

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

_____ Е.В. Коновалова

15 июня 2023 г., протокол УМС №5

Детская эндокринология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Детских болезней**

Учебный план о310819-Педиат-23-1.plx
31.08.19 Педиатрия

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72

в том числе:

аудиторные занятия 32

самостоятельная работа 40

Виды контроля в семестрах:
зачеты 2

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	2 (1.2)		Итого	
	уп	рп	уп	рп
Неделя	15 1/6			
Вид занятий	уп	рп	уп	рп
Лекции	6	6	6	6
Практические	26	26	26	26
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная работа	32	32	32	32
Сам. работа	40	40	40	40
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Теляков А.А.

Рабочая программа дисциплины

Детская эндокринология

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт по направлению высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия, утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 09.01.2023 г. № 9.

составлена на основании учебного плана:

31.08.19 Педиатрия

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 15.06.2023 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Детских болезней

Зав. кафедрой Зав. кафедрой д.м.н., профессор В. В. Мещеряков

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Цель освоения дисциплины детская эндокринология — подготовка квалифицированного врача-специалиста Педиатра, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях специализированной, в том числе неотложной и высокотехнологичной медицинской помощи.
-----	---

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	ФТД.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Детские инфекции
2.1.2	Педагогика
2.1.3	Патология
2.1.4	Неонатология
2.1.5	Неотложные состояния в педиатрии
2.1.6	Социально - психологические основы профессиональной деятельности
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Производственная (клиническая) практика

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-2.1: Осуществляет проведение специализированного обследования детей при заболеваниях и (или) состояниях детского возраста с целью установления диагноза и определения функционального статуса

Знать:

Уровень 1 -

ПК-2.2: Осуществляет назначение лечения детей при заболеваниях и (или) состояниях детского возраста, контроль его эффективности и безопасности

Знать:

Уровень 1 -

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	– основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений органов здравоохранения;
3.1.2	– организацию эндокринологической помощи в стране, организацию скорой и неотложной помощи;
3.1.3	– теоретические основы избранной специальности;
3.1.4	– строение, физиологию и патофизиологию желез внутренней секреции, их взаимоотношение с другими органами и системами организма;
3.1.5	– клинические проявления основных эндокринологических синдромов и симптомов;
3.1.6	– дифференциальную диагностику с наиболее часто встречающимися заболеваниями;
3.1.7	– основы фармакотерапии в эндокринологии;
3.1.8	– вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, МСЭЖ в эндокринологии;
3.1.9	– основы трудового законодательства;
3.1.10	– правила внутреннего трудового распорядка;
3.1.11	– правила по охране труда и пожарной безопасности.
3.1.12	– основы юридического права в эндокринологии.
3.2	Уметь:
3.2.1	– получить информацию о заболевании,
3.2.2	– выявить факторы риска развития основных эндокринных заболеваний и организовать меры профилактики,
3.2.3	– применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания или его осложнений,
3.2.4	– провести всестороннее клиническое обследование больного и на этом основании определить диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, необходимое дополнительное обследование (консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования);
3.2.5	– оценить данные лабораторных, рентгенологических, эндоскопических методов исследования,

3.2.6	– определить показания к госпитализации,
3.2.7	– поставить предварительный диагноз - синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, её вызывающих;
3.2.8	– оказать срочную помощь при неотложных состояниях,
3.2.9	– подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией,
3.2.10	– вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями,
3.2.11	– проводить диспансеризацию и оценивать ее эффективность,
3.2.12	– решать вопрос о трудоспособности больного,
3.2.13	– проводить анализ деятельности лечебно-профилактического учреждения.
3.3	Владеть:
3.3.1	– правильным ведением медицинской документации;
3.3.2	– методами общеклинического обследования;
3.3.3	– интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
3.3.4	– алгоритмом развернутого клинического диагноза;
3.3.5	– алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;
3.3.6	– осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних форм эндокринных заболеваний и их факторов риска возникновения;
3.3.7	– проведение санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового образа жизни,
3.3.8	– методикой расчета показателей медицинской статистики.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Примечание
	Раздел 1. Нейроэндокринология Нейроэндокринная регуляция жизнедеятельности организма.					
1.1	Нейроэндокринология Нейроэндокринная регуляция жизнедеятельности организма. /Лек/	2	2	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8	
1.2	Достижения современной эндокринологии и перспективы её дальнейшего развития. Нейроэндокринная регуляция жизнедеятельности организма. Методы исследования эндокринных желёз	2	4	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8	
1.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов, презентаций, литературного обзора /Ср/	2	6	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8	
	Раздел 2. Заболевания половых желёз Мужской гипогонадизм. Женский гипогонадизм					
2.1	Понятия «первичный и вторичный», «гипергонадотропный и гипогонадотропный» гипогонадизм, клиника, принципы дифференциальной диагностики видов гипогонадизма, конституциональной задержки полового развития; принципы лечения /Пр/	2	4	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8	

2.2	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов, презентаций, литературного обзора /Ср/	2	6	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8
Раздел 3. Заболевания надпочечников. Опухоли коры надпочечников (глюкостерома, синдром Конна, андростерома, эстрома, смешанные опухоли, инциденталомы) Феохромоцитома					
3.1	Гормонально-активные опухоли коры надпочечников, исходящие из пучковой, клубочковой и сетчатой зон. Классификация опухолей надпочечников по Николаеву, патогенез клинических симптомов, методы диагностики, дифференциальная диагностика, способы лечения. Определение феохромоцитомы, распространённость заболевания, клинические формы и их проявления, методы диагностики, дифференциальная диагностика с эссенциальной гипертензией, способы купирования катехоламинового криза. Инциденталомы /Пр/	2	4	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8
3.2	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов, презентаций, литературного обзора /Ср/	2	6	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8
Раздел 4. Ожирение. Экзогенно- конституциональное ожирение.					
4.1	Ожирение. Этиология, классификация. Гипоталамо-гипофизарное и вторичные формы ожирения. Современные подходы к терапии /Лек/	2	2	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8
4.2	Жировая ткань, как эндокринный орган, регуляция жирового обмена. Определение ожирения, медико- социальные аспекты ожирения. Современная классификация ожирения. Метаболический синдром. Вопросы этиологии и патогенеза, клиники и диагностики ожирения, цели и принципы лечения: основы рационального питания, фармакотерапия, хирургические методы лечения (4 часа). /Пр/	2	4	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8
4.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов, презентаций, литературного обзора /Ср/	2	6	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8
Раздел 5. Диабетология Эпидемиология сахарного диабета.					

5.1	Эпидемиология сахарного диабета. Этиология и патогенез сахарного диабета Строение инсулина, механизм действия, основные биологические эффекты, важнейшие этиологические факторы и патогенетические звенья СД 1-го и 2-го типов. Инсулинотерапия, самоконтроль. Критерии компенсации СД. Современные подходы к диагностике и ведению детей и подростков с СД 2 типа /Пр/	2	6	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8
5.2	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов, презентаций, литературного обзора /Ср/	2	8	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8
Раздел 6. Заболевания щитовидной железы Синдром гипотиреоза заболевания.					
6.1	Методы оценки дефицита йода. Классификация йод-дефицитных состояний по степени тяжести. Лечение: препараты йода, использование тиреоидных гормонов, показания к хирургическому лечению. Профилактика /Лек/	2	2	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8
6.2	Эндемический зоб. Классификация по этиологии и степени тяжести. Патоморфология. Клинические синдромы. Диагностика. Лечение. Диспансеризация. Гипотиреоидная кома /Пр/	2	4	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8
6.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов, презентаций, литературного обзора /Ср/	2	8	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

5.1. Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Представлены отдельным документом

5.2. Оценочные материалы для диагностического тестирования

Представлены отдельным документом

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Окороков, А. Н.	Неотложная эндокринология	Москва: Медицинская литература, 2018, http://www.iprbookshop.ru/75514.html	1

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.2	Дедов И.И., Петеркова В.А., Малиевский О.А., Ширяева Т.Ю.	Детская эндокринология: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html	2
Л1.3	Самойлова Ю.Г., Олейник О.А.	Клиническая эндокринология детей и подростков: В 2 частях. Часть 1	Москва: ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2022, http://znanium.com/catalog/document?id=389679	1
Л1.4	Дедов И. И., Петеркова В. А., Малиевский О. А., Ширяева Т. Ю.	Детская эндокринология: учебник для использования в учебном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по специальностям 31.05.01 "Лечебное дело", 31.05.02 "Педиатрия"	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022	1

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Самойлова Ю.Г., Олейник О.А.	Клиническая эндокринология детей и подростков: Учебное пособие	Москва: ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2021, http://znanium.com/catalog/document?id=382109	1

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Гирш Я. В.	Детская эндокринология: методические рекомендации к практическим занятиям	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2019, https://elibr.surgu.ru/local/umr/462	1
Л3.2		ЭНДОКРИНОЛОГИЯ. Журнал для непрерывного медицинского образования врачей, № 1 (30), 2020. Том 9: научный журнал	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020, https://www.studentlibrary.ru/book/J2020-ENDO-2020-01.html	1
Л3.3	Бэскин Г. Д.	Ультразвуковое исследование щитовидной железы	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019	0

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Проблемы эндокринологии
Э2	Сахарный диабет
Э3	Ожирение и метаболизм
Э4	Клиническая и экспериментальная тиреоидология
Э5	Medline
Э6	Monomed. Медицинский справочник
Э7	Русский медицинский журнал.
Э8	«Consilium medicum»

6.3.1 Перечень программного обеспечения

6.3.1.1	Пакет прикладных программ Microsoft Office
---------	--

6.3.2 Перечень информационных справочных систем

6.3.2.1	"Гарант", "консультант - плюс", "консультант - регион"
---------	--

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	1. Учебные комнаты кафедры детских болезней (детский корпус Сургутской городской клинической больницы) с оборудованием:
7.2	- проектор,
7.3	- ноутбук,
7.4	- фотоаппарат,
7.5	- персональные компьютеры.
7.6	2. Педиатрическое отделение №1, №2 (детский корпус Сургутской городской клинической больницы)
7.7	3. Клинические лаборатории и диагностические отделения Сургутской городской клинической больницы
7.8	4. Сургутская клиническая городская поликлиника №1, №2, №5
7.9	5. Симуляционный класс «Педиатрия» оснащён фантомами, муляжами детей разного возраста, симуляторами новорожденного, грудного ребёнка и подростка с компьютерными программами различных неотложных ситуаций
7.10	6. Анатомический зал СурГУ
7.11	7. Электронно-библиотечная система СурГУ и электронная информационно-образовательная среда.

Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Детская эндокринология

Код, направление подготовки	31.08.19 Педиатрия
Направленность (профиль)	-
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Детских болезней
Выпускающая кафедра	Детских болезней

Типовые контрольные задания, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы
ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

Раздел 1.2.

1) Вопросы к занятию:

1. Особенности структуры и функции эндокринной системы, единство нейро-эндокринной системы регуляции жизнедеятельности организма, принципы прямой и обратной связи регуляции в системе гипоталамус-гипофиз-периферическая эндокринная железа
2. Гормоны аденогипофиза и нейрогипофиза: биологические эффекты, регуляция синтеза и секреции. Синдромы Шиена и Симмондса.
3. Этиологические факторы: неактивные аденомы гипофиза, синдром «пустого» турецкого седла. Принципы заместительной гормональной терапии
4. Определение болезни Иценко-Кушинга, этиологические факторы болезни, основные звенья патогенеза, дифференциальная диагностика.

Раздел 2.1

1) Вопросы к занятию:

1. Анатомо-физиологические особенности половых желез и нормальное половое развитие девочек. Женские половые гормоны.
2. Эндокринные нарушения половых желез у девочек. Недостаточность гонад у девочек, связанные с их инфекционным поражением и недостаточным развитием.
3. Заболевания, связанные с гиперфункцией яичников (гормонально-активные опухоли яичников, гиперфункция яичников при преждевременном половом развитии церебрального генеза).
4. Врожденные дефекты яичников. Генетически обусловленные дефекты развития яичников (синдром Шершевского-Тернера). Клиника, диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение.
5. Анатомо-физиологические особенности половых желез и нормальное половое развитие мальчиков. Мужские половые гормоны.
6. Эндокринные нарушения половых желез у мальчиков. Гипофункция яичек (синдром анорхизма).
7. Гиперфункция яичек (гормональноактивные опухоли яичек;
8. гиперфункция мужских половых желез при преждевременном половом развитии церебрального генеза).
9. Врожденные нарушения эндокринной функции яичек.
 - Синдром Клейнфельтера. Клиника, диагностика, лечение.
 - Нарушение эндокринной функции яичек, связанные с неправильным эмбриогенезом (крипторхизм, клиника, лечение).
10. Интерессексуализм (гермафродитизм) и некоторые редкие формы аномалий полового развития у детей.
 - истинный гермафродитизм, клиника, диагностика, лечение;
 - ложный гермафродитизм (женский псевдогермафродитизм и мужской псевдогермафродитизм). Диагностика, лечение;
 - дисгенезия гонад;

- синдром тестикулярной феминизации (вариант ложного мужского гермафродитизма).

Раздел 3.1

1) Вопросы к занятию:

1. Анатомо-физиологические особенности надпочечников у детей.
 - a. - физиология коры надпочечников
 - b. - возрастные особенности функционирования коры надпочечников
 - c. - метаболизм гормонов коры надпочечников
 - d. - физиологическая функция мозгового слоя надпочечников
 - e. - система гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников
2. Методы исследования функционального состояния надпочечников
 - a) изучение глюкокортикоидной функции:
 - b. - определение кортикостероидов в крови и моче
 - c. - пробы с нагрузкой АКТГ
 - d. - пробы с нагрузкой углеводами
 - e. б) изучение минералокортикоидной функции:
 - определение минералокортикоидов в крови и моче
 - проба с нагрузкой калием
 - проба с водной нагрузкой
 - проба с лишением поваренной соли
 - f. в) методы, основанные на изучении нарушения выделения андрогенов:
 - определение 17 -КС и их фракций
3. Гиперфункция коры надпочечников: синдром Кушинга; андростерома; гиперальдостеронизм (б-нь Конна).
4. Гипофункция коры надпочечников: - острая недостаточность коры надпочечников; - хроническая недостаточность коры надпочечников (б-нь Аддисона).
5. Врожденная дисфункция коры надпочечников: - этиология и патогенез; клинические формы; диагноз и дифференциальный диагноз; принципы лечения; особенности лечения отдельных форм.

Раздел 4.2

1) Вопросы к занятию:

1. Физиология и патофизиология жирового обмена у детей:
 - анатомо-физиологические особенности жировой ткани;
 - процессы переваривания и всасывания липидов;
 - взаимосвязь всех видов обмена;
 - нарушение жирового обмена;
2. Классификация ожирения у детей;
3. Этиология и патогенез ожирения у детей:
 - значение алиментарных факторов;
 - влияние наследственно-конституциональных факторов;
 - влияние пола, возраста, образа жизни;
 - роль нарушений функций гипоталамических центров, эндокринных желез;
4. Клиническая симптоматика и особенности деятельности органов и систем при ожирении;
5. Дифференциальная диагностика различных форм ожирения (конституционально-экзогенное, алиментарное, гипоталамическое, с-м Иценко-Кушинга, адипозогенитальная дистрофия, с-м Прадера-Вилли, с-м Барде-Бидля);

Раздел 5.1

1) Вопросы к занятию:

1. Строение, биосинтез, метаболизм инсулина, его влияние на все виды обменов веществ. Особенности обмена веществ при сахарном диабете. Понятие об абсолютной и относительной инсулиновой недостаточности.
2. Этиология и патогенез СД у детей. Актуальность проблемы в детском возрасте. Стадии развития СД, их диагностика.
3. Клиническая картина впервые выявленного СД. Особенности клинической картины в различные возрастных группах: ранний возраст, пубертатный период, беременность.
4. Причины и механизмы развития сосудистых осложнений при СД. Особенности клиники диабетической нефропатии, гепатопатии, ретинопатии, остеоартропатии, нейропатии, кардиопатии, катаракты.
5. Лабораторная и инструментальная диагностика СД. Диагностика сосудистых осложнений.
6. Дифференциальная диагностика СД (несахарный диабет, почечный диабет, глистные инвазии, кишечные инфекции).
7. Общие принципы лечения больных СД. Инсулинотерапия. Организация лечебного питания. Система хлебных единиц. Фитотерапия. Физические нагрузки при СД.
8. Коматозные состояния при СД у детей. Неотложная помощь.
9. Принципы диспансеризации.

Раздел 6.2

1) Вопросы к занятию:

1. Анатомо-физиологические особенности щитовидной железы у детей:
 - строение щитовидной железы, варианты ее расположения;
 - кровоснабжение щитовидной железы;
 - гормоны щитовидной железы, их физиологическое действие.
2. Этиология и патогенез заболеваний ЩЖ:
 - наследственность; - инфекция; - острая, хроническая психическая травма;
 - воспалительные процессы в щитовидной железе; - значение аутоиммунных механизмов; - нарушение функциональной взаимосвязи между гипоталамо-гипофизарной системой и щитовидной железой.
3. Этапы развития, клиническая картина, механизмы основных симптомов ДТЗ у детей: - изменения со стороны нервной системы и психики; - глазные симптомы; - степени увеличения щитовидной железы; - изменения сердечно-сосудистой системы; - изменения со стороны органов пищеварения, обмена веществ, периферической крови; - физическое развитие детей, больных диффузным токсическим зобом; - тиреотоксический криз и эутиреоидное состояние.
4. Диагноз и дифференциальный диагноз ДТЗ.
5. Лабораторные и инструментальные методы исследования щитовидной железы:
 - определение основного обмена;
 - определение уровня Т3, Т4, ТТГ, антитиреоидных антител;
 - УЗИ щитовидной железы;
 - сканирование;
 - определение холестерина крови; - тонкоигольная пункционная биопсия ЩЖ; - ЭКГ.
6. Лечение диффузного токсического зоба у детей:
 - режим (покой физический, психический);
 - антитиреоидные препараты (мерказолил);
 - седативные средства;
 - В-адреноблокаторы;
 - показания к оперативному лечению, предоперационная подготовка.
7. Диспансеризация больных с ДТЗ.
8. Этиология, патогенез гипотиреоза у детей, классификация причин гипотиреоза.
9. Клиника врожденного гипотиреоза.
10. Дифференциальный диагноз врожденного гипотиреоза (рахит, болезнь Дауна, хондродистрофии, ВПС).
11. Клиника приобретенного гипотиреоза. Аутоиммунный тиреоидит.
12. Дифференциальный диагноз приобретенного гипотиреоза (миокардит, патология ЖКТ, нефропатия, ВСД).
13. Заместительное лечение при гипотиреозе, АИТ, симптоматическая терапия.
14. Диспансеризация.

Ситуационные задачи

Раздел 4.2

Задача №1

Юра Ф., 14 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье много употребляют сладкого, жирного, мучных изделий.

Ребенок от 2-й беременности, 2-е роды в срок, без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см.

Осмотр: рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно равномерно. На плечах и бедрах стрии красного цвета. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 75 уд/мин, дыхание 19 в 1 минуту. АД 145/90 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +2 см. Щитовидная железа не увеличена. Вторичные половые признаки отсутствуют.

Гемограмма: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $5,5 \times 10^9$ /л, п/ядерные 1%, с/ядерные 52%, эозинофилы 5%, лимфоциты 37%, моноциты 5%, СОЭ 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - хорошая, удельный вес 1015, реакция - кислая, белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: натрий 137,0 ммоль/л, калий 5,1 ммоль/л, общий белок 65,0 г/л, холестерин 7,6 ммоль/л.

Тест толерантности к глюкозе: глюкоза натощак 3,9 ммоль/л, через 2 часа - 4,8 ммоль/л.

ЭКГ: нормальное положение ЭОС, синусовый ритм.

УЗИ желудочно-кишечного тракта: размеры печени - увеличены, паренхима неоднородная.

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Обоснуйте принципы терапии
5. Прогноз течения данного заболевания?

б. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача 2

Мальчик 14 лет. Жалуется на головные боли, утомляемость, жажду, увеличение массы тела. Аппетит повышен. Диету не соблюдает. Физическая активность минимальная. Из анамнеза известно, что с рождения ребенок был с преобладанием массы тела, с 7-го класса отмечается значительное увеличение массы тела. Наследственность: мать – ожирение 2 степени, гипертоническая болезнь, отец – ожирение 3 степени, сахарный диабет 2 тип.

Объективно: мальчик повышенного питания, масса тела 103 кг, рост 167 см, ИМТ=38,5, окружность талии 118 см. Отложение подкожно-жировой клетчатки неравномерное, преимущественно в области живота. Кожа сухая, отмечается выраженная пастозность голеней, стоп, передней брюшной стенки. Дермографизм красный, разлитой. АД = 145/85 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, функциональный шум на верхушке. Стул не регулярный, 1 раз в 2-3 дня.

Общий анализ крови: Нв - 138 г/л; Эр - $4,9 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,9; Лейк - $6,3 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с - 21%, э - 1%, л - 70%, м - 4%, СОЭ - 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного.

Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, холестерин - 7,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 143 ммоль/л, кальций - 1,8 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 180 (норма - до 200).

Сахар крови натощак 6,7 ммоль/л.

Задание

- 1) Предварительный диагноз;
- 2) Проведите оценку физического развития;
- 3) Необходимые лабораторные и инструментальные исследования;
- 4) Дифференциальная диагностика форм ожирения;
- 5) Патогенез повышения АД у пациента;
- 3) Основные подходы к терапии.

Ответы к ситуационным задачам.

Задача 1.

Ожирение III степени, экзогенно-конституциональная форма, неосложненная

Задача 2. Метаболический синдром: ожирение 3 ст., артериальная гипертензия, нарушение углеводного и жирового обмена.

Раздел 5.1

Задача №1

Больной М., 13 лет, доставлен в больницу в коматозном состоянии. Из анамнеза известно, что ребенок болеет сахарным диабетом в течение 4 лет. Получает инсулин: актрапид 16 ЕД, протафан 14 ЕД в сутки.

Утром после очередной инъекции инсулина из-за болей в животе, тошноты ребенок отказался от еды. Через час состояние больного резко ухудшилось, появились слабость, сонливость, чувство страха, потливость, тремор рук, затем ребенок потерял сознание, появились судороги мышц конечностей. Машиной скорой помощи доставлен в приемное отделение.

Объективно: сознание отсутствует. Кожные покровы влажные. Тризм жевательной мускулатуры. Тонико-клонические судороги мышц конечностей. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе не определяется. Тоны сердца приглушены, ЧСС 80 в минуту. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень и селезенка не пальпируются. Сухожильные рефлексы оживлены. Менингеальные знаки отрицательные.

Гликемия: 1,5 ммоль/л.

Задание:

1. Оцените результаты клиники и дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие виды коматозных состояний встречаются при сахарном диабете?
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Укажите причину развития комы у данного больного.
6. Окажите неотложную помощь.
7. Какие осложнения возможны при развитии данного вида комы ?
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №2

Алеша М., 5 лет. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов, родился с массой 3500 г, рост 52 см.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного ОРЗ в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. В течение последних дней состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, многократная рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания. Дыхание шумное, глубокое (типа Куссмауля). Сухожильные рефлексы снижены. Кожные покровы сухие. Тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочиспускание обильное.

Гемограмма: гемоглобин 135 г/л, эритроциты $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $12,5 \times 10^9$ /л, п/ядерные 4%, с/ядерные 50%, эозинофилы 1%, лимфоциты 35%, моноциты 10%, СОЭ 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - слабо мутная; удельный вес 1035, реакция кислая, белок - нет, сахар +++++, ацетон +++++.

Биохимический анализ крови: глюкоза 22,0 ммоль/л, натрий 132,0 ммоль/л, калий 3,2 ммоль/л, общий белок 72 г/л, холестерин 5,0 ммоль/л.

КОС: рН 7,1, ВЕ -18,0 мэкв/л, рО₂ 92 мм рт.ст., рСО₂ 33,9 мм рт.ст.

Задание:

1. Оцените результаты клиники и дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Составьте план неотложной терапии и мониторинга для данного ребенка.
5. Какие осложнения могут возникнуть при данном состоянии и в процессе неотложной терапии ?
6. Укажите принципы лечения ребенка после выведения из комы.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ответы к ситуационным задачам.

Задача 1. Сахарный диабет, 1 тип, стадия декомпенсации, осл.: гипогликемическая кома.

Задача 2. Сахарный диабет I типа, кетоацидотическая кома.

Раздел 6.2

Задача №1

Света К., 1 год 8 месяцев. Девочка от 2-й беременности, 2 срочных родов. При рождении масса тела 3800 г, рост 52 см. Мама ребенка на 2-м месяце беременности перенесла грипп. Первая беременность окончилась рождением здорового ребенка. Анализ крови по программе неонатального скрининга взят на 4-й день жизни. Из родильного дома выписана на 12-е сутки. В период новорожденности у девочки отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. В 20-дневном возрасте ребенок вызван в медико-генетический кабинет в связи с изменениями в анализе крови (тиреотропный гормон 172 мМЕ/л при норме < 20 мМЕ/л).

При осмотре в возрасте 20 дней состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах ("лягушачий" в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота, пупочная грыжа. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в 3-4 дня.

Гемограмма: гемоглобин 95 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,9, лейкоциты $7,0 \times 10^9$ /л, п/ядерные 3%, с/ядерные 30%, эозинофилы 1%, лимфоциты 57%, моноциты 8%, СОЭ 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – хорошая, удельный вес 1015, реакция – кислая, белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: глюкоза 3,2 ммоль/л, натрий 138,0 ммоль/л, калий 4,9 ммоль/л, общий белок 60,2 г/л, холестерин 7,4 ммоль/л, билирубин общий 12,5 мкмоль/л.

Задание:

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Объясните патогенез выявленных синдромов у больного.
5. Какое обследование необходимо провести ребенку для верификации диагноза ?
6. Каков прогноз физического и нервно-психического развития ребенка ?
7. Назначьте лечение.
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №2

Больная Д., 15 лет. Жалобы на сердцебиение, вспыльчивость, раздражительность, плохой сон, похудание, потливость, изменившийся почерк.

Анамнез заболевания: перечисленные жалобы появились 3 месяца назад, однако к врачу не обращались.

Объективно: состояние средней тяжести. Рос 162 см, масса 54 кг. Диффузный гипергидроз, кожные покровы теплые на ощупь. Отмечается умеренный экзофтальм, блеск глаз, гиперпигментация век. Тремор пальцев рук. Щитовидная железа заметна при осмотре, плотноватой консистенции. Над легкими везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены. Пульс удовлетворительных свойств. Тоны сердца ритмичные, громкие. ЧСС 140 в минуту, АД 130/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Гормональный статус: Т₃ 4,7 нмоль/л (норма 1,2-1,9), свободный Т₄ 64,5 нмоль/л (норма 10-25), ТТГ 0,1 мкЕД/л (норма 0,5-3,5), антитела к тиреоглобулину 250 МЕ/л (норма <100 МЕ/л), антитела к микросомальной фракции тиреоцитов 372 МЕ/мл (норма < 30 МЕ/мл).

УЗИ щитовидной железы: объем щитовидной железы 28 мл (в норме <14 мл), структура неоднородная, кровоток усилен.

Задание:

1. Оцените результаты клиники и дополнительных методов исследования.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Укажите показания к оперативному лечению.
6. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде ?
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ответы к ситуационным задачам.

Задача 1. Врожденный гипотиреоз.

Задача 2. Диффузный токсический зоб II степени, тиреотоксикоз средней тяжести.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела 1-6 (свободный выбор темы).

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

Раздел 7.1

Контрольная работа.

Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов 1-6.

Раздел 7.2.

Зачет.

Вопросы промежуточного контроля.

Теоретические вопросы к зачету.

1. Гормоны аденогипофиза и нейрогипофиза: биологические эффекты, регуляция синтеза и секреции. Синдромы Шиена и Симмондса.
2. Этиологические факторы: неактивные аденомы гипофиза, синдром «пустого» турецкого седла. Принципы заместительной гормональной терапии
3. Определение болезни Иценко-Кушинга, этиологические факторы болезни, основные звенья патогенеза, дифференциальная диагностика.
4. Эндокринные нарушения половых желез у девочек. Недостаточность гонад у девочек, связанные с их инфекционным поражением и недостаточным развитием.
5. Заболевания, связанные с гиперфункцией яичников (гормонально-активные опухоли яичников, гиперфункция яичников при преждевременном половом развитии церебрального генеза).
6. Врожденные дефекты яичников. Генетически обусловленные дефекты развития яичников (синдром Шершевского-Тернера). Клиника, диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение.
7. Эндокринные нарушения половых желез у мальчиков. Гипофункция яичек (синдром анорхизма).
8. Гиперфункция яичек (гормональноактивные опухоли яичек; гиперфункция мужских половых желез при преждевременном половом развитии церебрального генеза).
9. Врожденные нарушения эндокринной функции яичек.
10. Интерсексуализм (гермафродитизм) и некоторые редкие формы аномалий полового развития у детей.
11. Гиперфункция коры надпочечников: синдром Кушинга; андростерома; гиперальдостеронизм (б-нь Конна).
12. Гипофункция коры надпочечников: - острая недостаточность коры надпочечников; - хроническая недостаточность коры надпочечников (болезнь Аддисона).
13. Врожденная дисфункция коры надпочечников: - этиология и патогенез; клинические формы; диагноз и дифференциальный диагноз; принципы лечения; особенности лечения отдельных форм.
14. Этиология и патогенез ожирения у детей. Классификация ожирения у детей. Клиническая симптоматика и особенности деятельности органов и систем при ожирении. Дифференциальная диагностика различных форм ожирения (конституционально-экзогенное, алиментарное, гипоталамическое, с-м Иценко-Кушинга, адипозогенитальная дистрофия, с-м Прадера-Вилли, с-м Барде-Бидля).
15. Этиология и патогенез СД у детей. Актуальность проблемы в детском возрасте. Стадии развития СД, их диагностика. Клиническая картина впервые выявленного СД. Особенности клинической картины в различные возрастных группах: ранний возраст, пубертатный период, беременность.
16. Причины и механизмы развития сосудистых осложнений при СД. Особенности клиники диабетической нефропатии, гепатопатии, ретинопатии, остеоартропатии, нейропатии, кардиопатии, катаракты.
17. Лабораторная и инструментальная диагностика СД. Диагностика сосудистых осложнений. Дифференциальная диагностика СД (несахарный диабет, почечный диабет, глистные инвазии, кишечные инфекции).
18. Общие принципы лечения больных СД. Инсулинотерапия. Организация лечебного питания. Система хлебных единиц. Фитотерапия. Физические нагрузки при СД.
19. Коматозные состояния при СД у детей. Неотложная помощь.

20. Этапы развития, клиническая картина, механизмы основных симптомов ДТЗ у детей. Диагноз и дифференциальный диагноз ДТЗ. Лабораторные и инструментальные методы исследования щитовидной железы. Лечение диффузного токсического зоба у детей: Диспансеризация больных с ДТЗ.
21. Этиология, патогенез гипотиреоза у детей, классификация причин гипотиреоза. Клиника врожденного гипотиреоза. Дифференциальный диагноз врожденного гипотиреоза (рахит, болезнь Дауна, хондродистрофия, ВПС). Клиника приобретенного гипотиреоза. Аутоиммунный тиреоидит. Дифференциальный диагноз приобретенного гипотиреоза (миокардит, патология ЖКТ, нефропатия, ВСД). Заместительное лечение при гипотиреозе, АИТ, симптоматическая терапия. Диспансеризация.

Раздел 7.2.

Зачет.

Вопросы тестового контроля.

1. Возможными факторами формирования синдрома «пустого» турецкого седла являются все, кроме:

- А. Врожденная несостоятельность диафрагмы турецкого седла
- Б. Повышение внутричерепного давления
- В. Агонисты допамина
- Г. Оперативные вмешательства
- Д. Мужской пол

2. Характерная клиническая симптоматика при гиперпролактинемическом гипогонадизме включает всё, кроме:

- А. Галакторея
- Б. Нарушения менструального цикла
- В. Бесплодие
- Г. Прибавка массы тела
- Д. Вирильный синдром

3. Вторичный гипотиреоз характеризуется:

- А. Стойким повышением уровня ТТГ
- Б. Зобом
- В. Сниженным уровнем тиреоидных гормонов
- Г. Первичным гипогонадизмом
- Д. Наличием увеличения уровня тироксин- связывающего глобулина

4. К типичным проявлениям подострого тиреоидита относятся:

- А. Выраженный болевой синдром
- Б. Лихорадка
- В. Ускорение СОЭ
- Г. Быстрое улучшение состояния при назначении преднизолона
- Д. Всё перечисленное

5. При выведении из диабетического кетоацидоза инфузионную терапию начинают с внутривенного введения:

- А. Изотонического раствора (0,9%) хлорида натрия
- Б. Гипотонического раствора (0,45%) хлорида натрия
- В. Реополиглюкина
- Г. Гемодеза
- Д. 5% раствора глюкозы

6. Какой из сахароснижающих препаратов снижает инсулинорезистентность?

- А. Манинил
- Б. Сиофор
- В. Глюренорм
- Г. Новонорм
- Д. Диабетон МВ

7. Триада Уиппла включает все, кроме:

- А. Возникновение приступов спонтанной гипогликемии натощак
- Б. Падение во время приступа уровня глюкозы плазмы ниже 2,5 ммоль/л
- В. Купирование приступа внутривенным введением глюкозы или приемом сахара per os
- Г. Развитие постпрандиальной гипогликемии
- Д. Потеря сознания

8. Какие препараты не используются для купирования адреналового криза при феохромоцитоме?

- А. Тропафен

- Б.Фентоламин
- В.Нитропруссид натрия
- Г. Солукортеф
- Д.Доксазозин

9. Причиной вторичного гиперпаратиреоза может быть всё, кроме:

- А.Нарушение всасывания кальция в кишечнике
- Б.Сердечная недостаточность
- В.Хроническая почечная недостаточность
- Г. Дефицит витамина Д
- Д. Злоупотребление слабительными

10. Клинические симптомы, характерные для экзогенно-конституционального ожирения включая всё, кроме:

- А. Диспластическое ожирение, нарушение полового развития
- Б. Равномерное распределение жира, гипертензия
- В. Равномерное распределение жира, гиперпигментация кожи
- Г. Постепенное нарастание массы тела
- Д. Все вышеперечисленное

11. Основной метод лечения при гиперпролактинемическом гипогонадизме:

- А. Медикаментозная терапия агонистами дофамина
- Б. Хирургическое лечение
- В.Лучевая терапия
- Г. Циклическая терапия эстроген-гестагенными препаратами
- Д.Терапия гонадотропинами

12. Какие из перечисленных гормонов не образуются в аденогипофизе?

- А. Фолликулостимулирующий гормон
- Б. Вазопрессин
- В. Пролактин
- Г. Лютеинизирующий гормон
- Д. Тироксин

13. Девушка 16 лет предъявляет жалобы на недомогание, лихорадку, боль в горле и в области шеи с иррадиацией в нижнюю челюсть. Все это в течение 7 дней сопровождалось повышенной нервозностью, потливостью, потерей веса. При обследовании: ЩЖ умеренно увеличена, ограниченно болезненна при пальпации. В анализе крови СОЭ – 64 мм/час. Каков наиболее вероятный диагноз?

- А. Диффузный токсический зоб
- Б. Подострый тиреоидит
- В. Узловой зоб
- Г. Хронический аутоиммунный тиреоидит
- Д. Острый гнойный тиреоидит

14. Для первичного гипотиреоза характерно все, кроме:

- А. Снижение уровней св.Т4
- Б. Снижение уровня ТТГ
- В. Повышение уровня ТТГ
- Г.СнижениеТз- свободного
- Д. Снижение Тз-общего

15. Для гестационного сахарного диабета характерно всё, кроме:

- А. Манифестирует во 3-ем триместре
- Б. Манифестирует кетоацидотическим состоянием
- В. Проходит после родоразрешения
- Г. Возникает чаще у пациенток с избыточной массой тела
- Д. В дальнейшем – риск развития СД 2

16. Наиболее активным инсулинстимулирующим действием обладает:

- А. Диабетон МВ
- Б. Акарбоза
- В. Глюренорм
- Г. Манинил
- Д. Актос

17. Для диагностики феохромоцитомы используется всё, кроме:

- А.Определение суточной экскреции катехоламинов и ВМК
- Б.Компьютерная томография надпочечников
- В.Сцинтиграфия с мета-¹³¹J-бензилгуанидином

- Г. Определение уровня норметанефрина и метанефрина
- Д. Определение 17-ОПГ

18. При каких формах гиперпаратиреоза не обнаруживаются автономные аденомы околощитовидных желез?

- А. Первичный гиперпаратиреоз
- Б. Вторичный гиперпаратиреоз
- В. Третичный гиперпаратиреоз
- Г. Гиперпаратиреоз в составе МЭН 1
- Д. Гиперпаратиреоз в составе МЭН 2

19. При лечении гиперпаратиреозного криза используется всё, кроме:

- А. Форсированный диурез
- Б. Кальцитонин
- В. Глюкокортикоиды
- Г. Митрамицин
- Д. Бифосфонаты

20. Для нервной анорексии характерно всё, кроме:

- А. Нарушения психики
- Б. Нарушения менструального цикла
- В. Молодой возраст пациенток
- Г. Выраженная потеря веса тела
- Д. Высокий уровень ФСГ

21. Какой гормон продуцируется ацидофильными клетками передней доли гипофиза:

- А. АКТГ
- Б. Вазопрессин
- В. ФСГ
- Г. ТТГ
- Д. СТГ

22. Для дифференциальной диагностики болезни и синдрома Иценко-Кушинга используется:

- А. Маршевая проба
- Б. Малая дексаметазоновая проба
- В. Короткий синактеновый тест
- Г. Большая дексаметазоновая проба
- Д. Определение суточной экскреции катехоламинов и ВМК

23. Исследование уровня тиреоглобулина оправдано в следующих ситуациях:

- А. При дифференциальной диагностике между эссенциальным и ятрогенным тиреотоксикозом
- Б. При уточнении показаний к скинтиграфии всего тела
- В. При диагностике рецидива рака щитовидной железы после тотальной тиреоидэктомии.
- Г. Определение показаний к терапии I^{131}
- Д. Все перечисленное верно

24. Для субклинического тиреотоксикоза характерны следующие изменения уровней тиреоидных гормонов и ТТГ:

- А. T_3 – повышен, T_4 – в норме, ТТГ – в норме
- Б. T_3 – в норме, T_4 – в норме, ТТГ – подавлен /снижен/
- В. T_3 – повышен, T_4 – повышен, ТТГ – подавлен /снижен/
- Г. T_3 – повышен, T_4 – повышен, ТТГ – в норме
- Д. T_3 – в норме, T_4 – повышен, ТТГ – в норме.

25. С-пептид является:

- А. Маркером компенсации сахарного диабета
- Б. Контринсулярным гормоном
- В. Показателем секреции инсулина
- Г. Маркером сахарного диабета 2 типа
- Д. Показателем активности воспалительного процесса

26. В основе сахарного диабета 1 типа лежит:

- А. Инсулинорезистентность,
- Б. Гиперинсулинемия,
- В. Пострецепторные нарушения
- Г. Повреждение бета-клеток, инсулинодефицит
- Д. Все перечисленное верно

27. Для нейропатической формы синдрома диабетической стопы характерно всё, кроме:

- А. Образование язвенного дефекта в местах наибольшего давления,
- Б. Нарушение трофики тканей
- В. Снижение различных видов чувствительности,
- Г. Перемежающая хромота
- Д. Ощущение жжения и болевого симптома преимущественно в ночное время

28. Для лечения аддисонического криза используются:

- А. Внутривенное введение адреналина и других адреномиметиков
- Б. Введение морфина для снятия болевого шока с последующей транспортировкой в стационар
- В. Переливание физиологического раствора хлорида натрия и введение больших доз гидрокортизона
- Г. Обильное питье, пузырь со льдом на поясничную область, мочегонные
- Д. Введение фентоламина или тропифена

29. Какие симптомы, названные в честь их авторов, отражают судорожную готовность при гипопаратиреозе:

- А. Кохера
- Б. Дальримпля
- В. Мари
- Г. Труссо
- Д. Все перечисленное верно

30. Какие клинические признаки из названных ниже характерны для синдрома поликистозных яичников по Роттердамским критериям?

- А. УЗИ - признаки поликистоза яичников
- Б. Бесплодие
- В. Ановуляция
- Г. Гирсутизм
- Д. Все перечисленное верно

31. Для болезни Иценко-Кушинга характерно:

- А. Отсутствие подавления АКГГ при пробе с 8 мг дексаметазона
- Б. Высокий уровень катехоламинов крови
- В. Одностороннее увеличение надпочечника
- Г. Двустороннее увеличение надпочечников
- Д. Склонность к гипотонии

32. Причины центрального несахарного диабета?

- А. Опухоли гипоталамо-гипофизарной области
- Б. Сосудистые повреждения
- В. Травмы черепа
- Г. Аутоиммунное поражение гипоталамуса
- Д. Всё перечисленное

33. Назовите препараты не используемые для подавления функции щитовидной железы:

- А. Тиамазол
- Б. Пропицил,
- В. Перхлорат калия
- Г. Глибенкламид
- Д. Карбонат лития

34. Компонентом синдрома множественных эндокринных неоплазий 2А-типа не являются:

- А. Надпочечниковая недостаточность
- Б. Медулярный рак щитовидной железы
- В. Слизисто-кожный кандидоз
- Г. Феохромоцитомы
- Д. Марфаноподобное телосложение

35. Для подтверждения диагноза сахарный диабет возможно использование следующих тестов за исключением:

- А. Тест с 75 гр. глюкозы per os
- Б. Внутривенный глюкозотолерантный тест с 75 гр. глюкозы
- В. Определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)
- Г. Определение суточной глюкозурии
- Д. Определение глюкозы в случайной точке

36. Для определения степени компенсации углеводного обмена при сахарном диабете не используются следующие показатели:

- А. Определение уровня гликемии натощак

- Б. Определение уровня фруктозамина
- В. Определение уровня гликированного гемоглобина
- Г. Определение протеинурии
- Д. Определение постпрандиальной гликемии

37. Для ишемической формы синдрома диабетической стопы характерно:

- А. Отсутствие пульса на артериях стоп
- Б. Холодная, бледная, истонченная кожа
- В. Болезненные язвы акральной локализации
- Г. Выпадение волос на голеньях, атрофия жировой клетчатки
- Д. Всё вышеперечисленное

38. К препаратам глюкокортикоидного ряда не относятся:

- А. Преднизолон
- Б. Солукортеф
- В. Метипред
- Г. Кортинефф
- Д. Триамцинолон

39. Для первичного гиперпаратиреоза характерны следующие изменения:

- А. Повышение уровня свободного и ионизированного кальция в крови
- Б. Снижение содержания неорганического фосфора в крови
- В. Наличие аденомы паращитовидной железы
- Г. Повышение активности щелочной фосфатазы
- Д. Всё вышеперечисленное

40. У больного с задержкой полового развития выявлен кариотип 47, XXУ. О каком заболевании идет речь?

- А. Синдром Каллманна
- Б. Синдром Паскуалини
- В. Синдром Клайнфельтера
- Г. Синдром Прадера-Вилли
- Д. Синдром Нуна

41. Какие признаки не характерны для преждевременного полового созревания по изосексуальному типу?

- А. Низкорослость, вызванная ранним закрытием зон роста
- Б. Появление вторичных половых признаков у девочек до 7 лет, у мальчиков до 9 лет
- В. Замедленный рост в детстве
- Г. Позднее появление менструаций у девочек и сперматогенеза у мальчиков
- Д. Наличие у девочек гамартромы

42. Повышение уровня СТГ в крови наблюдается при:

- А. Голодании
- Б. Ночном сне
- В. Физической нагрузке
- Г. Гипогликемии
- Д. Все перечисленное

43. Больная 65 лет обратилась в клинику с жалобами на учащенное сердцебиение, потливость, слабость, снижение работоспособности, дрожание пальцев рук. За месяц похудела на 10 кг. При осмотре: ЧСС – 120 уд/мин, АД 130 и 70 ммрт ст. При УЗИ в щитовидной железе выявлен узел 2х3 см. При сканировании в месте определяемого узла выявлен участок повышенного накопления радиофармпрепарата. Остальная ткань ЩЖ РФП не накапливает. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Болезнь Грейвса
- Б. Подострый тиреоидит
- В. Функциональная автономия щитовидной железы
- Г. Хашитоксикоз.
- Д. Ни один из представленных

44. Маркером медуллярного рака щитовидной железы является:

- А. а-фетопротеин
- Б. Кальцитонин
- В. СА 19-9
- Г. Паратгормон
- Д. Тиреоглобулин

45. Укажите симптом не характерный для диабетической нефропатии на стадии протеинурии:

- А. Массивный отечный синдром
- Б. Высокая протеинурия
- В. Гипоальбуминемия
- Г. Повышение скорости клубочковой фильтрации
- Д. Артериальная гипертензия

46. К группе сахарозаменителей при сахарном диабете не относится:

- А. Ксилит
- Б. Сорбит
- В. Аспартам
- Г. Мед
- Д. Стевия

47. Наиболее частым поздним осложнением органов мочевыделительной системы при сахарном диабете 1 типа являются:

- А. Амилоидоз
- Б. Гломерулосклероз
- В. Гломерулонефрит
- Г. Нефрокальциноз
- Д. Карбункул почки

48. При случайном выявлении образования в надпочечнике у пациента с артериальной гипертензией возможно проведение всех перечисленных исследований, кроме:

- А. Малая дексаметазоновая проба
- Б. Определение суточной экскреции метанефрина и норметанефрина
- В. Пункционная биопсия образования под контролем КТ или УЗИ
- Г. Определение в крови уровня альдостерона и ренина
- Д. Определение суточной экскреции свободного кортизола с мочой

49. Для гипопаратиреоза характерно всё, кроме:

- А. Снижение содержания общего и ионизированного кальция в крови
- Б. Повышение уровня неорганического фосфора в крови
- В. Снижение экскреции фосфора с мочой
- Г. Повышение экскреции кальция с мочой
- Д. Повышение экскреции кальция с мочой

50. Гинекомастия у мужчин наблюдается при:

- А. Синдроме Кляйнфельтера
- Б. Гиперпролактинемии
- В. Алкогольном циррозе печени
- Г. Тиреотоксикозе
- Д. Всё вышеперечисленное

51. Косвенные признаки микроаденомы гипофиза на краниограмме все, кроме:

- А. Двухконтурность дна турецкого седла
- Б. Истончение стенок турецкого седла
- В. Остеопороз спинки турецкого седла
- Г. Усиление сосудистого рисунка
- Д. Выбухание дна турецкого седла

52. Для активной фазы акромегалии характерны следующие проявления:

- А. Повышение содержания гормона роста, не подавляемое нагрузкой глюкозой
- Б. Повышение уровня инсулиноподобных факторов роста в крови
- В. Повышение концентрации свободных жирных кислот
- Г. Потливость
- Д. Всё вышеперечисленное

53. Тестом первого уровня в диагностике первичного гипотиреоза является:

- А. Определение уровня свободного тироксина
- Б. Определение уровня общего тироксина
- В. Определение уровня ТТГ
- Г. Определение уровня тироксин-связывающего глобулина
- Д. Определение уровня свободного трийодтиронина

54. В основе патогенеза тиреотоксикоза при подостром тиреоидите лежит:

- А. Выработка тиреоидстимулирующих антител
- Б. Разрушение тиреоцитов и выход содержимого фолликулов в кровяное русло
- В. Компенсаторная гиперфункция щитовидной железы в ответ на воспалительные изменения
- Г. Гиперпродукция тиреоидных гормонов щитовидной железой
- Д. Гиперпродукция ТТГ в ответ на воспалительные изменения в щитовидной железе

55. Какие симптомы, из перечисленных ниже, развиваются у больных с кетоацидотической комой?

- А. Сухость кожи и слизистых
- Б. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе
- В. Тахикардия
- Г. Дыхание типа Куссмауля
- Д. Всё вышеперечисленное

56. Для клинической картины глюкагеномы характерно:

- А. Нарушение углеводного обмена,
- Б. Некролитическая мигрирующая эритема,
- В. Потеря массы тела
- Г. Тяжелая секреторная диарея
- Д. Всё вышеперечисленное

57. Клиническим действием метформина не является:

- А. Подавление глюконеогенеза в печени
- Б. Замедление всасывания глюкозы в кишечнике
- В. Уменьшение периферической инсулинорезистентности
- Г. Стимуляция секреции инсулина β - клетками поджелудочной железы
- Д. Снижение массы тела

58. Для первичного гиперальдостеронизма характерно все, кроме:

- А. Повышение уровня калия в крови
- Б. Снижение уровня калия в крови
- В. Слабость
- Г. Снижение уровня ренина в крови
- Д. Щелочная реакция мочи

59. Влияние паратгормона на почки проявляется в:

- А. Стимуляции реабсорбции кальция в дистальных канальцах
- Б. Экскреции натрия с мочой
- В. Подавлении канальцевой реабсорбции калия
- Г. Подавлении образования гормонально-активной формы витамина Д
- Д. Увеличение выделения объема мочи

60. Характерные проявления синдрома Кальманна?

- А. Нормальный рост
- Б. Гипогонадотропный гипогонадизм
- В. Полидактилия
- Г. Низкорослость
- Д. Нормальный кариотип

61. Какая проба используется для дифференциальной диагностики между пубертатным ожирением со стриями и болезнью Иценко-Кушинга?

- А. Маршевая /ортостатическая/ проба
- Б. Малая дексаметазоновая проба
- В. Большая дексаметазоновая проба
- Г. Проба с синактеном
- Д. Суточная экскреция катехоламинов и ВМК

62. Причиной нефрогенного несахарного диабета является:

- А. Недостаточность продукции вазопрессина
- Б. Избыточная продукция антидиуретического гормона
- В. Резистентность клеток дистальных канальцев к действию вазопрессина
- Г. Поражение гипоталамо-гипофизарной области
- Д. Избыточный прием жидкости

63. При выявлении у беременных тиротоксикоза назначение какого препарата является предпочтительным?

- А. Мерказолил
- Б. Карбоната лития
- В. Перхлората калия
- Г. Пропицила
- Д. Тирозола

64. Основным критерием оценки степени йодного дефицита в популяции является:

- А. Определение уровня ТТГ у подростков
- Б. Определение объема щитовидной железы у беременных
- В. Определение медианы йодурии
- Г. Определение среднего арифметического значения экскреции иода с мочой в исследуемой группе
- Д. Ни один из перечисленных тестов

65. К проявлениям диабетической микроангиопатии относится:

- А. Поражение магистральных сосудов конечностей
- Б. Ретинопатия
- В. Поражение церебральных сосудов
- Г. Поражение коронарных сосудов
- Д. Все перечисленное

66. Нарушенная гликемия натощак регистрируется в том случае, если:

- А. Глюкоза капиллярной крови $>5,2$ ммоль/л
- Б. Глюкоза капиллярной крови $>5,6$ ммоль/л
- В. Глюкоза плазмы крови >7 ммоль/л, но <11 ммоль/л
- Г. Глюкоза плазмы крови $>6,1$ ммоль/л, но $<7,0$ ммоль/л
- Д. Ни один из перечисленных тестов

67. Какие из перечисленных утверждений типичны для сахарного диабета 1 типа?

- А. Молодой возраст во время клинической манифестации
- Б. У большей части больных не отягощен наследственный анамнез
- В. Наличие аутоантител к бета-клеткам поджелудочной железы
- Г. Склонность к развитию кетоацидоза
- Д. Все перечисленное верно

68. Выберите утверждения, справедливые в отношении заместительной терапии надпочечниковой недостаточности:

- А. Наиболее часто используется монотерапия дексаметазоном
- Б. Показана только при развитии аддисонического криза
- В. При сочетании с гипотиреозом в начале назначают глюкокортикоиды, затем компенсируют гипотиреоз
- Г. Основными показателями компенсации дефицита минералокортикоидов является уровень АКТГ
- Д. Проводится под контролем 17- ОКС мочи

69. При развитии судорог при гипопаратиреозе назначают:

- А. 10% р-р глюконата или хлорида кальция в/в
- Б. 40% р-р глюкозы в/в
- В. Кальцитриол 1 мкг, в/в
- Г. Миакальцикинтраназально
- Д. Гипотиазид 25 мг

70. Причинами бесплодия женщины являются:

- А. Воспалительные заболевания половых органов
- Б. Гиперпролактинемия
- В. Общие истощающие заболевания и интоксикации
- Г. Гипогонадизм
- Д. Все перечисленное верно

71. Юноша 17 лет предъявляет жалобы на избыточный вес, частые головные боли. Избыточный вес наблюдается с 5 лет. В возрасте 11-12 лет был выше сверстников. Рост 180 см, вес 110 кг. Лицо округлое. Розовые стрии в области живота и бедер. Половое развитие соответствует возрасту. АД 160/100 мм рт ст. Нарушение углеводного обмена. Предположительный диагноз?

- А. Болезнь Иценко-Кушинга
- Б. Сахарный диабет 2 типа
- В. Синдром Иценко-Кушинга
- Г. Метаболический синдром
- Д. Гипертоническая болезнь

72. К критериям тяжелого течения болезни Иценко-Кушинга относится все, кроме:

- А. Стероидные психозы,
- Б. Сердечная недостаточность,
- В. Остеопороз с переломами костей и позвоночника,
- Г. Стероидный сахарный диабет
- Д. Все перечисленное верно

73. Универсальным базовым способом профилактики йоддефицитных заболеваний в России в настоящее время является:

- А. Йодирование хлеба
- Б. Йодирование соли
- В. Йодирование масла
- Г. Йодирование чая
- Д. Йодирование воды

74. Какой из признаков не характерен для тиротоксической аденомы?

- А. Претибиальная микседема
- Б. Фибриляция предсердий
- В. Снижение массы тела
- Г. Узловой зоб
- Д. Остеопороз

75. Укажите минимальное значение уровня глюкозы капиллярной крови, взятой в любое время суток, при котором диагноз сахарного диабета не вызывает сомнений:

- А. Менее 5,6 ммоль/л,
- Б. 6,7 ммоль/л,
- В. 9,7 ммоль/л,
- Г. 11,2 ммоль/л,
- Д. 15 ммоль/л

76. Какой из препаратов инсулина при подкожном введении обладает наиболее быстрым сахароснижающим действием?

- А. ХумулинR
- Б. ХумулинН

- В. Хумалог
- Г. Инсуман Рапид
- Д. Актрапид НМ

77. К факторам риска развития диабетической макроангиопатии относятся:

- А. Гипертриглицеридемия,
- Б. Кетоацидотическая кома
- В. Перемежающая хромота
- Г. Значение HbA1c < 5%
- Д. Диабетическая ретинопатия

78. Для вторичного гипокортицизма характерно:

- А. Более тяжелое течение по сравнению с первичным гипокортицизмом
- Б. Не развивается дефицит минералокортикоидов
- В. Меланодермия и пристрастие к соленой пище
- Г. Является наиболее частым осложнением черепно-мозговых травм
- Д. Сочетается с дефицитом других тропных гормонов

79. При первичном гиперпаратиреозе в патологический процесс вовлекаются:

- А. Костно-мышечный аппарат
- Б. Почки
- В. Слизистая желудка и 12-перстной кишки
- Г. Миокард
- Д. Всё вышеперечисленное

80. Какие из перечисленных причин не играют роли в развитии гипергонадотропного гипогонадизма?

- А. Менопауза
- Б. Кастрация
- В. Агенезия половых желез
- Г. Нервная анорексия
- Д. Облучение органов малого таза

81. Клиническая симптоматика при синдроме неадекватной продукции вазопрессина включает всё, кроме:

- А. Отеки
- Б. Нарастание массы тела
- В. Снижение артериального давления
- Г. Тошнота, рвота
- Д. Жажда

82. При обнаружении по данным МРТ гипофиза микроаденомы лечением выбора болезни Иценко-Кушинга (гипофизарный синдром Кушинга) является?

- А. Протонотерапия на область гипофиза
- Б. Трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия в сочетании с двусторонней адреналэктомией
- В. Трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия
- Г. Транскраниальная гипофизэктомия
- Д. Протонотерапия на область гипофиза в сочетании с назначением блокаторов стероидогенеза (хлодитан, лизодрен, низорал)

83. Назовите побочные действия мерказолила.

- А. Аллергические кожные реакции
- Б. Струмогенный эффект
- В. Лейкопения
- Г. Агранулоцитоз
- Д. Всё вышеперечисленное

84. Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как:

- А. Эпидемический зоб
- Б. Эндемический зоб
- В. Спорадический зоб
- Г. Струмит де Кервена
- Д. Диффузный токсический зоб

85. Какие из нижеперечисленных результатов ОГТТ с определением глюкозы в венозной плазме свидетельствуют о нарушенной толерантности к глюкозе?

- А. Натощак > 5,5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки < 7,8 ммоль/л
- Б. Натощак < 6,7 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки > 11,1 ммоль/л
- В. Натощак < 6,1 ммоль/л, но < 6,9 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки > 7,8 ммоль/л, но < 11,1 ммоль/л
- Г. Натощак > 6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки > 11,1 ммоль/л
- Д. Ничего из представленного

86. При каком минимальном уровне артериального давления у больных сахарным диабетом следует начать медикаментозную антигипертензивную терапию:

- А. АД $\geq 130/80$ мм рт.ст.
- Б. АД $\geq 140/70$ мм рт.ст.
- В. АД 120/80 мм рт.ст.
- Г. АД 150/100 мм рт.ст.
- Д. Ничего из представленного

87. К проявлениям и осложнениям диабетической нейропатии относят:

- А. Язвенные дефекты голени
- Б. Эректильная дисфункция
- В. Снижение периферической чувствительности
- Г. Болевой синдром
- Д. Ретинопатия

88. Компонентом синдрома Шмидта является:

- А. Эндемический зоб
- Б. Полиурия
- В. Гиперкортизолизм
- Г. Надпочечниковая недостаточность
- Д. Ретинопатия

89. Для гиперпаратиреоза характерны следующие костные и суставные нарушения:

- А. Остеопороз
- Б. Кистозные образования /эпулиды/
- В. Деформация костей, искривление позвоночного столба
- Г. Возникновение переломов при малейшей травме
- Д. **Всё вышеперечисленное**

90. Какие нижеперечисленные признаки не характерны для синдрома Шерешевского-Тернера?

- А. Низкорослость
- Б. Аменорея
- В. Женский фенотип
- Г. Повышение продукции эстрогенов
- Д. Алопеция

91. Что из нижеперечисленного не выявляется у больного с АКТГ-эктопированным синдромом?

- А. Гипокалиемия
- Б. Гиперпигментация
- В. Метаболический алкалоз
- Г. Гипогликемия
- Д. Слабость

92. Какой из перечисленных клинических признаков отсутствует при первичной надпочечниковой недостаточности?

- А. Наклонность к соленой пище
- Б. Слабость
- В. Гиперпигментация кожи и слизистых
- Г. Похудание
- Д. Стрии

93. Зобом является:

- А. Хорошо пальпируемая щитовидная железа
- Б. Заболевание щитовидной железы, протекающее с нарушением ее функции
- В. Заболевание щитовидной железы, осложнившееся компрессией трахеи
- Г. Увеличение объема щитовидной железы более 18 мл у женщин и более 25 мл у мужчин
- Д. Увеличение объема более 10 мл у женщины и более 12 мл у мужчины

94. Исследование уровня свободного трийодтиронина наиболее оправдано при:

- А. Подозрении на субклинический гипотиреоз
- Б. Подозрении на озлокачествление узлового зоба
- В. Для определения тяжести тиреотоксикоза
- Г. Обнаружении сниженного уровня ТТГ и нормального Т₄.
- Д. В любом случае при исследовании функционального состояния щитовидной железы

95. При отсутствии клинических симптомов сахарного диабета, в каких случаях рекомендуется проведение орального глюкозо-толерантного теста с определением глюкозы в венозной плазме?

- А. При повышении гликемии натощак более 6,1 ммоль/л

- Б. При повышении гликемии натощак более 5,5 ммоль/л, но не выше 6,7 ммоль/л
- В. При повышении гликемии натощак более 5,6 ммоль/л, но не выше 6,9 ммоль/л
- Г. При повышении гликемии натощак более 6,7 ммоль/л, но не выше 7,8 ммоль/л
- Д. В любом случае

96. При отсутствии клинических симптомов диабета в каких случаях рекомендуется проведение орального глюкозо-толерантного теста?

- А. При повышении глюкозы венозной плазмы натощак более 8,1 ммоль/л
- Б. При повышении глюкозы венозной плазмы натощак более 7,1 ммоль/л
- В. При повышении глюкозы венозной плазмы натощак более 5,5 ммоль/л, но не выше 7,0 ммоль/л**
- Г. При повышении глюкозы венозной плазмы натощак более 11 ммоль/л
- Д. Все утверждения не верны

97. Абсолютные показания к инсулинотерапии:

- А. Некомпенсируемый диетой гестационный диабет
- Б. Гиперосмолярная кома у больного сахарным диабетом 2 типа
- В. Кетоацидотическая кома
- Г. Большое оперативное вмешательство пациенту с сахарным диабетом 2 типа
- Д. Все вышеперечисленное

98. Какие симптомы первичного гипокортицизма не будут встречаться при вторичном?

- А. Похудание
- Б. Гиперпигментация кожи и слизистых
- В. Общая слабость, астения
- Г. Нарушение менструального цикла
- Д. Повышение уровня ТТГ

99. Какие соединения принимают участие в регуляции фосфорно-кальциевого обмена:

- А. Витамин Д
- Б. Паратгормон
- В. Кальцитонин
- Г. Кортизол
- Д. Все вышеперечисленное

100. Какие из перечисленных ниже признаков не характерны для синдрома Клайнфельтера?

- А. Высокорослость
- Б. Уменьшение размеров яичек
- В. Гинекомастия
- Г. Повышение продукции гонадотропинов
- Д. Нарушение обоняния

Эталонные ответы к тестовому контролю

1	Д	2	Д	3	В	4	Д	5	А	6	Б	7	Г	8	Г	9	Б	10	А
11	А	12	Д	13	Б	14	Б	15	Б	16	Г	17	Д	18	Б	19	А	20	Д
21	Д	22	Г	23	Д	24	Б	25	В	26	Г	27	Г	28	В	29	Г	30	Д
31	Г	32	Д	33	Г	34	А	35	Б	36	Г	37	Д	38	Г	39	Д	40	В
41	В	42	Д	43	В	44	Б	45	Г	46	Г	47	Б	48	В	49	Г	50	Д
51	Д	52	Д	53	В	54	Б	55	Д	56	Д	57	Г	58	А	59	А	60	Б
61	Б	62	В	63	Г	64	В	65	Б	66	Б	67	Д	68	В	69	А	70	Д
71	Г	72	Д	73	Б	74	А	75	Г	76	В	77	А	78	Б	79	Д	80	Г

81 В	82 В	83 Д	84 Б	85 В	86 А	87 В	88 Г	89 Д	90 Г
91 Г	92 Д	93 Г	94 Г	95 В	96 В	97 Д	98 Б	99 Д	100 Д

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций, описание шкал оценивания

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Оценка фронтального опроса

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программно материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо

		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

2. Оценка ситуационных задач

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не искажившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

3. Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки реферата

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (ЗАЧЕТ)

Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии,	Отлично

		проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программно материала.	
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо
		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	90 – 100%
Хорошо	80 – 89,9%
Удовлетворительно	70 – 79,9%
Неудовлетворительно	от 0% до 69,9%

Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (зачет).

Задания в билете	Проверяемые компетенции	Оценка	Набранные баллы
Теоретический вопрос	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2

Тестовый контроль	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Общая оценка	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	отлично	9-10
		хорошо	7-8
		удовлетворительно	5-6
		неудовлетворительно	До 5

Вывод: В результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.

Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине:

Название дисциплины – детская эндокринология
Семестр 2

Код, направление подготовки

31.08.19 Педиатрия

Направленность (профиль)

Педиатрия

Форма обучения

очная

Кафедра-разработчик

Детских болезней

Выпускающая кафедра

Детских болезней

№ п/п	Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
1	ПК-1	ИФР-1 образуется в:	а) сердечной мышце почках б) надпочечниках в) аденогипофизе г) печени	низкий	2
2	ПК-2	Результатом действия паратгормона является:	а) увеличение концентрации натрия в крови б) снижение содержания белка в крови в) увеличение концентрации неорганического фосфора в крови г) повышение содержания кальция в крови д) снижение содержания кальция в крови	низкий	2
3	ПК-2	Половые стероиды вырабатываются в:	а) клубочковой зоне б) сетчатой зоне в) пучковой зоне г) мозговом слое д) тироцитах	низкий	2

4	ПК-6	Профилактическая доза йодида калия для ребенка 8 лет:	<ul style="list-style-type: none"> a) 50 мкг/сутки b) 100 мкг/сутки c) 200 мкг/сутки d) 300 мкг/сутки e) 500 мкг/сутки 	низкий	2
5	ПК-5	«Классическая триада» диффузного токсического зоба включает в себя:	<ul style="list-style-type: none"> a) Зоб, тахикардию и экзофтальм b) Экзофтальм, нервозность и быструю утомляемость c) Тахикардию, тремор рук и мышечную слабость d) Зоб, потливость и потерю веса 	низкий	2
6	ПК-5	Для синдрома тестикулярной феминизации характерен кариотип:	<ul style="list-style-type: none"> a) 46 ХУ b) 46 ХХ c) 45 ХО d) 47 ХХУ e) 46 ХХ/46 ХУ 	средний	5
7	ПК-5	При гипотиреозе встречается все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> a) заторможенности, b) сонливости c) парестезий и корешковых болей d) снижения сухожильных рефлексов e) ухудшения памяти f) двигательного и психического возбуждения 	средний	5

8	ПК-5	<p>Дефицит йода в окружающей среде:</p> <p>1. усиливает выработку гормонов щитовидной железы,</p> <p>2. тормозит образование тиреоидных гормонов,</p> <p>3. снижает IQ,</p> <p>4. особенно неблагоприятно действует на лиц пожилого возраста,</p> <p>5. одна из малочисленных причин отставания психомоторного развития детей,</p> <p>6. особенно отрицательно влияет на детей и беременных женщин</p>	<p>a) 1,4,5</p> <p>b) 2,3,6</p> <p>c) 2,4,6</p> <p>d) 1,2,4</p> <p>e) 3,4,5</p>	средний	5
9	ПК-5	<p>Гипогонадизм при гиперпролактинемии обусловлен:</p>	<p>a) подавлением секреции гонадолиберина</p> <p>b) повышением секреции андрогенов</p> <p>c) повышением секреции СТГ</p> <p>d) усилением секреции гонадолиберина</p> <p>e) снижением секреции соматотропина</p>	средний	5

10	ПК-6	Десмопрессин является препаратом выбора для терапии:	<ul style="list-style-type: none"> a) Нефрогенного несахарного диабета b) Синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона c) Центрального несахарного диабета d) Психогенной полидипсии 	средний	5
11	ПК-6	Какое лекарственное средство рекомендует ВОЗ для индивидуальной профилактики йододефицита?	Калия йодид	средний	8
12	ПК-5	При проведении сцинтиграфии с ^{123}I у пациентов с ДТЗ отмечается:	<ul style="list-style-type: none"> a) диффузное усиление захвата радиоизотоп всей железой b) локальное усиление радиоизотопа c) диффузное снижение захвата радиоизотоп всей железой d) локальное усиление радиоизотопа 	средний	5

13	ПК-6	Назначение титрационного режима тиреостатической терапии предполагает:	<ul style="list-style-type: none"> a) лечение до достижения гипотиреоз с последующим доставлением в терапию левотироксина b) лечение до достижения гипотиреоз с последующей отменой левотироксина c) подбор минимальной поддерживающей дозы для достижения субклинического тиреотоксикоза d) подбор минимальной поддерживающей дозы для достижения стойкого эутиреоза 	средний	5
14	ПК-1	Антимюллеров гормон вырабатывается:	<ul style="list-style-type: none"> a) незрелыми половыми клетками b) клетками Лейдига c) клетками Сертоли d) секреторными клетками эпидермиса 	средний	5
15	ПК-6	Только при кариотипе 46XY возможно развитие:	<ul style="list-style-type: none"> a) дефицита 3β-гидрокситероиддегидрогеназы b) дефицита ароматазы c) дефицита 21-гидроксилазы d) синдрома резистентность к андрогенам 	средний	5

16	ПК-5	<p>Ребенок с зобом II степени. Назовите комплекс методов исследования, необходимых для верификации диагноза?</p> <p>а) УЗИ щитовидной железы б) Пункционная биопсия щитовидной железы в) Определение в крови концентрации ТТГ, свободных Т3 и Т4 г) Определение в крови антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе д) Определение в крови общего белка и белковых фракций</p>	<p>а) а,б,в,г б) а,в,д с) г,д д) а,в,г,д е) а,б,в,г,д</p>	высокий	8
17	ПК-5	Лабораторные данные при ДТЗ характеризуются:	<p>а) Гипохолестеринемией б) Гиперхолестеринемией с) Повышением содержания калия в крови д) Снижением содержания калия в крови</p>	высокий	8

18	ПК-2	В генезе артериальной гипертензии при гиперкортицизме важную роль играет	<ul style="list-style-type: none"> a) Активация симпатoadреналовой системы b) Развитие вторичного альдостеронизма c) Задержка в организме натрия d) Нарушение обмена кальция e) Повышенное выделение калия с мочой 	высокий	8
19	ПК-1	Причиной аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа являются мутации в гене:	<ul style="list-style-type: none"> a) CARS b) GNAS c) AIRE d) MEN1 	высокий	8
20	ПК-5	<p>Определите симптомы, характерные для:</p> <p>А - врожденного гипотиреоза</p> <p>Б - диффузного токсического зоба</p> <ul style="list-style-type: none"> а) задержка психомоторного развития б) длительно существующая желтуха новорожденных в) сухость кожи г) тахикардия д) брадикардия е) потеря массы ж) потливость 	<ul style="list-style-type: none"> a) А-г,е,ж Б-а,б,в,д b) А-а,в,г Б-б,д,е,ж c) А-б,е,ж Б-а,в,г,д d) А-д,ж Б-а,б,в,г,е e) А-а,б,в,д Б-г,е,ж 	высокий	8

Ключ к решению тестового заданию для диагностического тестирования по дисциплине

- 1 – печени
- 2 - повышение содержания кальция в крови
- 3 – сетчатой зоне
- 4 – 100 мкг/сутки
- 5 – Зоб, тахикардию и экзофтальм
- 6 – 46 ХУ
- 7 – двигательного и психического возбуждения
- 8 – 2,3,6
- 9 – подавлением секреции гонадолиберина
- 10 – Центрального несахарного диабета
- 11 - Калия йодид

- 12 – диффузное усиление захвата радиоизотоп всей железой
- 13 – подбор минимальной поддерживающей дозы для достижения стойкого эутиреоза
- 14 – клетками Сертоли
- 15 – синдрома резистентность к андрогенам
- 16 – а,б,в,г
- 17 – Снижением содержания калия в крови
- 18 – Активация симпатoadреналовой системы
 - Развитие вторичного альдостеронизма
 - Задержка в организме натрия
- 19 – AIRE
- 20 - А-а,б,в,д Б-г,е,ж