МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Дисциплина: «Пищеварительная и эндокринная системы у детей в патологии»

Код дисциплины: BPAEZh 3215

Название и шифр ОП: 6B10116 - «Педиатрия»

Объем учебных часов/кредитов: 180 часов / 6 кредитов

Курс и семестр изучения: 3 курс, V семестр

Объем самостоятельной работы:3

Шымкент, 2024г

Методические указания для самостоятельной работы обучающихся разработаны в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) и обсуждены на заседании кафедры

Протокол № 10 от «31» 05 2024 г.

Зав.кафедрой, д.м.н., профессор Бекмурзаева Э.К. _____

Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»

1. Тема №1: Подготовка и методика проведения инструментальных и лабораторных методов исследовании больных с заболеваниями пищеварительной системы и гепатобиллиарной системы. Основные методы для проведения инструментальных и лабораторных методов исследовании больных с заболеваниями пищеварительной системы и гепатобиллиарной системы.

2. Цель: Ознакомить обучающихся основным методам инструментального и лабораторного исследования, выявить ряд диагностических признаков, которые служат критериями патологического процесса пищеварительной и гепатобиллиарной системы.

3. Задания: указана в конце
4. Форма выполнения/оценивания: презентация
5. Критерии выполнения СРО (требования к выполнению задания): указана в конце.
6. Сроки сдачи: 2-день
7. Литература: основная, дополнительная указана в последней странице силлабуса
8. Контроль (вопросы, тесты):

Вопросы:
1. Какие изменения можно обнаружить при эндоскопическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки?
2. Какие контрастные вещества используются при рентгенологическом исследовании?
3. Какие еще дополнительные инструментальные методы диагностики можно использовать при патологиях желудочно-кишечного тракта и гепатобиллиарной системы?
4. Методика и техника метода колоноскопии?
5. Какую информацию дает ультразвуковое исследование брюшной полости?
6. Какие еще дополнительные инструментальные методы диагностики можно использовать при заболеваниях желудочно-кишечной системы?

Тестовые вопросы:

1. Женщина 40 лет, жалуется на нарастающую слабость, боли в эпигастриальной области, особенно натощак и по ночам, запоры, головокружения, сухость кожи, боли в области сердца, не связанные с нагрузкой. Раньше ничем не болела, недавно был неприятный конфликт на работе. Для подтверждения диагноза необходимо диагностическое исследование:
   a) Фиброгастродуоденоскопия
   b) Электрокардиография
   c) Сигмоидоскопия
   d) Консультация невропатолога
   e) Клинический анализ крови

2. Больной Н, 46 лет, обратился к врачу с жалобами на боль за грудиной, иррадиирующую в межлопаточную область, усиливающуюся в положении лежа; отрыжку кислым, срыгивания. Согласно клиническому симптомам ваша диагностическая тактика для
верификации диагноза:
   a) эзофагогастродуоденоскопия
   b) 24 часовая pH-метрия

c) внутрипищеводная манометрия
d) УЗИ органов брюшной полости
e) тест с ингибитором протонной помпы

3. Основным методом диагностики язвенной болезни является:
a) ФГДС
b) опрос больного
c) осмотр больного
d) анализ крови
e) анализ мочи

4. Осмотр слизистой оболочки пищевода – это...:
a) эзофагоскопия
b) ректороманоскопия
c) лапароскопия
d) гастроскопия
e) дуоденоскопия

5. Женщину 45 лет, беспокоят боли за грудиной сразу после еды, усиливающиеся при наклонах тела вперед, ослабевающие после отрыжки, рвоты, приема спазмолитиков. При рентгенологическом исследовании выявлены смещение фундальной части желудка в грудную полость и деформация контуров желудка на уровне пищеводного отверстия диафрагмы. Информативный метод исследования:
a) эзофагогастродуоденоскопия
b) колоноскопия
c) ирригоскопия
d) эзофагоманометрия
e) томография средостения

6. В эндоскопической картине хронического эзофагита IV степени. На ФГДС можно обнаружить:
a) эрозий по всему пищеводу, кровоточивости, отека, гиперемии слизистой
b) единичных эрозий на фоне отека и гиперемии слизистой
c) отека, линейных эрозий, кровоточивости слизистой пищевода
d) единичных эрозий в дистальном отделе, отека, утолщения складок
e) отека, гиперемии слизистой оболочки, большого количества слизи

7. Манометрия пищевода позволяет измерить давление в области верхнего и нижнего пищеводных сфинктеров. Данная методика весьма информативна при:
a) ахалазии кардии
b) пищеводе Баррета
c) склеродермии
d) диффузном эзофагоспазме
e) дивертикуле пищевода

8. Женщину 45 лет беспокоят боли за грудиной сразу после еды, усиливающиеся при наклонах тела вперед, ослабевающие после отрыжки, рвоты, приема спазмолитиков. При рентгенологическом исследовании выявлены смещение фундальной части желудка в грудную полость и деформация контуров желудка на уровне пищеводного отверстия диафрагмы. Информативный метод исследования:
a) эзофагогастродуоденоскопия
b) колоноскопия
c) ирригоскопия
d) эзофагоманометрия
e) томография средостения

9. При проявлении у пациента симптомов диспепсии целесообразно провести:

a) эзофагогастродуоденоскопию
b) колонофиброскопию
c) pH-метрию пищевода
d) дуоденальное зондирование
e) рентгеноскопию желудка с пассажем бария

10. Больную О., 45 лет беспокоят боли за грудиной сразу после еды, усиливающиеся при наклонах тела вперед, ослабевающие после отрыжки, рвоты, приема спазмолитиков. При рентгенологическом исследовании выявлены смещение фундальной части желудка в грудную полость и деформация контуров желудка на уровне пищеводного отверстия диафрагмы. Информативный метод исследования:
a) эзофагогастродуоденоскопия
b) колоноскопия
c) ирригоскопия
d) эзофагоманометрия
e) томография средостения

11. Метод исследования, позволяющий определить кишечное пищеварение:
a) копрограмма
b) рентгеноскопия кишечника
c) колонофиброскопия
d) определение микрофлоры кишечника
e) ирригоскопия кишечника

12. Метод исследования, позволяющий осуществить прицельную биопсию начальной части толстого кишечника:
a) колонофиброскопия
b) ирригоскопия кишечника
c) ректоскопия
d) ректороманоскопия
e) ЭФГДС

13. Метод исследования, позволяющий определить состояние прямой и сигмовидной кишок:
a) ректоманоскопия
b) радиотелеметрия
c) рентгеноскопия кишечника
d) ирригоскопия
e) фиброгастроскопия

14. Метод, лучше документирующий «симптом ниши» или «дефекта наполнения» желудка:
a) рентгенография
b) рентгеноскопия
c) электрогастрография
d) фиброгастроскопия
e) УЗИ брюшной полости

15. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относят:
a) Гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка:
b) Рентгеноскопию
c) Гастроскопию
d) Анализ желудочного сока
e) pH – метрию

16. Достоверным методом диагностики неспецифического язвенного колита является:

a) Колоноскопия с последующим гистологическим исследованием биоптата
b) Пальцевое исследование прямой кишки
c) Микроскопическое исследование кала
d) Лапароскопия
e) Рентгенологическое исследование

17. Мужчина 30 лет, жалуется на боли в животе схваткообразного характера, усиливающиеся перед актом дефекации и уменьшающиеся после стула; понос зловонного характера до 50 раз в сутки с примесью слизи, гноя, крови; резкую слабость, недомогание. Назначьте целесообразный метод исследования:

a) ирригоскопия
b) контрастная рентгенография
c) эзофагогастродуоденоскопия
d) УЗИ органов брюшной полости
e) обзорная рентгенография брюшной полости

18. Больной 34 лет, перенес острую дизентерию 2 недели назад. В настоящее время беспокоят ноющие боли в нижних отделах живота, усиливающиеся через 5-7 часов после еды; поносы после приёма молочных продуктов. Диагностический метод исследования для верификации диагноза:

a) копрограмма
b) анализ кала на скрытую кровь
c) колоноскопия
d) УЗИ органов брюшной полости
e) рентгенологическое исследование кишечника

19. Больной Н, 46 лет, обратился с жалобами на боль за грудиной, иррадиирующую в межлопаточную область, усиливающуюся в положении лежа; отрыжку кислым, срыгивания. Согласно клиническому симптомам ваша диагностическая тактика для верификации диагноза:

a. эзофагогастродуоденоскопия
b. 24 часовая pH-метрия
c. внутрипищеводная манометрия
d. УЗИ органов брюшной полости
e. тест с ингибитором протонной помпы

1. Тема 2: Рубежный контроль №1

2. Цель: Оценить знания обучающихся по интегрированному контролю учебных достижений с выполнением практических навыков и использованием контрольных учебных кейсов, ситуационных задач, тестирование.

3. Задания: указана в конце

4. Форма выполнения/оценивания: Чек-лист (устный ответ на теоритические вопросы и ситуационные задачи, демонстрация практических навыков и защита учебной истории болезни)

5. Критерии выполнения: указана в конце.
6. Сроки сдачи: 7-й день
7. Литература: указана в последней странице силлабуса
8. Контроль (билеты из теоритических вопросов, ситуационных задач для выполнения практических навыков):

Задание для демонстрации практических навыков.

1. Расспрос больных с заболеваниями органов желудочно- кишечной системы.
2. Общий осмотр больных с заболеваниями органов желудочно- кишечной системы.
3. Методика и техника проведения поверхностной пальпации живота.
4. Методика и техника проведения глубокой пальпации живота.
5. Методика и техника определения нижней границы желудка.
6. Методика и техника проведения перкуссии живота.
7. Методика и техника проведения перкуссии печени по Курлову.
8. Методика и техника пальпации печени.
9. Расспрос и общий осмотр больных с диспепсическим синдромом.
10. Расспрос и общий осмотр больных с псевдоабдоминальным синдромом.
11. Расспрос и общий осмотр больных с синдромами мальабсорбции и мальдигестии.
12. Расспрос и общий осмотр больных с синдромом портальной гипертензии.
13. Расспрос и общий осмотр больных с желтушным синдромом.
14. Расспрос и общий осмотр больных с синдромом печеночно-клеточной недостаточности.
15. Расспрос и общий осмотр больных с синдромом холестаза.
16. Особенности пальпации при основных синдромах заболевании ЖКТ. Диагностическое значение.
17. Особенности перкуссии при основных синдромах заболевании ЖКТ. Диагностическое значение.
18. Особенности интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов исследовании при ведущих синдромах патологии ЖКТ.
19. Лабораторные методы исследования при патологиях желудочно- кишечной системы.
20. Инструментальные методы исследования при патологиях желудочно- кишечной системы.
21. Лабораторные методы исследования при патологиях гепатобиллиарной системы.
22. Инструментальные методы исследования при патологиях гепатобиллиарной системы.

1-вариант

1. Назовите нарушение вкуса:
   a) агевзия
   b) афазия
   c) амнезия
   d) аносмия
   e) гипокузия

2. Больная 47 лет, швея, в стационаре жалуется на желтушность кожи, потемнение мочи, на 2-й день приступообразных болей в правом подреберье, рвоты после приема жирной пищи и подъема тяжести. Ранее отмечались тупые боли справа, отдающие в правую лопатку, плечо, горечь во рту, Масса тела повышена, ИМТ 38кг/м2, зелено-желтая кожа, ксантелазмы век, живот болезненный в правом подреберье, печень 8-7-6 см. В анализах крови : билирубин 154 мкмоль/л, (прямой 112, непрямой 42), АЛТ - 36ме/л, АСТ – 25 ме/л, холестерин 8,1 ммоль/л; щелочная фосфатаза 196 ме/л. Какой из перечисленных синдромов у данной пациентки:
   a) холестаза
   b) белково-синтетической недостаточности
   c) мезенхимального воспаления
   d) гиперазотемии
   e) цитолиза

3. Больной 63 лет, жалобы на общую слабость, снижение памяти, расстройство сна, рвоту, икоту. Из анамнеза- более 18 лет болеет циррозом печени, около недели –ухудшение: депрессия и апатия сменяются эйфорией или агрессией. При осмотре: замедленность движений и речи, печеночный

запах, снижение массы тела, атрофия мышц плечевого пояса, хлопающий тремор, желтушность, кожные геморрагии, гинекомастия, ладонная эритема, живот увеличен- асцит. Размеры печени по Курлову 7-6-5см, селезенки 14х8см. Какой из названных синдромов при прогрессировании цирроза печени:

a) печеночной недостаточности
b) печеночной комы
c) гепатолиенальный
d) отечно-асцитический
e) печеночная энцефалопатия

4. Больной 63лет, в стационаре жалуется на общую слабость, снижение памяти, расстройство сна, рвоту, икоту. В анамнезе - 10 лет болеет циррозом печени, ухудшение состояния в течение недели, депрессия и апатия сменяются эйфорией или агрессией. При осмотре: замедленность движений и речи, печеночный запах, снижение массы тела, атрофия мышц плечевого пояса, хлопающий тремор, желтушность, кожные геморрагии, гинекомастия, ладонная эритема, живот увеличен из-за асцита. Размеры печени по Курлову 7-6-5см, селезенки 15х9см. Какой из перечисленных показателей сыворотки крови повысится у данной пациентки:

a) аммиак
b) альбумин
c) холестерин
d) протромбин
e) общий белок

5. Больная 33 лет, кулинар, жалуется на желтушность кожи, потемнение мочи, на 2-й день беспокоят приступообразные боли в правом подреберье, рвота после приема жирной пищи и подъема тяжести. Из анамнеза- ранее отмечались тупые боли справа, отдающие в правую лопатку, плечо, горечь во рту. При осмотре- повышенного питания, ИМТ 37кг/м2, зелено-желтая кожа и слизистые, ксантелазмы век. При пальпации- живот болезненный в правом подреберье. Размеры печени 8-7-6 см. В анализах: билирубин-164мкмоль/л, (прямой 122, непрямой 42), АЛТ - 38ме/л, АСТ - 29ме/л, ГГТП - 96МЕ; альбумины 40 г/л, холестерин 8,4 ммоль/л. Какой из перечисленных методов обследования информативен в данном случае:

a) УЗИ органов брюшной полости
b) обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости
c) пункционная биопсия печени
d) фиброгастродуоденоскопия
e) ирригоскопия

6. Согласно клиническому протоколу, достоверный копрологический критерий внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы:

a) стеаторея
b) креаторея
c) амилорея
d) полифекалия
e) йодофильная флора

7. Одновременное повышение в крови уровня биллирубина и холестерина свидетельствует о наличии у больного синдрома:

a) холестаза
b) цитолиза
c) мезенхимального воспаления
d) печеночно-клеточной недостаточности
e) портальной гипертензии

8. Основным признаком синдрома микробной контаминации тонкой кишки является:
   a) диарея
   b) метеоризм
   c) запоры
   d) асцит
   e) тенезмы
9. Локализация боли при язвах кардиального отдела желудка:
   a) мечевидный отросток
   b) за грудиной
   c) в эпигастрии слева от срединной линии
   d) в эпигастрии справа от срединной линии
   e) около пупка
10. Основной причиной развития отеков при синдроме мальабсорбции является снижение в сыворотке крови уровня:
   a) белка
   b) натрия
   c) калия
   d) железа
   e) фосфора
11. Информативным тестом для диагностики обострения хронического рецидивирующего панкреатита у больных является определение в крови:
   a) амилазы
   b) трипсина
   c) эластазы
   d) щелочной фосфатазы
   e) глюкозы
12. Причина функциональной дисфагии:
   a) паралич пищевода
   b) ожог пищевода
   c) дивертикул пищевода
   d) невроз
   e) рак пищевода
13. Дисфагия из-за паралича пищевода сопровождается:
   a) кашлем, поперхиванием
   b) рвотой
   c) спазмом
   d) болью
   e) высокой температурой
14. Пищеводная рвота характеризуется:
   a) отсутствием тошноты, изжоги, незначительным объемом
   b) наличием тошноты, изжоги
   c) появлением спустя 15 минут после пищи
   d) объемом около 200 мл
   e) наличием в рвотной массе желудочного сока
15. Желудочная рвота характеризуется:
   a) наличием тошноты, объемом около 200 мл с желудочным соком
   b) появлением тут же после проглатывания пищи
   c) незначительным объемом

d) отсутствием тошноты, изжоги
e) наличием алой крови

16. Пищеводная рвота проявляется :
a) тут же после проглатывания пищи, незначительным объемом
b) через 10 – 15 минут после приема пищи, небольшая по объему
c) с сопровождением болью, тошнотой, изжогой через 15 минут после приема пищи
d) в рвотной массе слизи, желудочного сока, крови
e) появлением через 30 – 35 минут после приема пищи, небольшая по объему

17. Пищеводная рвота возникает из-за :
a) судорожного сокращения мускулатуры пищевода
b) судорожного сокращения мускулатуры желудка
c) судорожного сокращения мускулатуры диафрагмы
d) судорожного сокращения мускулатуры кишечника
e) стеноза пищевода

18. При язвенной болезни 12-ти перстной кишки боли:
a) поздние, голодные, ночные, проходят после приема пищи
b) ранние, через 30 минут после приема пищи
c) не проходят после приема пищи
d) через 1 час после приема пищи
e) через 1,5 часа после приема пищи

19. При язве или раке кардиального отдела желудка рвота возникает :
a) спустя через 5-10 минут после приема пищи
b) тут же после проглатывания пищи
c) через 2-3 часа после приема пищи
d) через 4-6 часов после приема пищи
e) через 10-12 часов после приема пищи

20. При гастритах, язвах тела желудка рвота возникает :
a) через 1-2 часа после приема пищи
b) спустя через 5-10 минут после приема пищи
c) тут же после проглатывания пищи
d) через 4-6 часа после приема пищи
e) через 10-12 часа после приема пищи

2-вариант

1. Женщина 52лет, врач, обратилась в поликлинику с жалобами на: тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита и веса, вздутие живота. В анамнезе- в 15 лет перенесла вирусный гепатит В. При осмотре- вес 64кг, рост175см; кожа сухая , местами синяки, телеангиэктазии на шее, пальмарная эритема, болезненность в правом подреберье. Печень по Курлову 15-10-7 см, селезенка 11Х5,5см. В анализах: билирубин 19мкмоль/л; АЛТ 25ме/л, АСТ 30ме/л, ГГТП 35МЕ; протромбиновый индекс 78%, фибриноген 7,3г/л; холестерин 5,1ммоль/л; тимоловая проба 12ед, альбумины 45 г/л, гамма-глобулины 25%, СОЭ 36 мм/ч. Какой из биохимических синдромов у данной пациентки:
a) мезенхимального воспаления
b) белково-синтетической недостаточности
c) холестаза
d) цитолиза
e) азотемии

2. Женщина 50 лет, экономист, обратилась в поликлинику с жалобами на: тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита и веса, увеличение живота. Из анамнеза- в детстве перенесла вирусный гепатит. При осмотре - пониженного питания, кожа с желтушным оттенком, местами синяки, телеангиэктазии на шее и плечах, пальмарная эритема. Живот увеличен за счет асцита, пупок выпячен, выраженная подкожная венозная сеть. Размеры печени по Курлову: 15-10-7 см, селезенки 11х5,5см. В б/х анализе крови: билирубин 57мкмоль/л; АЛТ 23ме/л, АСТ 31ме/л, протромбиновый индекс 60%, фибриноген 1,7г/л, общий белок 54 г/л, альбумины 26 г/л, холестерин 2,1 ммоль/л. Какой из биохимических синдромов у этой пациентки:
a) белково-синтетической недостаточности
b) цитолиза
c) холестаза
d) гиперазотемии
e) мезенхимального воспаления

3. Женщина 50 лет, экономист, обратилась в поликлинику с жалобами на тяжесть в правом подреберье, кожный зуд, снижение аппетита и веса, вздутие живота, слабость. В анамнезе- в 17 лет переболела вирусным гепатитом. При осмотре - пониженного питания, кожа с желтушным оттенком, со следами расчесов, ксантелазмы на веках, пальмарная эритема. Пальпаторно - живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 15-10-7 см, селезенки: 11х5,5см. В анализах крови: билирубин общий 68,3мкмоль/л, прямой 49; АЛТ 43ме/л, ГГТП 112МЕ; альбумины 40 г/л, холестерин 8,1 ммоль/л; щелочная фосфатаза 170ме/л. Какой из биохимических синдромов у данной пациентки:
a) холестаза
b) цитолиза
c) гиперазотемии
d) мезенхимального воспаления
e) белково-синтетической недостаточности

4. Женщина 36 лет, учитель, жалуется на слабость, усталость, тяжесть в правом подреберье, вздутие живота. Из анамнеза- в 12лет перенесла вирусный гепатит. При осмотре- нормального питания, склеры слегка иктеричные, единичные телеангиэктазии на спине. При пальпации- болезненность в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 13-10-7 см, селезенки 8,0х4,0см. В анализах: билирубин 23,3мкмоль/л; АЛТ 123ме/л, АСТ 90ме/л, ГГТП 112 МЕ; альбумины 40 г/л, холестерин 4,1ммоль/л; щелочная фосфатаза 76МЕ/л. Какой из биохимических синдромов у данной пациентки:
a) цитолиза
b) азотемии
c) холестаза
d) мезенхимального воспаления

e) белково-синтетической недостаточности

5. Мужчина 63 лет, программист, обратился с жалобами на тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, уменьшение выделения мочи, снижение аппетита, похудание, неустойчивый стул, резкую слабость, кровоточивость десен. В анамнезе- вирусный гепатит отрицает, в прошлом злоупотреблял алкоголем. При общем осмотре- пониженного питания, кожа с желтушным оттенком, местами петехии и синяки. На коже лица, шеи и плеч – телеангиэктазии, пальмарная эритема. Живот увеличен, отвислый, пупок выпячивает, на передней и боковых стенках живота – расширенная венозная сеть. Врач выставил предварительный диагноз: Синдром портальной гипертензий. Какой из приведенных признаков является характерным для портальной гипертензии:

a) расширенная венозная сеть на передней и боковых стенках живота
b) телеангиэктазии
c) петехии и синяки
d) пальмарная эритема
e) желтушный оттенок кожи

6. Мужчина 50 лет, ветеринар, обратился в приемный покой с жалобами на: увеличение живота, уменьшение выделения мочи, похудание, неустойчивый стул, слабость, кровоточивость десен. Из анамнеза- злоупотребляет алкоголем. При осмотре- пониженного питания, дрожание век и рук, кожа желтушная, местами петехии и синяки. В области носа, щек, шеи и плеч – телеангиэктазии, пальмарная эритема. Живот увеличен, отвислый, пупок выпячивает, вокруг него и на передней стенке живота – расширенная венозная сеть- голова Медузы. Размеры печени по Курлову 17-14-10см, селезенка 13х7см.

Какой из перечисленных синдромов у данного пациента:

a) портальной гипертензии
b) кишечной диспепсии с мальабсорбцией
c) печеночной энцефалопатии
d) желудочной диспепсии
e) холестаза

7. Мужчина 55 лет, разнорабочий, обратился в поликлинику с жалобами на: тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, похудание, вздутие живота, неустойчивый стул, слабость. Из анамнеза - вирусный гепатит отрицает, в прошлом злоупотреблял алкоголем. При осмотре - масса тела снижена, ИМТ 17кг/м2. Кожа с желтушным оттенком, местами петехии и синяки, телеангиэктазии, пальмарная эритема, язык малиновый. Умеренная болезненность при пальпации в правом подреберье, край печени плотный, живот увеличен, сеть подкожных вен вокруг пупка. Размеры печени по Курлову 13-11-8 см, селезенки 10х7см. Что из перечисленного является причиной развития цирроза печени:

a) злоупотребление алкоголем
b) избыточная масса тела
c) употребление наркотиков
d) вирус гепатита В или С
e) воспаление желчного пузыря

8. Мужчина 55 лет, слесарь, обратился в поликлинику с жалобами на: тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, похудание, вздутие живота, неустойчивый стул, слабость. Из анамнеза - вирусные гепатиты отрицает, в прошлом злоупотреблял алкоголем. При осмотре - кожа с желтушным оттенком, пониженного питания, местами петехии и синяки, телеангиэктазии. Пальмарная эритема, язык малиновый. При пальпации- умеренная болезненность в правом подреберье, край печени плотный, живот увеличен, сеть подкожных вен вокруг пупка. Размеры печени по Курлову 14-11-7 см, селезенки 11х6см. Какой из перечисленных синдромов у данного пациента:

a) цирроз печени
b) внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
c) воспаления желчного пузыря с конкрементами
d) раздраженного кишечника с диареей
e) подпеченочной желтухи

9. Мужчина 44 лет, обратился с жалобами на: боли в эпигастральной области после прием пищи, отдающие в спину, боязнь приема пищи, рвоту, не приносящую облегчения; кашицеобразный жирный стул в большом объеме, похудание. Из анамнеза- злоупотребляет алкоголем. Пониженного питания, атрофия мышц на конечностях, рубиновые капли. При пальпации- боли в эпигастрии и в левом подреберье. Уровень амилазы в крови, диастазы в моче повышены. Врач предположил синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Какой из перечисленных методов исследования информативен в данном случае:

a) УЗИ поджелудочной железы
b) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
c) гастродуоденофиброскопия
d) колонофиброскопия
e) лапароскопия

10. Мужчина 48 лет, строитель, обратился в приемный покой с жалобами на: длительные боли в эпигастральной области после прием пищи, отдающие в спину, боязнь приема очередной пищи, рвоту, не приносящую облегчения; кашицеобразный жирный стул в большом объеме, похудание. Из анамнеза- болеет свыше 7 лет, злоупотребляет алкоголем. При осмотре- резко пониженного питания, атрофия мышц на конечностях, рубиновые капли. При пальпации- болезненность в зоне Шоффара, в эпигастрии. Размеры печени по Курлову 11-9-7см. Уровень амилазы в крови и диастазы в моче повышен, в анализе кала - стеаторея, креаторея. Какой из перечисленных синдромов у данного пациента:

a) внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
b) мальабсорбции
c) кишечной диспепсии
d) раздраженного кишечника с диареей
e) воспаления желчного пузыря с конкрементами

11. Женщина 53 лет, на приеме у врача жалуется на сильную изжогу и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Ваш предварительный диагноз:

a) рефлюкс-эзофагит
b) ценкеровский дивертикул пищевода
c) хронический гастрит
d) хронический панкреатит
e) рак пищевода

12. Мужчина 62 лет, обратился к терапевту с жалобами на слабость, тошноту, бессонницу ночью и сонливость днем, увеличение живота, боли в правом подреберье. Боли усиливаются после приема жирной и острой пищи, сопровождаются жидким стулом. Край печени на 6 см выступает из-под реберной дуги, плотный, болезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется, размеры 10х12 см. Ваш предварительный диагноз:

a) цирроз печени, стадия декомпенсации
b) цирроз печени, стадия компенсации
c) цирроз печени, стадия субкомпенсации
d) аутоиммунный гепатит 1 типа
e) аутоиммунный гепатит 2 типа

13. У женщины 20 лет, после психо-эмоционального стресса появилась дисфагия, чувство "кома" за грудиной. Дисфагия возобновлялась в дальнейшем при волнении, усталости. Аппетит сохранён, в весе не теряла. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Выберите причину дисфагии:
a) эзофагоспазм
b) рак пищевода
c) пептическая язва пищевода
d) аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
e) герпетическое поражение пищевода

14. К врачу обратился мужчина 35 лет, жалуется на периодические боли в правой половине грудной клетки, неприятный запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появлялась дисфагия. Из анамнеза: часто болеет простудными заболеваниями. В данном случае можно предположить:
a) дивертикул пищевода
b) варикозное расширение вен пищевода
c) пищеводно-бронхиальный свищ
d) стеноз пищевода
e) ахалазию пищевода

15. Мужчина 26 лет, обратился к врачу со следующими жалобами: боли в эпигастриальной области , возникающие через 1-1,5 ч после еды, отрыжка, изжога. При осмотре: язык влажный, обложен налетом белого цвета, живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастриальной области . При ФГДС: диффузная гиперемия слизистой желудка, поверхностные дефекты слизистой оболочки антрального отдела желудка размерами до 0, 5 см. Ваш предварительный диагноз:
a) хронический неатрофический гастрит, с эрозиями
b) хронический атрофический гастрит
c) язвенная болезнь желудка
d) рефлюкс-гастрит
e) функциональная неязвенная диспепсия

16. Мужчина 29 лет, обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастриальной области , возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи; отрыжку воздухом. На ЭФГДС: в пилорическом и антральном отделах желудка слизистая гиперемирована. Ваша дальнейшая диагностическая тактика:
a) исследование на helicobacter pylori
b) хромоэндоскопия
c) рентгеноскопия желудка
d) внутрижелудочная pH - метрия
e) электрогастрографический метод

17. Женщина 40 лет, на приеме у врача жалуется на нарастающую слабость, боли в эпигастриальной области , особенно натощак и по ночам, запоры, головокружения, сухость кожи, боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой. Раньше ничем не болела, недавно был неприятный конфликт на работе. Для подтверждения диагноза необходимо диагностическое исследование:
a) фиброгастродуоденоскопия
b) электрокардиография
c) сигмоидоскопия
d) консультация невропатолога
e) клинический анализ крови

18. Мужчина 46 лет, обратился на прием семейного врача с жалобами на рвоту кислым содержимым, отрыжку воздухом после приема пищи, дискомфорт в эпигастриальной области ,

вздутие живота. При пальпации выявлена болезненность в эпигастральной области. Инструментальное исследование, которое необходимо провести больному :

a) фиброгастродуоденоскопия
b) анализ кала на скрытую кровь
c) контрастную рентгеноскопию с барием
d) ультразвуковое исследование
e) радионуклидное исследование

19. Мужчина 54 лет, в течение 15 лет страдает хроническим панкреатитом. Простейшим способом обнаружения кальциноза поджелудочной железы является :

a) рентгенография
b) лапаротомия
c) лапароскопия
d) ирригоскопия
e) холангиография

20. Мужчине 40 лет, семейный врач выставил диагноз " Впервые выявленная язва луковицы 12-перстной кишки ". Ведущим методом обследования больного является :

a) ФГДС с биопсией
b) общий анализ крови
c) анализ желудочного сока
d) анализ кала на скрытую кровь
e) дуоденальное зондирование

Заполнение и защита учебной истории болезни.Форма заполнение прилагается в библиотечном фонде кафедры и академии.

1. Тема 3: Рубежный контроль №2

2. Цель: Оценить знания обучающихся по интегрированному контролю учебных достижений с выполнением практических навыков и использованием контрольных учебных кейсов, ситуационных задач, тестирование.

3. Задания: указана в конце

4. Форма выполнения/оценивания: Чек-лист (устный ответ на теоритические вопросы и ситуационные задачи, демонстрация практических навыков и защита учебной истории болезни)

5. Критерии выполнения: указана в конце.
6. Сроки сдачи: 15-й день
7. Литература: указана в последней странице силлабуса

8. Контроль (билеты из теоритических вопросов, ситуационных задач для выполнения практических навыков):

1. Задание для демонстрации практических навыков.

1. Расспрос и общий осмотр больных с патологией эндокринной системы (щитовидная железа)
2. Расспрос и общий осмотр больных с патологией эндокринной системы (поджелудочная железа)
3. Пальпация щитовидной железы

4. Пальпация поджелудочной железы
5. Расспрос и общий осмотр больных с гипо – и гипертиреозом
6. Расспрос и общий осмотр больных с гипо – и гипергликемией
7. Расспрос и общий осмотр больных с гипо – и гиперкортицизмом
8. Особенности пальпации при основных синдромах заболевании эндокринной системы. Диагностическое значение.
9. Особенности интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов исследовании при ведущих синдромах патологии эндокринной системы(гипо, -гипертиреоз)
10. Особенности интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов исследовании при ведущих синдромах патологии эндокринной системы(гипо, -гипергликемия)

1-вариант

1. Механизм действия инсулина:
   a) усиление образования гликогенов
   b) усиление образования жирных кислот
   c) уменьшение утилизации глюкозы
   d) уменьшение утилизации аминокислот
   e) уменьшение синтеза белка

2. В приемный покой клиники обратилась женщина, 44 лет, с жалобами на огрубение голоса. Из анамнеза – вышеуказанное изменение заметила в течение последних 6 месяцев. Из ранее перенесенных отмечает частые простудные заболевания верхних дыхательных путей. При осмотре – лицо одутловатое, вялая, говорит медленно, голос низкий, осиплый, речь несколько невнятна. Повышенного питания, кожа на ощупь сухая, плотноватая, шелушится. PS -58 вмин, АД -90/60 мм. рт.ст. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны. Какой из нижеперечисленных синдромов развился в данном случае:
   a) гипотиреоза
   b) гипертиреоза
   c) гипогликемии
   d) гипергликемии
   e) гипокортицизма

3. Женщина, 35 лет, работает учителем в школе, обратилась к семейному врачу с жалобами на частые приступы раздражительности в последнее время. Врач при физикальном обследовании выявил экзофтальм, редкое мигание, симптом Грефе и Кохера. Какой из перечисленных синдромов у данной больной:
   a) гипертиреоза
   b) гипотиреоза
   c) гипогликемии
   d) гипергликемии
   e) гиперкортицизма

4. У мужчины, 46 лет, страдающего сахарным диабетом, после инъекции инсулина появились возбуждение, агрессия, жалобы на выраженное чувство голода и дрожь в руках.
Развитие какого из нижеприведенных состояний в данном случае у мужчины:
   a) <variant>гипогликемии
   b) <variant>гиперкортицизма
   c) <variant>гипергликемии
   d) <variant>гипертиреоза
   e) <variant>гипотиреоза

5. Мужчина, 35 лет, доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение клиники. Из анамнеза –со слов жены ранее ничем не болел, но за этот год похудел, несмотря на повышенный аппетит. В последние 2 дня жаловался на жажду, боли в эпигастрии, отсутствие аппетита, тошноту, была однократная рвота, стал беспокойным, возбужденным. При осмотре - запах ацетона изо рта, судороги, рвота, возбужден. PS- 110 ударов в минуту; АД-80/50мм.рт.ст. За время осмотра стал заторможенным и впал в кому. Какой из ниже перечисленных видов комы развился в данном случае:

a) гипергликемическая
b) гипогликемическая
c) апоплексическая
d) уремическая
e) печеночная

6. Женщина, 29 лет, жалуется участковому врачу на апатию, понижение интереса к окружающему, повышение веса, ухудшение памяти, сонливость, вялость, чувство зябкости, которые беспокоят в течение последнего года. Ранее перенесенные заболевания отрицает. 1,5 года назад перенесла операцию по поводу узлового зоба 2 степени - произведена субтотальная тиреоидэктомия. При осмотре – замедленные движения, речь монотонная; несколько одутловатое лицо, суженные глазные щели. Кожа бледноватая с желтушным оттенком, питание повышено. PS -64 ударов в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Какой из ниже приведенных синдромов развился у данной женщины:

a) гипотиреоза
b) гипертиреоза
c) гипогликемии
d) гипергликемии
e) гипокортицизма

7. Женщина, 33 лет, аудитор, самостоятельно пришла в приемное отделение клиники с жалобами на короткий сон, повышенный аппетит и похудание за последние 5-6 месяцев. Ранее имеющиеся заболевания отрицает, но отмечает большую психологическую нагрузку на работе. При общем осмотре выявлены повышенная возбудимость, общее двигательное беспокойство, суетливость, слабое развитие подкожно-жировой клетчатки, выраженное дрожание пальцев вытянутых рук и положительные симптомы Мебиуса, Грефе. PS -104 ударов в минуту. АД 130/90 мм.рт.ст. Тоны сердца учащены, ритмичны, усилены. Какой из ниже перечисленных синдромов в данном случае:

a) гипертиреоза
b) гипотиреоза
c) гипокортицизма
d) гипергликемии
e) гиперкортицизма

8. У мужчины, 45 лет, водителя, при прохождении очередного профилактического осмотра выявлены лицо с расширенными глазными щелями, усиленным блеском глаз, пучеглазием и суетливость в движениях. При тщательном расспросе выяснено, что ранее ничем не болел, но около года назад потерял жену, и некоторое время был в сильной депрессии. Дополнительный осмотр - в позе Ромберга – мелкая дрожь пальцев рук. PS -100 ударов в минуту. АД 140/95мм.рт.ст. Тоны сердца учащены, ритмичны, усилены, короткий, систолический шум на верхушке. Для какого из нижеприведенных патологических состояний характерны данные объективные изменения:

a) гипертиреоза
b) гипотиреоза
c) гипогликемии
d) гипергликемии

e) гиперкортицизма

9. Женщина, 56 лет, доставлена каретой скорой помощи в приемное отделение ГКБ №4 с подозрением на синдром гипергликемии. Какой из перечисленных показателей информативен для подтверждения данного синдрома:
   a) глюкозоурия
   b) гиперпротеинемия
   c) гипопротеинемия
   d) холестеринурия
   e) протеинурия

10. Женщина, 42 лет, без сознания, с улицы доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение клиники. После осмотра врач приемного покоя сделал заключение, что в данном случае имеются признаки гипогликемической комы. Какой из нижеприведенных симптомов является патогномоничным для гипогликемической комы:
   a) повышенные сухожильные рефлексы
   b) снижение АД
   c) гипотония мышц
   d) расширение зрачков
   e) сохраненный тонус глазных яблок

11. В приемное отделение клиники бригадой скорой помощи с улицы доставлен мужчина, 47 лет, без сознания. При осмотре – лицо розоватое, кожа сухая, тонус мышц и сухожильные рефлексы снижены, зрачки сужены; на расстоянии слышно «большое шумное дыхание Куссмауля. PS – слабый, частый. АД- 90/60мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, учащены. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Мочеиспускание самопроизвльное, цвет – насыщенный. Какой из нижеперечисленых видов комы имеет место в данном случае:
   a) гипергликемическая
   b) гипогликемическая
   c) тиреотоксическая
   d) ишемическая
   e) печеночная

12. К участковому врачу обратилась женщина, 52 лет, менеджер. После расспроса и осмотра врач определил, что у больной имеется признаки синдрома гипотиреоза. Какой из нижеприведенных характерных симптомов поражения сердечно-сосудистой системы для данного синдрома выявлен при осмотре у женщины:
   a) кардиомегалия
   b) аритмия
   c) тахикардия
   d) скачущий пульс
   e) звучность тонов

13. К эндокринологу обратилась женщина, 45 лет, воспитатель, с жалобами на ожирение, появление красных полос на коже, быструю утомляемость и слабость. Из анамнеза – в течение 20 лет состоит на учете и принимает преднизолон в дозе 20 мг по поводу ревматоидного артрита. Данные изменения появились в течение последних 2-х лет. При осмотре – лунообразное, умеренно гиперемированное лицо. Выраженная мышечная масса плечевого пояса и верхней половины туловища. На коже передней поверхностей живота имеются продольные полосы багрово-синюшнего цвета. PS – 118 ударов в минуту, аритмичный. АД -150/100 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, учащены. Какой из нижеперечисленных синдромов в данном случае:
   a) гиперкортицизма
   b) гипотиреоза

c) гипертиреоза
d) гипергликемии
e) гипокортицизма

14. При осмотре мужчины, 42 лет, с жалобами на выраженную слабость, нарушение сна, периодические повышение АД и частую депрессию врач приемного покоя определил синдром гиперкортицизма и назначил консультацию эндокринолога. Какие из нижеприведенных объективных симптомов в данном случае:
a) атрофия мышц плечевого пояса и ног
b) амимия
c) белые стрии
d) общее похудание
e) утолщение кожных покровов

15. На прием к эндокринологу обратился молодой мужчина, 27 лет, экономист, с жалобами на резкую слабость и быструю усталость, частые головокружения, похудание, снижение аппетита, тошноту и усиленную пигментацию кожи. Из анамнеза - эти жалобы появились около 6 месяцев назад. Ранее ничем не болел. Учился в Китае. Работает в течение 3-месяцев. Объективно – астеничен, пониженного питания, мышцы атрофичны, сила снижена. PS –100 ударов в минуту, малый, ритмичный. АД-90/60 мм. рт.ст. Тоны сердца приглушены, учащены. В анализах крови – НВ -72г/л; Эр.- $2,9\times10^{12}$/л, Л -$6,2\times10^{9}$/л; СОЭ -22 мм/час. Сахар крови - 2,6ммоль/л. Какой из нижеперечисленных синдромов в данном случае:
a) гипокортицизма
b) анемии
c) гипотиреоза
d) гипогликемии
e) гиперкортицизма

16. В отделение терапии поступил мужчина,46 лет, врач-рентгенолог, с жалобами на похудание, общую слабость, недомогание, утомляемость, частые обмороки, умеренные боли в эпигастрии, периодические рвота, тошнота, чередование жидкого стула с запорами. Из анамнеза – ранее болел туберкулезом легких. Обьективно – астенического телосложения, кожа открытых участков тела гиперпигментирована. Пульс малого наполнения, частый. АД 80/60мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, учащены. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, пальпация болезненна в эпигастрии.
Для какого из нижеприведенных синдромов характерна данная клиническая симптоматика:
a) гипофункции надпочечников
b) гипофункции щитовидной железы
c) гиперфункции надпочечников
d) желудочной диспепсии
e) кишечной диспепсии

17. В приемный покой клиники обратился мужчина, 39 лет, с жалобами на ожирение, особенно в области живота и шеи, частые головные боли, сухость кожи, боли в костях. Из анамнеза: указанные жалобы появились в течение последнего года, ни с чем не связывает. Обьективно: выраженное ожирение в области живота и шеи, атрофия мышц плечевого пояса и ног, румянец на щеке. PS–112 ударов в минуту. АД - 160/100 мм.рт.ст. Тоны сердца несколько приглушены, учащены, акцент 2 тона на аорте, короткий систолический шум на верхушке. В легких – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Сахар крови -7,1ммоль/л. Какой из нижеперечисленных синдромов в данном случае:
a) гиперфункции коры надпочечников
b) артериальной гипертензии
c) гипофункции коры надпочечников

d) гиперфункции щитовидной железы
e) абсолютной недостаточности инсулина

18. Дисбаланс жирового обмена:
a) болезнь Иценко-Кушинга
b) гипофункция половых желез
c) болезнь Симондса
d) <variant>злоупотребление продуктов богатых жиром
e) дистрофия генитальных органов

19. Щитовидная железа вырабатывает:
a) T_3T_4, ТТГ
b) ферменты
c) 17-ОКСД7-КС
d) инсулин
e) АКТГ

20. Поджелудочная железа вырабатывает:
a) инсулин
b) АКТГ
c) ферменты
d) 17-ОКСД7-КС
e) T_3T_4ТТГ

2-вариант

1. Инсулин стимулирует депонирование углеводов в форме:
a) глюкозы
b) лактозы
c) гликогена
d) сахарозы
e) глюкозаминогликанов

2. Эндокринными железами вырабатываются:
a) гормоны
b) холинолитики
c) симпатолитики
d) бета – блокаторы
e) ингибиторы АПФ

3. Секреции эндокринных желез выделяются в :
a) кровь и лимфу
b) желчь
c) желудок
d) поджелудочную железу
e) потовые железы

4. Какова ежедневная потребность человека в йоде:
a) 100 мкг
b) 50 мкг
c) 150 мкг
d) 250 мкг
e) 1000 мкг

5. В основе патогенетического механизма развития диффузного токсического зоба имеет значение:
a) повышение тиростимулирующих иммуноглобулинов

b) повышение секреции катехоламинов
c) повышение секреции тиреотропного гормона
d) повышение секреции тиротропин-рилизинг-гормона
e) гиперчувствительность тканей к гормонам щитовидной железы

6. При сахарном диабете нарушается . . . обмен.
a) углеводный
b) белковый
c) жировой
d) водно-солевой
e) витаминов

7. Тип сахарного диабета (СД), при котором происходит деструкция β-клеток поджелудочной железы, приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности это:
a) СД 1 типа
b) СД 2 типа
c) гестационный СД
d) вторичный СД
e) другие спецефические типы СД

8. Тип сахарного диабета (СД), при котором происходит прогрессирующее нарушение секреции инсулина на фоне инсулинорезистентности – это:
a) СД 2 типа
b) СД 1 типа
c) гестационный СД
d) вторичный СД
e) другие спецефические типы СД

9. Тип сахарного диабета (СД), развивающийся во время беременности:
a) гестационный СД
b) СД 1 типа
c) СД 2 типа
d) другие спецефические типы СД
e) вторичный СД

10. Основное диагностическое мероприятие на амбулаторном уровне, при сахарном диабете 1 типа:
a) определение гликемии натощак и через 2 часа после еды
b) определение ICA – антител к островковым клеткам
c) определение С-пептида в сыворотке крови
d) определение ТТГ, свободный Т4, анти-ТПО и ТГ
e) определение IAA – антител к инсулину

11.Диагностическое мероприятие, проводимое на этапе неотложной помощи при сахарном диабете 1 типа:
a) определение уровня гликемии
b) УЗИ органов брюшной полости
c) ЭХОКГ
d) суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру
e) ЭФГДС

12. В норме концентрация глюкозы, натощак, в цельной капиллярной крови (ммоль/л) НЕ превышает:
a) 5,5
b) 7,8
c) 6,1

d) 11,1
e) 6,7

13. Частота обследования общего анализа крови у пациентов СД 1 типа:
a) 1 раз в год
b) 1 раз в 3 месяца
c) не менее 4 раз ежедневно
d) 1 раз в год (при отсутствии изменений)
e) по показаниям

14. У женщины 50 лет, с избыточной массой тела дважды обнаружено повышение уровня гликемии натощак до 6,9 и 7,2 ммоль/л. Ваш предварительный диагноз:
a) Сахарный диабет 2 типа
b) Ожирение
c) Сахарный диабет 1 типа
d) Нарушение гликемии натощак
e) Нарушение толерантности к глюкозе

15. Женщина 33 лет, обратилась к врачу с жалобами на слабость, повышенную утомляемость , раздражительность. В анамнезе: субтотальная резекция щитовидной железы, принимала 50 мкг L-тироксина. Объективно: лицо пастозное, тоны сердца приглушены. АД - 100/70 мм.рт.ст. При ЭХО - КГ отмечается наличие жидкости в полости перикарда. Назовите метод исследования, который информативен:
a) Определение уровня T_3 и T_4
b) ЭКГ
c) Бак.посев крови
d) Томография органов средостения
e) Суточное мониторирование АД

16. Частота обследования общего анализа мочи у пациентов СД 1 типа:
a) 1 раз в год
b) 1 раз в 3 месяца
c) не менее 4 раз ежедневно
d) 1 раз в год (при отсутствии изменений)
e) по показаниям

17.Частота обследования определение кетоновых тел в моче и крови у пациентов СД 1 типа:
a) по показаниям
b) 1 раз в 3 месяца
c) не менее 4 раз ежедневно
d) 1 раз в год (при отсутствии изменений)
e) 1 раз в год

18. Причиной смерти при сахарном диабете 1-го типа является:
a) гангрена нижних конечностей
b) кетонемическая кома
c) гиперосмолярная кома
d) инфаркт миокарда
e) диабетическая нефропатия

19. Жалобы при сахарном диабете:
a) полидипсия, полиурия, булемия, истощение
b) склонность ко сну, забывчивость
c) слабость, адинамия, боль в суставах
d) головные боли, сердцебиение, отеки

e) раздражительность, сердцебиение, потлилость, истощение

20. Внешний вид больного при гипофункции щитовидной железы:
a) шелушение кожи, желтушность, повышение тургора, холодный пот
b) опущение верхнего века
c) нарушение конвергенции глаз:
d) мерцание глаз чаще
e) экзофтальм

2.Защита и заполнение учебной истории болезни