочевая кислота 0,45 мкмоль/л АСТ 20,4 ммоль/л, АЛТ 21,9 ммоль/л.Липидный спектр: Общий холестерин 7,5 ммоль/л, триацилглицериды 2,22 ммоль/л, ХС ЛПВП 1,37 ммоль/л, ХС ЛПНП 5,09 ммоль/л, индекс атерогенности 4,36 ммоль/л.Гормональный анализ крови: ТТГ 1,22 мМЕ/л (N - 1.22 мМЕ/л); тестостерон 5,3 нмоль/л (возрастная N  до1,9 нмоль/л); кортизол 8ч. утра 1484 нмоль/л, в 16ч. утра 366,0 нмоль/л (N  до 660,0 нмоль/л); прогестерон 5,8 нмоль/л (N  фолликулярная фаза менее 6,0 нмоль/л, лютеиновая фаза  10,0-89,0 нмоль/л).УЗИ ОМТ: Размеры гениталий в норме. Фолликулы единичные, мелкие, что является косвенным признаком гипофункции.Rg-грамма кистей: Костный возраст соответствует 18-19 годам. |
| В | 1 | Ваш предварительный диагноз. |
| Э | - |  Предварительный диагноз: Гипоталамический синдром пубертатного периода на фоне ожирения II степени, прогрессирующее течения, осложненный.Осложнения: Дисменорея. Гиперандрогения. Дислипидемия. Гиперкортицизм функционального генеза. |
| Р2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| Р1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно  |
| Р0 | - | Диагноз поставлен неверно.  |
|  |  |  |
| В | 2 |  План обследования: |
| Э | - |  R-графия черепа в боковой проекции, УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, СТТГ, определение уровня инсулина, С -пептида  |
| Р2 | - | Ответ верный  |
| Р1 | - | Указаны не все необходимые методы  |
| Р0 | - | Ответ неверный |
|  |  |  |
| В | 5 | Лечение. |
| Э | - |  Диета стол № 8, 2 разгрузочных дня в неделю; обязательное ежедневное употребление йодированной соли, а так же морепродуктов не реже 2 раз в неделю, исключить продукты, содержащие большое количество жиров. Расширение физической активности, не менее 30- 60 мин в день. Сиофор 500мг 3 раза в день, верошпирон 50-100 мг в день, октолипен (Берлитион, Тиоктацид, Тиогамма) 600 мг (2 капсулы по 300 мг) 1 раз утром в течение 3-х месяцев. Витаминотерапия. Физиолечение. |
| Р2 | - | Лечение указано верно. |
| Р1 | - | При лечении не используют гормональную терапию. |
| Р0 | - | Ответ полностью неверный. |
| A/01.7  | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза |
| - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| - | Больной Т., 15 лет. Жалобы на головную боль, чаще в утренние часы, повышенную массу тела.Объективно. Состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает. Масса 140 кг, рост 186,5 см. АД 136/82 мм рт. ст., пульс 77 уд. в мин., ИМТ 42 кг/м2, Мальчик по физическому развитию выше среднего, телосложение гиперстеническое. Подкожно-жировой слой выражен избыточно, распределен преимущественно по женскому типу. Отмечается выраженный «жировой фартук», «климактерический горбик», ложная гинекомастия. Кожные покровы умеренной влажности, локтевой гиперкератоз, на плечах фолликулит, элементы acne vulgaris, на груди, животе и бедрах многочисленные стрии, преимущественно белого цвета, единичные розовые, отмечается гиперпигментация в области шеи, локтевых сгибов, подмышечных впадинах. Щитовидная железа не пальпируется из-за выраженного подкожно-жирового слоя. Тоны сердца глухие, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, пальпация печени затруднена из-за выраженности подкожно-жировой клетчатки. Физиологические отправления в норме. Половое развитие соответствует полу и возрасту. Гормональное исследование крови: ТТГ - 1,5 мкМЕ/мл (норма), Т4 - 73,4 нм/л (норма), Т3 - 1,84 нм/л (норма), АТ к ТПО  0,52 ЕД/мл (норма), пролактин  317,3 мМЕ/л (норма), кортизол  285,1 нмоль/л.ОАМ: без патологии.Биохимический анализ крови: без клинически значимых отклонений.Тест толерантности к углеводам с 75 гр. глюкозы: 6,8  8,0  8,7  8,6 ммоль/л |
| 1 | Ваш предварительный диагноз. |
| - |  Предварительный диагноз: Ожирение IV степени, смешанного генеза, осложненное гипоталамическим синдромом, нейроэндокринная форма (артериальная гипертензия, стрии), нарушением толерантности к углеводам, жировым гепатозом, прогрессирующее течение. |
| - | Диагноз поставлен верно. |
| - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно  |
| - | Диагноз поставлен неверно.  |
|  |  |
| 2 |  План обследования: |
| - |  План обследования: Rg-графия черепа в боковой проекции, УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, СТТГ, определение уровня инсулина или С-пептида, расчет индекса НОМА, МРТ головного мозга и надпочечников. |
| - | Ответ верный  |
| - | Указаны не все необходимые методы  |
| - | Ответ неверный |
|  |  |
| 5 | Лечение. |
| - | Лечение: рекомендуется строгая диета №8, разгрузочные дни 2 раза в неделю, ЛФК, консультация психолога с целью формирования мотивации на снижение массы тела, Сиофор 1000 мг в сутки под контролем уровня гликемии. Гепатопротекторы, липотропная терапия курсами 2 -3 раза в год. Эналаприл 10 мг в сутки под контролем артериального давления. Мочегонная терапия (диакарб, фуросемид) в сочетании с препаратами калия. |
| - | Лечение указано верно. |
| - | При лечении не используют гормональную терапию. |
| - | Ответ полностью неверный. |

.