

Приложение 5 к ОПОП

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Скан подписи

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность **31.08.17. Детская эндокринология**

Год начала обучения **2021 год**

Всего ЗЕТ **3**
Всего часов **108**

Программа ГИА разработана в соответствии со следующими документами:

- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки 31.08.17. Детская эндокринология, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 N 1059

- Приказом Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программы ординатуры»;

- Профессиональным стандартом «Врач- детский эндокринолог» утвержденным приказом Минтруда России утверждённому 25 января 2019г. приказ №49н «Об утверждении профессионального стандарта "Врач – детский эндокринолог"»

1. Цель и сроки проведения ГИА

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы (далее – ОПОП) требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности **31.08.17. Детская эндокринология**

2. Требования к обучающимся при допуске к ГИА

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей основной образовательной программе высшего образования.

3. Виды государственных аттестационных испытаний

Государственная итоговая аттестация выпускников по образовательной программе высшего образования по направлению подготовки 31.08.17. Детская эндокринология проходит в форме госэкзамена.

Государственный экзамен проводится для оценивания результатов освоения ОПОП, разработанной в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.08.17. Детская эндокринология определения уровня подготовленности выпускника к самостоятельному выполнению трудовых функций.

Трудоёмкость Госэкзамена составляет 3 з.е., проводится на 2 курсе

4. Структура аттестационных испытаний.

4.1. Структура государственного экзамена

На государственном экзамене выпускники должны продемонстрировать готовность к осуществлению следующих видов профессиональной деятельности по специальности 31.08.17. Детская эндокринология профилактическая;

- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Государственный экзамен включает в себя следующие этапы:

1. Этап – Оценка уровня освоения практических (мануальных) навыков
2. Этап – Оценка уровня освоения теоретических основ по программе ординатуры
3. Этап – Оценка способности применять знания и умения при решении

профессиональных задач

Перечень дисциплин, определяющих содержание Госэкзамена:

Этап проведения Госэкзамена*	Перечень дисциплин
1. Уровень освоения практических навыков	• Детская эндокринология
2. Тестовый контроль	• Детская эндокринология • Общественное здоровье и здравоохранение • Педагогика

	<ul style="list-style-type: none"> • Медицина чрезвычайных ситуаций • Патологии • Клиническая фармакология • Дерматовенерология • Инфекционные болезни • Медицинская информатика • Педагогическая психология • Онкология • Гистология, эмбриология, цитология • Основы фармакологии и персонализированной медицины
3. Итоговое собеседование	<ul style="list-style-type: none"> • Детская эндокринология • Общественное здоровье и здравоохранение • Педагогика • Медицина чрезвычайных ситуаций • Патологии • Клиническая фармакология • Дерматовенерология • Инфекционные болезни • Медицинская информатика • Педагогическая психология • Онкология • Гистология, эмбриология, цитология • Основы фармакологии и персонализированной медицины

4.2. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Не позднее, чем за 30 календарных дней до дня проведения государственного аттестационного испытания Университет утверждает приказом ректора расписание, в котором указываются даты, время и место проведения защиты ВКР и консультации, и доводит расписание до сведения обучающихся, членов ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ГЭК, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

Государственный экзамен проводится по утвержденной Университетом программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе высшего образования.

Первый этап:

Цель: оценка умений и навыков выпускников по осмотру больного, анализу данных лабораторного и инструментального исследований, проведению мероприятий по оказанию первой врачебной помощи, определению тактики лечения, а также других специальных профессиональных умений по специальности 31.08.53 Эндокринология. Данный этап экзамена проводится в устной форме на базах кафедры: в профильных стационарных отделениях эндокринологии, и учебно-лечебных кабинетах кафедры профилирующей дисциплины (кафедра эндокринологии), где выпускник, в присутствии комиссии, выполняет осмотр больного, с использованием медицинской аппаратуры и инструментария, формулирует клинический диагноз с учетом представленных дополнительных

инструментальных и лабораторных данных и назначает необходимое лечение. На подготовку к ответу обучающему предоставляется не менее 30 минут, а на ответ экзаменатор затрачивает не более 20 минут.

Форма проведения – устно.

Второй этап:

Цель: оценка уровня теоретических знаний по основным клиническим дисциплинам.

Проверка уровня теоретической подготовленности на тестовом экзамене проводится с использованием технических средств и заключается в решении 40 тестовых заданий из массива по всем разделам профильных дисциплин, на которые необходимо ответить в течение 40 минут. В каждом тестовом задании необходимо выбрать 1 (один) правильный ответ.

Место проведения – компьютерный класс университета.

Форма проведения – тестирование по компетенциям, установленным в основной профессиональной образовательной программе. Проведение тестирования осуществляется в компьютерном классе.

Третий этап: цель – оценка уровня сформированного у обучаемого клинического мышления и умений применять полученные знания, умения и навыки для решения профессиональных задач.

Форма проведения – собеседование ситуационным клиническим задачам.

Для подготовки к ответу на государственном экзамене выпускнику предоставляется не менее 30 минут, а на ответ не более 20 минут. При этом используются бланки установленного образца для оформления экзаменационного задания.

Ординаторы должны быть ознакомлены с графиками проведения этапов государственного экзамена. Перерыв между государственными аттестационными испытаниями устанавливается продолжительностью не менее 7 календарных дней.

В случае непрохождения одного из трех этапов государственного экзамена, ординатор не допускается к следующим этапам, и ему выставляется оценка «неудовлетворительно».

Государственный экзамен должен начинаться в указанное в расписании время в присутствии председателя государственной экзаменационной комиссии (ГЭК).

Секретарь государственной экзаменационной комиссии обеспечивает процедуру ведения экзамена следующими документами: приказом о допуске к государственному экзамену, приказом о составе государственной экзаменационной комиссии, списками ординаторов, протоколами на каждого ординатора. В начале экзамена ординаторам выдаются экзаменационные задания.

В ходе проведения государственного экзамена выпускнику запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещённых технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья ГИА проводится Университетом с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении ГИА обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

– проведение ГИА для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в одной аудитории совместно с обучающимися, не имеющими ограниченных возможностей здоровья, если это не создает трудностей для обучающихся при прохождении ГИА;

Добавлено примечание (ВИН1): Проверьте, фактически это соблюдается? Если нет, необходимо указать, как это проводится

– присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами ГЭК);

– пользование необходимыми обучающимся инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья техническими средствами при прохождении ГИА с учетом их индивидуальных особенностей;

– обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты Университета по вопросам проведения ГИА доводятся до сведения обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося инвалида или лица с ограниченными возможностями здоровья продолжительность выступления обучающегося при защите выпускной квалификационной работы может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи не более чем на 15 минут.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о

рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее 15 июля.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

5. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации

5.1 Перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы

Этап экзамена	Коды компетенций
1. Оценка практических навыков	УК-1, УК-2, УК-3 ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
2. Тестирование	УК-1, УК-2, УК-3 ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
3. Собеседование	УК-1, УК-2, УК-3 ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

5.2. Показатели и критерии оценивания компетенций, шкалы оценивания

Показатели и критерии оценивания	Код(ы) оцениваемой компетенции	Этап проведения экзамена
Знания		
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю эндокринология. Методика осмотра пациентов с заболеваниями или патологическими состояниями эндокринной системы. Современные методы клинической и параклинической	УК-1, УК-2, УК-3 ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-	Тестирование, Собеседование

<p>диагностики заболеваний или состояний эндокринной системы. Формы и методы санитарно-просветительной работы среди населения. Правила внутреннего трудового распорядка.</p> <p>Конституцию РФ. Взаимосвязь функциональных систем организма и уровней их регуляции. Общие вопросы организации в РФ терапевтической и эндокринологической помощи взрослому и детскому населению.</p> <p>Профессиональные компетенции</p> <p>Симптомы и особенности течения, осложнения у пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы. Генетические основы эндокринной патологии.</p> <p>Этиологию и патогенез заболеваний и состояний эндокринной системы. Особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма в норме и у пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы.</p> <p>Закон и иные нормативно-правовые акты РФ в сфере здравоохранения. Основные клинические проявления заболеваний и состояний нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, моче-половой систем и системы крови, приводящие к тяжелым осложнениям и угрожающие жизни, определение тактики ведения пациента с целью их предотвращения.</p> <p>Клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты первичной специализированной, медико-санитарной помощи, специализированной, в т.ч. высоко-технологичной, медицинской помощи при заболеваниях и состояниях эндокринной системы. Организацию работы медицинского учреждения.</p> <p>Современные классификации, клинической симптоматика заболеваний и состояний эндокринной системы и МКБ. Строение и функцию эндокринных желез.</p> <p>Методикой сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы. Организацию скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению.</p> <p>Основные вопросы нормальной и патологической физиологии эндокринных желез человека. Правила санитарно-эпидемиологического режима.</p> <p>Причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления. Анатомо-функциональное состояние эндокринной системы организма в норме и при патологии эндокринной системы.</p> <p>Основы рационального питания, принципы диетотерапии у больных с эндокринной патологией. Клиническую симптоматику и патогенез основных эндокринных заболеваний у взрослых и детей, их профилактику,</p>	<p>5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>	
--	---	--

<p>диагностику и лечение.</p> <p>Основы трудового законодательства. Клиническую симптоматику эндокринных осложнений соматических заболеваний.</p> <p>Основы водно-электролитного и минерального обмена, КЩС баланс. Возможные типы их нарушений и принципы лечения. Правила по охране труда и пожарной безопасности.</p> <p>Вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны.</p> <p>О территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи.</p>		
Умения		
<p>Оценивать у пациентов анатомо-функциональное состояние эндокринной системы в норме, при заболеваниях и патологических состояниях. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и патологическими состояниями эндокринной системы.</p> <p>Находить общий язык с больными. Формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.</p> <p>Проводить объективные исследования с применением специальных методов исследования эндокринных желез. Проводить дифференциальный диагноз между эндокринной и другими патологиями. Определить показания к госпитализации.</p> <p>Профессиональные компетенции</p> <p>Интерпретировать полученные данные инструментальных и лабораторных методов исследования эндокринных желез. Диагностика беременности.</p> <p>Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Проведение медицинской экспертизы.</p> <p>Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с заболеваниями или состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Определять степень тяжести состояния больного с эндокринной патологией.</p> <p>Интерпретировать и анализировать результаты инструментального исследования пациентов с</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3 ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>	<p>Тестирование, Собеседование</p>

<p>заболеваниями и состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Правильно собирать анамнез эндокринной патологии</p> <p>Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Проводить манипуляции независимо от вида эндокринной патологии.</p> <p>Диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования. Проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.</p> <p>Интерпретировать и анализировать результаты осмотра пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Организовывать оценку качества оказания медицинской помощи пациентам.</p> <p>Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы. Выработать план обследования и лечения больного с патологией эндокринной системы.</p> <p>Диагностировать и дифференцировать нозологическую принадлежность и степень тяжести при неотложных состояниях, обусловленных эндокринопатиями. Организовывать выполнение неотложных врачебно-диагностических мероприятий на различных этапах неотложной медицинской помощи.</p> <p>Ведение учетно-отчетной документации медицинской организации и ее структурных подразделений. Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы.</p> <p>Проводить коррекцию метаболических нарушений при развитии инфаркта миокарда и инсульта у больных с эндокринной патологией. Интерпретировать и анализировать результаты дополнительного инструментального исследования пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской</p>		
---	--	--

<p>помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Составить программу ведения больного при экстренных хирургических вмешательствах у больных СД. Интерпретировать и анализировать результаты дополнительного лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>		
<p>Навыки</p>		
<p>Обоснование, постановка диагноза в соответствии с МКБ. Навыками оказания медицинской помощи при ЧС, в т.ч. участии в медицинской эвакуации.</p> <p>Осмотр пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы. Умением создания в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда.</p> <p>Сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов с заболеваниями и состояниями эндокринной системы. Навыками соблюдения основных требований информационной безопасности. Системой оценки степени и типа ожирения.</p> <p>Профессиональные компетенции</p> <p>Методами исследования чувствительности нижних конечностей: тактильной, болевой, температурной, вибрационной, суставно-мышечного чувства. Методами пальпации молочных желез.</p> <p>Направление пациентов с заболеваниями или состояниями эндокринной системы на инструментальные исследования и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Методикой оценки полового развития.</p> <p>Направление пациентов с заболеваниями или состояниями эндокринной системы на лабораторные исследования и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Пальпацией щитовидной железы.</p> <p>Критериями интерпретации изменений в общеклинических анализах крови и мочи при эндокринных заболеваниях. Направление пациентов с заболеваниями или состояниями эндокринной системы на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3 ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>	<p>Практические навыки, Тестирование, Собеседование</p>

<p>помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Методикой сбора жалоб и анамнеза больного с эндокринной патологией. Системой оценки периферической пульсации артерий нижних конечностей.</p> <p>Критериями интерпретации изменений в биохимических показателях при различных формах эндокринных заболеваний. Методика общего осмотра больного с эндокринной патологией.</p> <p>Критериями интерпретации результатов гормональных исследований крови и мочи при эндокринных заболеваниях. Системой оценки степени гипсутизма.</p> <p>Критериями интерпретации диагностических критериев СД и других нарушений гликемии. Методами проведения диагностических проб при эндокринных заболеваниях.</p> <p>Организовывать и управлять деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений. Проводить профилактику и лечение основного заболевания и осложнений в эндокринологии.</p> <p>Навыками проведения обучения пациентов страдающих сахарным диабетом в «школе диабета» по структурированным программам для индивидуального и группового обучения. Умением интерпретировать результаты КТ, МРТ надпочечников.</p> <p>Оценка результатов двухэнергетической рентгеновской и ультразвуковой абсорбциометрии костной ткани. Умение оценивать результаты МРТ гипофиза.</p> <p>Умение интерпретировать результаты цитологических и гистологических исследований операционного материала надпочечников, щитовидной железы. техникой введения инсулина.</p> <p>Методом проведения тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы.</p>		
---	--	--

Шкалы оценивания Госэкзамена

Этап проведения госэкзамена	Шкала оценивания		Оценка
	Описание или % выполнения	Балл	
Демонстрация практических навыков	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) не изложен и не продемонстрирован на манекене,	2	Неудовлетворительно
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован с нарушениями последовательности выполнения.	3	Удовлетворительно
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован с небольшими ошибками.	4	Хорошо
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован правильно.	5	Отлично

Тестовый контроль	71 и более %	-	Зачтено
	71 и менее %	-	Незачтено
Собеседование по клиническим задачам	Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы билета, незнание основных понятий эндокринологии, неумение применить знания практически	2	Неудовлетворительно
	экзаменующийся усвоил только базовую часть программного материала, при ответе допускает неточности, материал излагает не последовательно, затрудняется применить теоретические знания при решении практической задачи, допускает ошибки, которые исправляет с помощью преподавателя.	3	Удовлетворительно
	экзаменующийся строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, однако допускает отдельные неточности и пробелы в знаниях, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач.	4	Хорошо
	теоретическое содержание специальных дисциплин экзаменующимся освоено полностью, строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, не затрудняется с ответом, делает обоснованные выводы и заключения, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач.	5	Отлично

5.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения ОПОП.

5.3.1. Типовые задания для оценивания уровня освоения практических (мануальных) навыков

№ п/п	Формулировка задания
1.	Собирает жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
2.	Интерпретирует информацию, полученной от детей (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
3.	Осматривает детей с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
4.	Формулирует предварительного диагноза и составление плана лабораторных исследований и инструментальных обследований детей с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
5.	Направляет детей с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами)

	лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
6.	Направляет детей с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на лабораторное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
7.	Направляет детей с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
8.	Интерпретирует результаты осмотра, лабораторного исследования и инструментального обследования детей с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
9.	Интерпретирует результаты осмотра врачами-специалистами детей с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
10.	Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи детям с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
11.	Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания, немедикаментозного лечения, хирургических вмешательств у детей с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, требующими оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи вне медицинской организации
12.	Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
13.	Назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание детям с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
14.	Проводит оценку эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у детей с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
15.	Определяет медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению хирургических вмешательств детям с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
16.	Назначает немедикаментозное лечение детям с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
17.	Оценивает эффективность и безопасность немедикаментозного лечения у детей с

	заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы
18.	Проводит профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических вмешательств, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания, немедикаментозного лечения и хирургических вмешательств
19.	Оказывает паллиативной медицинской помощь при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками
20.	Определяет медицинские показания для оказания паллиативной медицинской помощи детям с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы и при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками
21.	Направляет детей с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы для оказания медицинской помощи в условиях стационара или дневного стационара при наличии медицинских показаний
22.	Оказывает медицинскую помощь в неотложной форме детям с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
23.	Разрабатывает плана лечения детей с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

5.3.2. Примеры тестовых заданий

001. Для семейной низкорослости характерно:

- а) отставание костного возраста
- б) остеопороз
- в) позднее вступление в пубертат
- г) нормальные показатели физического развития при рождении

002. Больные с церебрально-гипофизарным нанизмом получают инъекции гормона роста:

- а) 1 раз в день б) через день в) 1 раз в неделю г) 2 раза в неделю

003. При конституциональной задержке роста отставание костного возраста:

- а) характерно
- б) не характерно

004. При конституциональной задержке роста отставание темпов скорости роста

- а) характерно

б) не характерно

005. Для примордиального нанизма характерно:

а) гипогонадизм

б) низкие темпы роста

в) низкие показатели массы тела и роста при рождении

г) низкий уровень гормона роста

006. Укажите препараты для лечения церебрально-гипофизарного нанизма:

а) генотропин, нордитропин

б) преднизолон, кортинеф

в) парлодел, соматостатин

г) актрапид, лантус

007. Критериями диагностики гипофизарного нанизма являются все перечисленные, кроме:

а) отставание в росте более -2 SDS роста

б) отставание костного возраста на 3 года и более

в) раннее закрытие зон роста

г) темпы роста - менее 4 см в год

008. Гормон роста обладает всеми перечисленными эффектами в организме, кроме:

а) активизирует глюконеогенез

б) участвует в синтезе ИФР-1

в) анаболический эффект

г) стимулирует запасание жира в депо

009. Какая лекарственная проба не проводится для определения стимулированной секреции гормона роста?

а) с клонидином

б) с инсулином

в) с анаприлином

г) с L-ДОПА

010. Низкорослость эндокринного генеза может быть обусловлена всеми перечисленными причинами, кроме:

- а) дефицит тропных гормонов
- б) изолированный дефицит гормона роста
- в) избыток глюкокортикоидов
- г) повышение тиреоидных гормонов и снижение ТТГ

011. Для какой формы ожирения характерно равномерное распределение подкожного жира?

- а) конституционально-экзогенной
- б) диэнцефальной
- в) синдрома Кушинга
- г) адипозо-генитальной дистрофии

012. При лечении синдрома Прадера-Вилли можно использовать все перечисленное, кроме:

- а) диетотерапии
- б) ЛФК
- в) анорексигенных препаратов
- г) препаратов сульфонилмочевины

013. У больных сахарным диабетом 1 типа ожирение наблюдается при синдроме:

- а) Мориака б) Нобекура

014. При какой форме ожирения у детей отмечается задержка роста?

- а) конституционально-экзогенном
- б) алиментарном
- в) синдроме Кушинга
- г) диэнцефальном

015. Для конституционально-экзогенного ожирения характерно:

- а) перераспределение жира, задержка роста, гипертрихоз, артериальная гипертензия

- б) равномерное развитие подкожно-жировой клетчатки, стрии тонкие и розовые
- в) ускорение полового развития
- г) ускорение роста

016. У мальчика 7 лет отмечается жажда, полиурия, потеря массы тела, общая слабость, сниженный аппетит. При обследовании: гликемия натощак - 3.5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой - 4.5 ммоль/л. Ацетон в моче отсутствует. Суточный диурез - 3000 мл. Удельный вес мочи в пробе по Зимницкому - 1000-1002.

Ваш предполагаемый диагноз

- а) почечная глюкозурия
- б) инсулинозависимый сахарный диабет
- в) несахарный диабет
- г) нарушенная толерантность к углеводам

017. У девочки 12 лет с рождения отмечается отечность в области шеи, кистей, стоп, с 7 лет задержка роста. При осмотре выявлены множественные стигмы дисэмбриогенеза, короткая шея с крыловидными складками, узкое твердое небо, поперечная ладонная складка, отсутствие вторичных половых признаков. При обследовании: половой хроматин отрицательный; уровни соматотропного гормона (СТГ) и тиреотропного гормона (ТТГ) не изменены. Ваш предполагаемый диагноз:

- а) церебрально-гипофизарный нанизм
- б) примордиальный нанизм
- в) синдром Шерешевского - Тернера
- г) конституциональная задержка полового и физического развития

018. У девочки 13 лет отмечается задержка роста с 3 лет (темпы роста не превышают 2-3 см в год). Телосложение пропорциональное. Рост 120 см. Костный возраст соответствует 7 годам. Половой хроматин положительный.

Уровни СТГ и ТТГ в крови, гонадотропных, половых и тиреоидных гормонов снижены.

Ваш предварительный диагноз:

- а) церебрально-гипофизарный нанизм
- б) примордиальный нанизм
- в) синдром Шерешевского - Тернера
- г) конституциональная задержка полового и физического развития

019. Для болезни Иценко - Кушинга наиболее характерны все перечисленные синдромы, кроме

- а) артериальной гипотензии
- б) артериальной гипертензии
- в) неравномерного отложения жира
- г) множественных стрий
- д) наличия мочевого синдрома (умеренная протеинурия, полиурия, никтурия)

020. У ребенка 1 г 4 мес три дня назад появились признаки ОРВИ, отмечаются вялость, жажда, мышечная гипотония.

При осмотре температура 37.2°C, гиперемия зева, кожа покрыта холодным потом, жидкий стул, АД - 45/20 мм рт.

ст., гермафродитное строение гениталий. При обследовании: лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, СОЭ увеличена, гипонатриемия, гиперкалиемия, на ЭКГ - высокий заостренный зубец Р. В анамнезе до 3-месячного возраста была

рвота "фонтаном", лечился в стационаре. Наблюдался эндокринологом, получал 5 мг преднизолона ежедневно. В

семье, где родился ребенок, два предыдущих ребенка умерли в возрасте одного года (предположительный

диагноз "кишечная инфекция"). Ваш предположительный диагноз:

- а) сольтеряющая форма адреногенитального синдрома

- б) вегетососудистая дистония
- в) церебрально-гипофизарный нанизм
- г) кишечная инфекция

021. При первичной хронической надпочечниковой недостаточности наблюдается:

- а) тремор рук
- б) судороги
- в) повышенный аппетит
- г) гиперпигментация кожи
- д) желтушность кожи

022. Для первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна) характерно все перечисленное, кроме:

- а) повышения сахара в крови
- б) снижения калия в крови
- в) артериальной гипертензии
- г) мышечной слабости, вялых параличей
- д) полиурии, никтурии

023. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) отмечаются все перечисленные признаки,

кроме:

- а) снижения аппетита
- б) повышения АД
- в) снижения АД
- г) сочетания этой болезни с туберкулезом
- д) сочетания этой болезни с кандидозом

024. При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома характерно:

- а) вялость

- б) жажда
- в) мышечная гипотония
- г) жидкий стул
- д) все перечисленное

025. При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома характерно:

- а) гипонатриемия
- б) гиперкалиемия
- в) высокий заостренный зубец Т на ЭКГ
- г) все перечисленное

026. Неотложными мероприятиями, которые необходимо провести на догоспитальном этапе при сольтеряющей форме

адреногенитального синдрома, являются:

- а) внутримышечное введение гидрокортизона, введение флудрокортизона
- б) введение внутримышечно гидрокортизона каждые 6-8 часов
- в) введение физиологического раствора и 5% раствора глюкозы внутривенно капельно
- г) введение ДОКСА внутримышечно 1-2 раза в сутки
- д) введение всех перечисленных препаратов

027. При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома следует вводить

- а) внутримышечно гидрокортизон каждые 6-8 часов
- б) внутривенно капельно физиологический раствор
- в) внутривенно 5% раствор глюкозы
- г) внутримышечно ДОКСА 1-2 раза в сутки
- д) все перечисленное

028. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) имеются все перечисленные признаки,

кроме:

- а) гиперпигментации кожи

б) желтушности кожи

в) похудания

г) общей слабости

029. У детей с врожденной дисфункцией коры надпочечников отмечается:

а) ускорение костного возраста по отношению к паспортному

б) отставание костного возраста по отношению к паспортному

в) эпифизарный дисгенез

г) костный возраст соответствует паспортному

030. Для врожденной дисфункции коры надпочечников характерно:

а) гиперпигментация кожных складок

б) «кофейные» пятна на коже

в) участки депигментации

г) аномальное строение наружных гениталий у мальчиков

031. Сольтеряющая форма ВДКН обусловлена блоком 21-гидроксилазы:

а) полным б) неполным

032. При биохимическом исследовании крови у ребенка с болезнью Иценко-Кушинга выявляются:

а) гипокалиемия и гипонатриемия

б) гиперкалиемия и гипонатриемия

в) гипокалиемия и гипернатриемия

г) гиперкалиемия и гипернатриемия

033. Причиной врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) является:

а) наследственная ферментопатия

б) родовая травма с поражением передней доли гипофиза

в) кровоизлияние в надпочечники во время родов

г) гипоплазия коры надпочечников

034. При проведении большой пробы с дексаметазоном при болезни Иценко-Кушинга уровень АКТГ:

- а) повышается
- б) не изменяется
- в) снижается

035. К клиническим симптомам врожденной дисфункции коры надпочечников при диагностике заболевания

у детей старше 2 лет относятся все перечисленные, кроме:

- а) ускоренный рост
- б) задержка полового развития
- в) ускоренное половое развитие
- г) маскулинное телосложение

036. Для сольтеряющей формы ВДКН характерны:

- а) гипонатриемия и гиперкалиемия
- б) гиперхлоремия и снижение
- в) гиперкалиемия и гиперхлоремия щелочных резервов крови

037. Основные мероприятия для выведения больного из состояния острой надпочечниковой недостаточности в течение первых суток включают все перечисленные, кроме:

- а) введение внутривенно изотонического раствора NaCl и глюкозы (5% или 10%)
- б) гидрокортизона гемисукцинат 100 мг – в/в
- в) гидрокортизона ацетат внутримышечно - 50-100 мг/кг
- г) введение внутривенно раствора KCl

038. Для болезни Иценко-Кушинга характерно:

- а) перераспределение жира, задержка роста, гипертрихоз, артериальная гипертензия
- б) равномерное развитие подкожно-жировой клетчатки, стрии тонкие и розовые
- в) ускорение полового развития
- г) ускорение роста

039. Для сольтеряющей формы ВДКН характерно:

- а) желтуха
- б) упорная рвота фонтаном, не связанная с приемом пищи
- в) запоры
- г) гипергидроз

040. Для новорожденных с сольтеряющей формой ВДКН характерно:

- а) запоры
- б) жидкий стул
- в) позднее отхождение мекония
- г) отсутствие изменений

041. Для первичного гипотиреоза характерно изменение уровней гормонов в крови:

- а) повышение уровня ТТГ, снижение уровня Т3, снижение уровня Т4
- б) снижение уровня ТТГ, повышение уровней Т3 и Т4
- в) снижение уровней ТТГ, Т3 и Т4
- г) повышение уровней ТТГ, Т3 и Т4

042. Заместительная терапия тироксином назначается по данным неонатального скрининга в роддоме на

врожденный гипотиреоз при уровне ТТГ:

- а) до 20 мкЕ/мл
- б) 20-50 мкЕ/мл
- в) более 50 мкЕ/мл
- г) более 100 мкЕ/мл

043. Мерказолил может вызвать все перечисленные побочные эффекты, кроме:

- а) кожная сыпь б) лейкоцитоз в) агранулоцитоз г) зобогенный эффект

044. При диффузном токсическом зобе отмечаются все перечисленные изменения, кроме:

- а) кожа сухая, иктеричная

- б) кожа влажная, горячая
- в) стойкий красный дермографизм
- г) уменьшение массы тела

045. Причиной врожденного гипотиреоза у детей является:

- а) пороки развития щитовидной железы
- б) воздействие стресса на организм матери
- в) аутоиммунный процесс в щитовидной железе

046. Физиологическое действие тиреоидных гормонов в организме:

- а) снижают уровень сахара в крови
- б) формируют пол ребенка
- в) оказывают влияние на формирование головного мозга
- г) влияют на калиево-натриевый баланс

047. Пороки развития половых желез могут быть обусловлены патологией

- а) половых хромосом
- б) аутосом
- в) генов, локализующихся в аутосомах
- г) генов, локализующихся в половых хромосомах
- д) всего перечисленного

048. Причиной нарушения формирования половых желез может быть

- а) нарушение числа половых хромосом (полисомия, моносомия)
- б) нарушение структуры половых хромосом (делеция, транслокация и др.)
- в) влияние неблагоприятных факторов на ранних этапах эмбриогенеза
- г) генные нарушения в аутосомах и половых хромосомах
- д) все перечисленное

049. Наиболее типичным вариантом синдрома дисгенезии гонад является

- а) синдром Шерешевского - Тернера
- б) синдром Каллмана
- в) аутоиммунный полиэндокринный синдром
- г) гипогонадизм центрального генеза
- д) все формы гипогонадизма

050. Наличие у больного синдрома дисгенезии гонад и увеличенного клитора свидетельствует обо всем перечисленном,

кроме

- а) повышения секреции андрогенов
- б) повышения секреции эстрогенов
- в) наличия рудиментарной тестикулярной ткани в яичнике
- г) наличия опухоли в неполноценной гонаде,
в том числе злокачественной
- д) бесконтрольного применения анаболических препаратов

051. Исследование полового хроматина

показано во всех перечисленных случаях, кроме

- а) нормального кариотипа
- б) низкого роста
- в) гипогонадизма
- г) интерсексуальных гениталий
- д) бесплодия

052. Исследование полового хроматина у новорожденного проводится

- а) на 1-м
дне жизни
- б) на 2-м дне жизни
- в) на 3-4-м дне жизни

г) на 5-м дне жизни

д) на 6-7-м дне жизни

053. Для синдрома чистой дисгенезии гонад характерно

а) кариотип XY

б) яичники представлены соединительнотканными тяжами

в) высокий рост

г) отсутствие соматических аномалий

д) все перечисленное

054. Фертильность при синдроме чистой дисгенезии гонад

а) отсутствует

б) возможна при мозаичной форме

в) возможна после лечения

г) больные условно фертильны

д) нормальная

055. Синдром чистой дисгенезии гонад следует дифференцировать

а) с синдромом Нунан

б) с первичным гипогонадизмом

в) со вторичным гипогонадизмом

г) с тестикулярной феминизацией

д) со всем перечисленным

056. При надпочечниковой форме ложного женского гермафродитизма заместительная терапия глюкокортикоидами

должна проводиться

а) всю жизнь

б) в пубертате

в) только при стрессовых ситуациях

г) по самочувствию больного

д) необходимости в постоянной терапии глюкокортикоидами нет

057. Для истинного гермафродитизма клинически наиболее характерно

- а) смешанное строение гонад
- б) смешанное строение наружных гениталий
- в) смешанное строение внутренних гениталий
- г) смешанный характер развития вторичных половых признаков
- д) резкое опережение костного возраста

058. Синдром Клайнфельтера характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) выявления заболевания только у мужчин
- б) определения полового хроматина X
- в) признаков первичного гипогонадизма
- г) бесплодия
- д) высокого интеллекта у больных

059. Тельца Барра (половой хроматин X) определяются у мужчин

- а) при синдроме Клайнфельтера
- б) при синдроме Каллмена
- в) при вторичном гипогонадизме
- г) при синдроме Паскуалини
- д) при синдроме Меддока

060. Синдром Каллмена характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) выявления заболевания и у мужчин, и у женщин
- б) подтверждения признаков первичного гипогонадизма
- в) признаков третичного гипогонадизма
- г) anosмии (гипоосмии)
- д) сочетания заболевания с врожденными гипоплазиями

061. Для синдрома Паскуалини характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) дефицита секреции ЛГ (лютеинизирующего гормона)
- б) фертильности
- в) скудного роста волос на лице
- г) фальцета
- д) патологического кариотипа

062. Для ложного крипторхизма характерно все перечисленное, кроме

- а) непостоянного отсутствия яичка в мошонке
- б) отсутствия признаков гипогонадизма
- в) нормальной фертильности
- г) очень низкого уровня андрогенов в сыворотке крови
- д) отсутствия деструктивных изменений в яичках

063. Показанием для хирургического метода лечения больных крипторхизмом является все перечисленное, кроме

- а) наличия истинного крипторхизма
- б) отсутствия эффекта от курса введения хорионического гонадотропина внутримышечно
- в) отсутствия эффекта от введения малых доз хорионического гонадотропина в области пахового канала
- г) опасности развития аутоиммунного орхита
- д) наличия гиперпролактинемии

064. Оптимальным возрастом больного при хирургическом лечении крипторхизма является

- а) до 1 года
- б) не позднее 2 лет
- в) до 5 лет
- г) до пубертата
- д) для проведения операции возраст не имеет значения

065. Для истинного преждевременного полового созревания у мальчика характерно все перечисленное, кроме

- а) появления вторичных половых признаков
- б) соответствия костного возраста паспортному
- в) увеличения наружных половых органов, тестикул
- г) увеличения уровня тестостерона в плазме
- д) увеличения уровня гонадотропных гормонов

066. Преждевременное ложное половое созревание у девочек

характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) появления вторичных половых признаков у маленького ребенка
- б) высокого уровня гонадотропинов
- в) увеличения эстрогенов в сыворотке крови
- г) увеличения уровня 17-КС в моче
- д) увеличения одного яичника (опухоли)

067. Клиника истинного изосексуального преждевременного

полового созревания у девочек включает все перечисленное, кроме

- а) преждевременного наступления пубертата
- б) появления спонтанного роста грудных желез
- в) появления спонтанных менструаций
- г) появления лобкового оволосения по женскому типу
- д) слишком высокого роста

068. Гетеросексуальное преждевременное половое развитие у девочек

включает все перечисленное, кроме

- а) преждевременного наступления пубертата
- б) увеличения клитора
- в) появления лобкового оволосения по мужскому типу

- г) роста волос на лице и теле
- д) слишком высокого роста

069. При истинном преждевременном половом созревании наиболее выраженный патологический процесс выявляется

- а) в центральной нервной системе
(опухоль, воспаление, деструктивные изменения)
- б) в надпочечниках
- в) в гонадах
- г) во внутренних половых органах
- д) в легких

070. При ложном преждевременном половом созревании у девочек

(опухоль гонады) показано

- а) оперативное лечение
- б) лечение андрогенами
- в) лечение эстрогенами
- г) введение гонадотропинов курсами
- д) решение вопроса о методе лечения после закрытия зон роста

071. Для врожденного первичного гипотиреоза

характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) задержки психомоторного развития
- б) длительно существующей желтухи новорожденных
- в) тахикардии
- г) сухости кожи
- д) диареи

072. Для больного сахарным диабетом характерны все перечисленные признаки, кроме

- а) жажды
- б) учащенного мочеиспускания
- в) общей слабости
- г) похудения
- д) плаксивости

073. При сахарном диабете 1 типа, гипогликемической коме следует

- а) ввести 40% раствор глюкозы
- б) ввести подкожно 0.5-1.0 мл адреналина
- в) накормить больного после выхода из комы
- г) назначить все перечисленное

074. У мальчика 8 лет отмечена потеря сознания 1 час назад.

При осмотре: бессознательное состояние; дыхание Куссмауля; гиперемия щек; сухость кожи; язык малиновый,

сухой; глазные яблоки мягкие; в легких прослушиваются рассеянные сухие хрипы; печень на 3 см выступает из-

под реберного края; остальные органы без явных отклонений от нормы. От больного исходит отчетливый запах

ацетона. В анамнезе: перенесенный грипп, в течение 2-3 недель жалобы на жажду, частые мочеиспускания;

похудание при удовлетворительном аппетите; вялость, заторможенность, потеря аппетита в течение последних 2

дней, накануне появление тошноты и рвоты. Ваш предварительный диагноз:

- а) сахарный диабет
- б) несахарный диабет
- в) диабетическая кетоацидотическая кома
- г) нарушенная толерантность к углеводам

075. Для подтверждения диагноза сахарного диабета у ребенка важны все перечисленные данные, кроме данных

- а) о гипербилирубинемии

- б) о гипергликемии
- в) о глюкозурии
- г) о наличии ацетона в моче

076. К признакам, подтверждающим диагноз "диабетическая кетоацидотическая кома" относятся все перечисленные,

кроме

- а) бессознательного состояния
- б) шумного дыхания Куссмауля
- в) сухой кожи
- г) кашля

077. При диабетической кетоацидотической коме

наблюдается все перечисленное, кроме

- а) болей в животе
- б) потери сознания
- в) запаха ацетона в помещении
- г) расстройства дыхания
- д) желтушности кожи

078. У мальчика 5 лет при плановом диспансерном обследовании обнаружен сахар в моче в количестве 1.5%. Сахар

крови натощак - 5.1 ммоль/л, через 1 час после обеда - 6.1 ммоль/л, через 2 часа после ужина - 6.2 ммоль/л, в 24

часа - 4.6 ммоль/л, в 4 часа утра - 4.4 ммоль/л. Сахарная кривая с нагрузкой глюкозой натощак - 4.1 ммоль/л,

через 120 мин - 4.2 ммоль/л. Ваш предполагаемый диагноз

- а) почечная глюкозурия
- б) сахарный диабет 1 типа
- в) несахарный диабет
- г) нарушенная толерантность к углеводам

079. Для дифференциального диагноза острого аппендицита и абдоминального синдрома у больного с

кетоацидотической прекомой сахарного диабета имеет значение наличие всех перечисленных признаков, кроме

- а) слабости
- б) гипертермии
- в) высокого уровня гликемии
- г) высокого уровня глюкозурии
- д) гипертензии

080. У девочки 14 лет имеется ожирение III степени, фурункулез, гликемия натощак - 5.2 ммоль/л, через 2 часа после

нагрузки глюкозой - 7.9 ммоль/л, суточный диурез - 1000 мл, удельный вес мочи 1015-1020. В анамнезе: у бабушки

по линии матери имеется сахарный диабет 2 типа.

Ваш предварительный диагноз

- а) почечная глюкозурия
- б) сахарный диабет 1 типа
- в) несахарный диабет
- г) нарушенная толерантность к углеводам

081. Больному с кетоацидотической прекомой сахарного диабета следует назначить

- а) дообследование
- б) срочную госпитализацию в стационар
- в) внутримышечное введение инсулина
- г) лечение на дому

082. Мальчик 5 лет имеет ожирение с трехлетнего возраста, дебилность, крипторхизм. В раннем детстве отмечалась

выраженная мышечная гипотония. Ваш предварительный диагноз

- а) конституционально-экзогенное ожирение
- б) гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена

- в) церебральное ожирение
- г) синдром Прадера
- д) синдром Лоренса - Муна – Бидля

083. Больному с кетоацидотической прекомой сахарного диабета для оказания срочной помощи необходимо провести

все перечисленные мероприятия, кроме

- а) внутримышечного и внутривенного введения инсулина в дозе 0.1 ЕД на кг
- б) срочной госпитализации в реанимационное отделение
- в) организации стационара на дому

084. У мальчика 14 лет имеется ожирение III степени, шестипалость, олигофрения, гипогонадизм, пигментный ретинит.

Ваш предварительный диагноз

- а) конституционально-экзогенное ожирение
- б) гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена
- в) церебральное ожирение
- г) синдром Прадера
- д) синдром Лоренса - Муна - Бидля

085. У больных с врожденным первичным гипотиреозом наблюдаются все перечисленные симптомы, кроме

- а) брадикардии
- б) вялости
- в) пупочной грыжи
- г) крипторхизма
- д) запоров

086. При гипотиреозе педиатр должен

- а) назначить самостоятельно лечение

б) направить больного на консультацию к эндокринологу для решения вопроса о госпитализации и лечении

в) назначить диетотерапию

087. При сахарном диабете 1 типа наличие антител к β -клеткам:

а) характерно, б) не характерно

088. Простой инсулин начинает действовать через:

а) 5 минут

б) 1 час

в) 30 мин

г) 2,5 часа

089. О декомпенсации сахарного диабета свидетельствуют показатели HbA_{1c} более:

а) 7,0% б) 7,5% в) 8% г) 9%

090. К провоцирующим факторам развития гипогликемии относят все перечисленные, кроме:

а) недостаточное содержание углеводов в пище

б) передозировка инсулина

в) физические нагрузки

г) недостаточное введение инсулина

091. Какая ткань не является инсулинзависимой?

а) мышечная б) нервная в) жировая

092. Укажите ориентировочную дозу инсулина (ед/кг/сут) при сахарном диабете 1 типа в период

«медового месяца»:

а) 0,6 – 0,8 б) < 0,5 в) 1,0-2,0 г) 0,6-1,0 д) 1,0-1,5

093. Укажите ориентировочную дозу инсулина (ед/кг/сут) при сахарном диабете 1 типа в период

декомпенсации (кетоацидоз):

а) 0,6 – 0,8 б) < 0,5 в) 1,0-2,0 г) 0,6-1,0 д) 1,0-1,5

094. Укажите ориентировочную дозу инсулина (ед/кг/сут) при сахарном диабете 1 типа в период пубертата:

а) 0,6 – 0,8 б) < 0,5 в) 1,0-2,0 г) 0,6-1,0 д) 1,0-1,5

095. При каком уровне гликемии необходимо в/в введение глюкозы при выведении больных из диабетической комы?

а) 24 ммоль/л

б) 14 ммоль/л

в) 10 ммоль/л

г) 8 ммоль/л

096. Возможное показание для применения бикарбоната натрия при диабетической коме:

а) кетоацидоз

б) рН менее 7,0

в) бессознательное состояние

г) гипергликемия более 20 ммоль/л

097. Для гиперосмолярной комы характерно все ниже перечисленное, кроме:

а) кетоацидоз

б) гиперосмолярность

в) гипернатриемия

г) гипергликемия

098. Для диабетического кетоацидоза характерно все перечисленное, кроме:

а) боли в животе

б) гипергидроз

в) снижение внутриглазного давления

г) рвота

099. Лабораторный контроль состояния больного при кетоацидотической коме включает все перечисленное,

кроме:

- а) креатинин сыворотки
- б) проба Реберга
- в) газоанализ и рН крови
- г) электролиты плазмы крови

100. Методы лечения гипогликемической комы включают все перечисленные, кроме:

- а) в/в введение 40% глюкозы струйно
- б) в/в введение 5-10% глюкозы капельно
- в) введение глюкагона подкожно
- г) в/в введение бикарбоната натрия

Полный комплект тестовых заданий размещен в электронной информационно-образовательной среде университета.

5.3.3. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА 1

Алеша М., 5 лет. Ребенок от II беременности, протекавшей с нефропатией, 2-х срочных родов (I беременность и роды протекали физиологически, ребенок здоров). Родился с массой 4000 г, рост 52 см. Генетический. Анамнез: у бабушки по линии отца сахарный диабет тип 2. Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет ОРВИ. После перенесенного стресса в течение последнего месяца отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость. По скорой помощи был госпитализирован.

Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания. Дыхание шумное, редкое, глубокое (Куссмауля). Отмечается резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области надбровных и скуловых дуг. Тонус глазных яблок снижен. Кожные покровы сухие, их тургор и эластичность снижены. Пульс учащен до 140 ударов в 1 минуту, АД 75/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации напряжен. Мышечная гипотония и гипорефлексия.

Общий анализ крови: Hb – 135 г/л, эритроц.- 4,1x10¹²/л, лейкоц.- 8,5x10⁹

/л; п/я

– 4%, с/я – 50%; э – 1%, л – 35%, м – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – слабо мутная; относительная плотность 1035, реакция – кислая; белок – нет, глюкоза 2%, ацетон – «+++».

Биохимический анализ крови: глюкоза – 28,0 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 ммоль/л.

КОС: рН – 7,1; рО₂ – 92 мм рт. ст.; рСО₂ – 33,9 мм рт. ст., ВЕ= -15.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте его.
2. Входил ли ребенок в группу риска по данному заболеванию?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Основные принципы проведения неотложной терапии. Что вы должны сделать в первую очередь?
5. Роль педиатра в ранней диагностике данной патологии кетоацидотическая (диабетическая) кома.

ЗАДАЧА 2

Света К., 1 год 8 месяцев. Девочка от II беременности, протекавшей без патологии, 2-х срочных родов. Ребенок от I беременности здоров. При рождении масса тела 3800 г, рост 52 см. У матери выявлено эутиреоидное увеличение щитовидной железы III-й ст. (по Николаеву – увеличение заметно на глаз, но не нарушает контуры шеи). Во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала.

В периоде новорожденности у девочки отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло.

На 1-ом году жизни отмечалась склонность к запорам, плохая прибавка массы тела, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6-ти месяцев, сидит с 10-ти месяцев, ходит с поддержкой.

На тыльной поверхности кистей и стоп локализованные отёки в виде плотно-эластичных «подушечек».

При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 74 см, масса тела 11 кг. Телосложение непропорциональное, с относительно короткими конечностями. Широкая переносица. Кожные покровы бледные, сухие, тургор и эластичность снижены. Мышечная гипотония, двигательная активность снижена. Волосы редкие, сухие, ломкие, «тусклые».

Аускультативно дыхание проводится во все отделы лёгких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах («лягушачий» в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезёнка не увеличены.

Клинический анализ крови: НЬ – 91 г/л, эритро.– 3,8x10¹²/л,

ЦП – 0,72, лейкоц.– 9,0x10⁹

/л; п/я – 3%, с/я – 31%; э – 1%, л – 57%, м – 8%,

СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,8 ммоль/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, натрий – 135,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 60,2 г/л, холестерин – 8,4 ммоль/л, билирубин общ. – 7,5 мкмоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте его.
2. В чём ошибка педиатра при наблюдении за новорожденным, а затем и ребёнком на участке?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести? 4. С какими синдромами и болезнями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Основные принципы терапии?

ЗАДАЧА 3

Алеша М., 9 лет. Поступил в отделение с жалобами на задержку роста. Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей с нефропатией и анемией, 1-ых срочных родов в тазовом предлежании. Родился с массой 3150 г, длиной 50 см. Закричал сразу. Раннее развитие без особенностей. С 2,5 лет родители отметили замедление темпов роста до 3 см в год.

Объективно: рост 105 см, масса тела 16 кг. Правильного телосложения. Отмечается снижение тургора тканей, перераспределение подкожножировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота, изменение структуры волос (сухие, тонкие).

Клинический анализ крови: Hb – 130 г/л, эритроц. – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,5 \times 10^9$

/л; п/я – 1%, с/я – 52%; э – 1%, л – 41%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 55,0 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз, обоснуйте его.
2. Что могло послужить причиной развития данной патологии?
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Какими препаратами будет проводиться заместительная терапия?

ЗАДАЧА 4

Юра Ф., 11 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточную массу тела, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.

Ребенок от II беременности, 2-х срочных родов, протекавших без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные.

В семье много употребляют сладкого, жирного, выпечных изделий.

При осмотре рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно, относительно равномерно. Выявляется гиперпигментация крупных складок, мест трения одежды. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 95 ударов в 1 минуту. Дыхание – 19 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +1 см.

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, эритроц. – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,5 \times 10^9$

/л;

п/я – 1%, с/я – 52%; э – 5%, л – 37%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,5 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л.

ЭКГ: горизонтальное положение ЭОС, синусовый ритм.

УЗИ желудочно-кишечного тракта: размеры печени – увеличены; паренхима – подчеркнут рисунок внутривенных желчных протоков; стенки желчного пузыря – утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз, обоснуйте его.
2. Оцените физическое развитие и результаты проведенных исследований.
3. Какова возможная причина развития данной патологии?
4. В группу риска по какой эндокринной патологии относится этот ребенок?
5. Назовите основные методы терапии?

ЗАДАЧА 5

Витя Л., 10 лет. Мальчик от II, нормально протекавшей беременности, 2-ых срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г., рост – 50,0 см. Ходить начал с 1,5 лет, зубы с 1 года. В 7 лет пошел в школу, учится плохо.

С 9-ти лет стал заметно полнеть. С 10-ти лет полнота увеличивалась особенно интенсивно, темпы роста заметно снизились. Наблюдался по месту жительства с диагнозом «Конституционально-экзогенное ожирение». Учитывая продолжающуюся интенсивную прибавку массы тела направлен для обследования и лечения.

При осмотре: рост 130 см, масса тела 42 кг. Лицо лунообразное, гиперемированное, выражен «матронизм», стрии на животе, бедрах. Оволосение на лобке, тестикулы 2,5 см³

. Перераспределение подкожножировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота.

Сердечные тоны приглушены, ЧСС 128 ударов в 1 минуту, АД 170/100 мм рт. ст. Число дыханий 44 в 1 минуту.

Клинический анализ крови: Нв – 86 г/л, эритроц. – 4,35x10¹²/л, лейкоц. – 10,0x10⁹

/л, СОЭ – 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин – 8,0 ммоль/л, глюкоза натощак – 6,8 ммоль/л.

R-грамма кистей рук с лучезапястными суставами: костный возраст соответствует 8-9 годам, отмечаются начальные признаки остеопороза.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз, обоснуйте его.
2. Что может служить причиной развития болезни в данном случае?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. С какими формами ожирения необходимо проводить дифференциальный диагноз?

5. Основные методы лечения.

ЗАДАЧА 5

Диагноз: Гиперкортицизм. Болезнь Иценко-Кушинга. ЗАДАЧА 6

Наташа Г., 12 лет. От I беременности, срочных родов, протекавших физиологично.

Раннее развитие без особенностей. Родители здоровы, у бабушки по материнской линии узловое увеличение щитовидной железы.

После очередного обострения хронического тонзиллита состояние девочки стало постепенно ухудшаться, появились раздражительность, плаксивость, потливость, быстрая утомляемость, сердцебиения. Несмотря на повышенный аппетит, похудела на 10 кг.

При осмотре участковым педиатром выявлена тахикардия до 110 ударов в 1 минуту, систолический шум на верхушке, температура тела 37,0°C.

Девочка направлена в стационар для обследования с диагнозом «Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца».

При поступлении состояние средней тяжести. Эмоционально лабильна.

Правильного телосложения, рост 164 см (91-й перцентиль), масса тела 48 кг (9-й перцентиль). Заметна повышенная потливость. Щитовидная железа при осмотре и пальпации диффузно увеличена, III-й степени (по О.В. Николаеву - увеличение заметно на глаз, но не нарушает контуры шеи). Умеренно выраженный экзофтальм; симптомы Грефе, Дальримпля и Мёбиуса положительные. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Сердечные тоны, громкие, ритмичные, систолический шум на верхушке, пульс 110 ударов в 1 минуту, АД 140/50 мм рт. ст. Тремор пальцев рук.

Клинический анализ крови: Hb – 120 г/л, эритроц.– 3,9x10¹²/л, тромбоц.– 140,0x10⁹

/л, лейкоц.– 5,5x10⁹

/л; п/я – 1%, с/я – 37%, э – 2%, л – 50%, м – 10%,

СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность – 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 6,2 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, кальций – 3 ммоль/л, общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 2,6 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз. Обоснуйте его.

2. Каковы причины развития данной болезни?

3. Наиболее ранние симптомы данной болезни у детей и подростков?

Какие особенности её клинических проявлений у детей? 4. С какими болезнями и состояниями педиатру необходимо проводить

дифференциальный диагноз при подозрении на данную патологию?

5. Основные принципы лечения данной болезни у детей и подростков?

ЗАДАЧА 7

Миша К, 14 лет. Родителей мальчика беспокоят отсутствие признаков полового созревания и его отставание от сверстников в росте и физическом развитии.

Мальчик от I, нормально протекавшей беременности. Роды в срок, масса при рождении 3200 гр., длина 51 см. Закричал сразу. Раннее развитие без

особенностей. В росте от сверстников стал отставать с 12 лет.

У мамы менсес с 13 лет, от сверстниц в темпах полового созревания не отставала. Со слов папы в школьные годы, до 9-го класса, отставал от сверстников, потом быстро их догнал по физическому развитию. Рост мамы 164 см., папы - 182 см.

При осмотре жалоб нет. Правильного телосложения. Рост 143 см (3-й перцентиль, на 11-12 лет), масса тела 40 кг (75-й перцентиль, соответствует росту). Со стороны органов и систем при физикальном обследовании без патологии. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Мошонка несколько отвисшей формы, яички нормальной консистенции, объём 4 см³

Клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – без особенностей.

Костный возраст по рентгенограмме кистей рук соответствует 11-12 годам.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте его.
2. Нужно ли провести дополнительные исследования для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Нужна ли консультация специалиста?
5. Необходимо ли дальнейшее наблюдение такого подростка?

ЗАДАЧА 8

Максим К., 11 лет.

Болен сахарным диабетом тип I. Последнее время находился в состоянии оптимальной компенсации, глюкоза крови натощак 7.0 – 7.5 ммоль/л, в течение суток 7,5 – 11,0 ммоль/л.

На 2-й день от начала ОРВИ температура тела утром 38.0 С.

Самочувствие днем оставалось плохим – отмечалась сонливость, головная боль, ухудшился аппетит. Дозы инсулина вводились прежние. От еды отказывался, после обеда у ребенка внезапно появилась дрожь конечностей, резкая потливость. Вызвали «скорую помощь».

При осмотре врача скорой помощи мальчик без сознания, бледен, резкая потливость, тризм челюстей, периодические судорожные подёргивания отдельных мышечных групп, мимической мускулатуры. Пульс ритмичный, АД – 100/70 мм рт. ст.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Причины развития данного состояния у ребенка?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какова неотложная терапия в данном случае?

Задача 9

Ира Д., 6 лет. Девочка от I-ой беременности, протекавшей без особенностей, 1-х преждевременных родов на 37 неделе. При рождении масса 2800 г, рост 46 см.

Раннее развитие без особенностей. До 5 лет росла и развивалась нормально.

Из анамнеза известно, что с 5 лет у девочки появились периодически возникающие головные боли и головокружения, стала опережать сверстников по росту, округлились бёдра и ягодицы. В течение последних 6 месяцев отмечается увеличение грудных желез, оволосение на лобке и периодически появляющиеся кровянистые выделения из половых органов. Осмотр: рост 130 см (на 8-9 лет), вес 28 кг (соответствует росту). Вторичные половые признаки: P2, Ахо, Ма2, Ме с 6 лет. Костный возраст на 9-10 лет.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте его
2. Какому возрасту соответствует степень полового созревания?
3. Что могло послужить причиной развития этой болезни?
4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Какие методы лечения данной патологии вы знаете?

Задача 10

Ребёнок К., 4 дня, от I-й беременности, 1-х срочных родов, протекавших без особенностей. При рождении масса тела 3000 г, рост 51 см.

При рождении было выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы), гиперпигментация больших половых губ и белой линии живота.

С 3-го дня после рождения состояние ребенка ухудшилось, кожные покровы стали бледными, с сероватым оттенком, их тургор и эластичность снижены. Развились мышечная гипотония и гипорефлексия. Сосет вяло, появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Полиурия. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Стул жидкий, обычной окраски.

Общий анализ крови: НЬ – 115 г/л, Эр – $5,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $9,5 \times 10^9$ /л; п/я

– 2%, с/я – 50%; э – 2%, л – 38%, м – 8%, СОЭ-5 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок – 55 г/л, холестерин – 4,7 ммоль/л, глюкоза – 2,8 ммоль/л, натрий – 125,0 ммоль/л, калий - 6,8 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте его
2. По какому типу наследуется данная болезнь? Какая вероятность рождения в этой семье в последующем больного ребенка?
3. Какая причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у этой девочки?
4. При каких болезнях в периоде новорожденности может отмечаться рвота “фонтаном”, жидкий стул? Проведите дифференциальный диагноз.
5. Как и какими препаратами вы будете проводить неотложную посиндромную терапию?

Задача 11

Олеся Н., 10 лет, проживает в Саратовской области. Ребенок от I-й беременности, протекавшей без особенностей, 1 срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина – 51 см.

Раннее развитие без особенностей. У мамы отмечается увеличение

щитовидной железы II-III степени (по О.В. Николаеву – заметна на глаз, хорошо пальпируется). У бабушки приобретённый первичный гипотиреоз (оперирована по поводу диффузного токсического зоба), получает заместительную терапию L-тироксином. Саратовская область является эндемичной по зобу.

Во время диспансеризации врач обнаружил у девочки увеличение щитовидной железы III ст. (по О.В. Николаеву – заметна на глаз, не нарушает контуры шеи), после чего она была направлена на консультацию к эндокринологу.

При осмотре и пальпации щитовидная железа увеличена до III ст., диффузная, мягко-эластичной консистенции. Клинических признаков нарушения функции щитовидной железы не выявлено. Физическое развитие соответствует возрасту.

Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови – без патологии.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте его
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. С какими болезнями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Необходимо ли назначение каких-либо лекарственных препаратов?
5. Методы профилактики, если они необходимы.

Задача 12.

В отделение интенсивной терапии поступил мальчик 5 лет.

Ребёнок от второй беременности, протекавшей с нефропатией, вторых срочных родов, родился с массой 4000 г, ростом 52 см.

Из анамнеза известно, что ребёнок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесённого стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребёнок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребёнка резко ухудшилось, появилась тошнота, переходящая в повторную рвоту, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость. Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжёлом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щёк и скуловых дуг. Пульс учащён до 140 ударов в минуту, АД – 75/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжён. Мочиспускание обильное.

Общий анализ крови: Нв – 135 г/л, эритроциты – $4,1 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,5 \cdot 10^9/л$; нейтрофилы: палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 50%; эозинофилы – 1%, лимфоциты – 35%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачность – слабо мутная; удельный вес – 1035, реакция – кислая; белок – нет, сахар – 10%, ацетон +++.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 28,0 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 ммоль/л.

КОС: рН – 7,1; рО₂ – 92 мм рт. ст.; рСО₂ – 33,9 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте необходимую терапию данному больному.
5. Нуждается ли больной в дальнейшем в гормональной терапии?

Ситуационная задача 13

Пациентка 17,5 лет госпитализирована в стационар с жалобами на избыточный вес, периодическую жажду, сухость во рту.

Ожирение диагностировано в возрасте 6 лет. Врачебные рекомендации относительно диеты и режима физических нагрузок не соблюдала, злоупотребляет мучными изделиями, физическая активность недостаточна. С 9 лет – артериальная [гипертензия](#), назначены ингибиторы АПФ.

Наследственность отягощена по ожирению и сахарному диабету 2 типа по линии матери.

От третьей беременности, протекавшей с осложнениями: при сроке гестации 30 недель диагностирован гестационный диабет, до наступления беременности – ожирение и артериальная [гипертензия](#). Роды вторые при сроке гестации 38 недель, вес при рождении – 3800 г, длина – 52 см. Находилась на искусственном вскармливании, в развитии от сверстников не отставала. Перенесённые заболевания: [ОРВИ](#), [ветряная оспа](#), острый тонзиллит.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Вес – 105 кг, рост – 169 см. Пропорционального телосложения, избыточного питания с равномерным отложением подкожно-жировой клетчатки. Стрии багрового цвета в области тазового пояса. Зев не гиперемирован. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Перкуторный звук над лёгкими лёгочный. Дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена. Стадия полового развития по Таннер: В5Р5. Менструации с 12 лет, регулярные. Гликемический профиль: 7:00 – 11,4 ммоль/л; 11:00 – 13,4 ммоль/л; 13:00 – 10,4 ммоль/л; 15:00 – 15,0 ммоль/л; 18:00 – 10,4 ммоль/л; 20:00 – 14,4 ммоль/л; 23:00 – 11,3 ммоль/л. HbA1c – 9,3%. С-пептид – 1483 пмоль/л (N=298-2450). Ацетон в моче – 0.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Укажите возможные осложнения ожирения.
5. Определите тактику лечения и обоснуйте её

Задача 14

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 по Таннер 1 (P1G1).

Наиболее вероятный диагноз?

Перечислите типичные клинические и лабораторные признаки заболевания.

Составить план обследования.

Дифференциальный диагноз

Терапевтическая тактика

Задача 15

На профилактическом приеме у педиатра - девочка в возрасте 1 месяца. Мама жалоб не предъявляет. Ребенок родился на 41-й неделе гестации, Мр — 4000г, Рр - 50 см, роды физиологические. К груди приложена сразу. Находится на грудном вскармливании. Кратность кормления - 6 раз в сутки, в последнее время мама девочки отмечает вялость при сосании, ребенок быстро засыпает у груди. Со слов мамы, девочка всегда была спокойной, хорошо и много спит. Стул - 1 раз в сутки: кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей.

Объективно: масса - 4600 г, рост - 52 см. Поза флексорная, на осмотр реагирует криком с низким тембром. Кожные покровы - чистые, суховатые с иктеричным оттенком. Стопы холодные. Отмечается пастозность лица. Сติгмы: широкая седловидная переносица, гипертелоризм глаз, низкое расположение ушных раковин. Живот «распластанный», слабость пупочного кольца. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, ЧСС во сне - 100 уд/мин. Живот мягкий. Печень - на 3 см ниже края реберной дуги. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Щитовидная железа не пальпируется.

1. Предполагаемый диагноз

2. Назовите формы заболевания в зависимости от времени возникновения и уровня поражения.

3. Перечислите возможные причины возникновения заболевания.

4. Что лежит в основе патогенеза заболевания?

5. Составить план обследования.

6. Перечислить основные клинические проявления заболевания.

7. Провести дифференциальный диагноз.

8. Тактика педиатра и эндокринолога.

Задача 16

Больную К., 13 лет в течение нескольких месяцев беспокоят раздражительность, утомляемость. Мама заметила «припухлость» в области шеи. Из анамнеза известно, что мама девочки прооперирована по поводу узлового зоба. Семья проживает в Хвалынском районе Саратовской области.

Объективно: Рост - 152 см, масса - 46 кг. Нормостенического телосложения. Кожные покровы теплые чистые, умеренно-влажные. Дистальный гипергидроз. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, умеренная дыхательная аритмия. ЧСС_{ср.} - 70 в мин. АД - 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Выявлено диффузное увеличение щитовидной железы 3 степени (по О.В.Николаеву). При пальпации железа мягко-эластичной консистенции, увеличена равномерно. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Формула пубертата по Таннер — 3 (РЗВЗ).

Наиболее вероятный диагноз?

Дифференциальная диагностика.

План обследования.

Терапевтическая тактика.

Назначения при показателях: рефлексометрия: Тах = 300 мсек (норма: 245-285 мсек), и гормоны: Т4 - 52 нмоль/л (норма: 60-140 нмоль/л), ТТГ - 6 МЕ/л (0,5-5,0 МЕ/л).

Задача 17

12-летняя девочка направлена к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением школьной успеваемости. Согласно записи педиатра, девочка потеряла 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 женскому типу. Пубертатная формула: по Таннер — 2 (P1B2). По данным УЗИ – щитовидная железа увеличена в объеме, однородная, пониженной эхоплотности. В крови высокий титр тиреостимулирующих антител.

Наиболее вероятный диагноз?

План обследования.

Терапевтическая тактика.

5.4 Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

Первый этап госэкзамена – оценка практических навыков.

Данный этап экзамена проводится в устной форме на базах кафедр: ГБУЗ СК «Городская детская клиническая больница имени Г.К.Филлипского» г. Ставрополя, эндокринологическое отделение и ГБУЗ СК «СККБ» эндокринологическое отделение, где выпускник, в присутствии комиссии, выполняет осмотр больного, с использованием медицинской аппаратуры и стоматологического инструментария, формулирует клинический диагноз с учетом представленных дополнительных инструментальных и лабораторных данных и назначает необходимое лечение.

Второй этап госэкзамена - тестовый контроль.

Проверка уровня теоретической подготовленности проводится с использованием технических средств и заключается в решении 40 тестовых заданий из банка тестовых заданий, на которые необходимо ответить в течение 40 минут. В каждом тестовом задании необходимо выбрать 1 (один) правильный ответ.

До, вовремя и после тестирования в помещении, где оно проводится, разрешено находиться только выпускникам и членам ГЭК, принимающим экзамен.

Выпускники не допускаются в помещение до тех пор, пока председатель, секретарь (или член) ГЭК не подтвердит готовность помещения к проведению тестирования и не укажет, где должен сидеть каждый выпускник. За пятнадцать и за пять минут до окончания тестирования председатель ГЭК извещает выпускников о количестве оставшегося времени до окончания работы. По истечении отведенного на тестирование времени выпускники обязаны прекратить выполнять работу. Факты произошедших технических сбоев должны быть зафиксированы членом ГЭК, если при техническом обслуживании приема государственного экзамена они имели место.

Третий этап госэкзамена – решение ситуационных (клинических) задач.

Обсуждение в устной форме по дисциплине участвуют несколько преподавателей, экзамен организуется в одной аудитории с организацией нескольких столов для приема экзаменов. В аудитории, где проводится экзамен в устной форме, должно одновременно находиться не более 5 ординаторов на одного преподавателя, принимающего экзамен. Предпочтительно размещение одного ординатора за одним письменным столом. Если число посадочных мест в аудитории ограничено, допускается подготовка за одним столом двух ординаторов. На подготовку к ответу ординатору в устной форме предоставляется не менее 30 минут. Номер билета, номер задачи, фиксация времени начала подготовки к ответу осуществляется секретарем экзаменационной комиссии путем записи на бланке листа подготовки к ответу экзаменуемого, данная запись скрепляется подписью секретаря. Норма времени на прием курсового экзамена в устной форме - не менее

20 минут на одного ординатора. Если в экзамене в устной форме участвуют несколько групп (подгрупп), ординаторы запускаются в экзаменационную комнату последовательно (начиная с меньшей по номеру группы).. Во время экзамена в устной форме заведующий кафедрой направляет ординаторов к экзаменаторам; он же контролирует порядок проведения экзаменов, как со стороны экзаменаторов, так и экзаменуемых. С целью уточнения оценки экзаменатор может задать не более 2-3 дополнительных вопросов, не выходящих за рамки требований рабочей программы. В ходе проведения государственного экзамена выпускнику запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещённых технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

6. Список рекомендуемой литературы

Основная литература:

1. Детская эндокринология [Текст] : учеб. / И.И. Дедов, В.А. Петеркова, О.А. Малиевский, Т.Ю. Ширяева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. (3 экз.)
2. Детская эндокринология [Электронный ресурс]: учеб. / И.И. Дедов, В.А. Петеркова, О.А. Малиевский, Т.Ю. Ширяева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438992.html>
3. Дедов, И.И. Сахарный диабет у детей и подростков [Текст]: рук. / И.И. Дедов, Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова.- 2-е изд. перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 272 с. (1экз.)

Дополнительная литература:

1. Руководство по детской эндокринологии [Текст] / под ред. Чарльза Г.Д. Брука, Розалинд С. Браун; пер. с англ. под ред. В.А. Петерковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 – 341 с. (3 экз.)
2. Мкртумян, А.М. Неотложная эндокринология [Электронный ресурс]: учеб.пособие / А.М. Мкртумян, А.А. Нелаева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 128 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970418369.html>
3. Дедов, И.И. Справочник детского эндокринолога [Электронный ресурс] / И.И. Дедов, В.А. Петеркова - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2014. – 496 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html>
4. Фармакотерапия в эндокринологии [Электронный ресурс] / Д.Е. Колода. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970406779V0003.html>
5. Болезни щитовидной железы [Электронный ресурс] / Н.А. Абрамова, П.О. Румянцев, Д.В. Липатов, Н.Ю. Свириденко, Н.А. Петунина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970406779V0011.html>
6. Шустов, С.Б. Клиническая эндокринология [Текст] / С.Б. Шустов, В.Л. Баранов, Ю.Ш. Халимов. – М. : МИА. - 2012. - 632 с. (1 экз.)
7. Мельниченко, Г.А. Эндокринология: типичные ошибки практического врача [Текст] / Г.А. Мельниченко, О.В. Удовиченко, А.Е. Шведова. – М. : Практическая медицина, 2012. – 176 с. (1 экз.)
8. Хирургические методы лечения в эндокринологии [Электронный ресурс]/ В.Э. Ванушко, Н.В. Сморок, Д.Г. Бельцевич, А.Ю. Григорьев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970406779V0006.html>
9. Репродуктивная эндокринология [Электронный ресурс]/ М.А. Геворкян, Д.А. Деркач, Т.В. Чеботникова, Р.В. Роживанов, С.Ю. Калинин, Т.В. Семичева, Я.З. Зайдиева -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970406779V0015.html>