

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Семенов Юрий Александрович
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.03.2026 10:18:33
Уникальный программный ключ:
7ee61f7810e60557bee49df655173820137a00867

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)**

Кафедра эндокринологии

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности
А.А. Ушаков
«03» июня 2025 г.



**Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации
по дисциплине
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ. ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

Специальность: 31.05.02 - Педиатрия
Уровень высшего образования: специалитет
Квалификация: врач – педиатр

г. Екатеринбург
2025 год

Кодификатор

(на основе ФГОС3++ ВО специальность 31.05.02 – Педиатрия и ПС «Врач - педиатр участковый»)

Категория (группа) компетенций	Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции	Индекс трудовой функции и ее содержание (из ПС)	Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые учебные элементы, формируемые в результате освоения дисциплины			Методы оценивания результатов освоения дисциплины
					Знания	Умения	Навыки	
Диагностические инструментальные методы обследования	ОПК - 4. Способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИД-1 _{ОПК-4} ИД-2 _{ОПК-4} ИД-3 _{ОПК-4}	А/01.7 «Обследование детей с целью установления диагноза» А/02.7 «Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности».	ДЕ 1 Введение. Основные задачи изучения эндокринологии. Диффузный нетоксический зоб. Гипотиреоз. Врожденный гипотиреоз. Приобретенный гипотиреоз.	Классификацию заболеваний щитовидной железы (ЩЖ). Классификацию зоба (ВОЗ). Этиологию, патогенез, диагностику врожденного и приобретенного гипотиреоза, диффузного токсического зоба (ДТЗ) у детей и подростков. Профилактику и лечение эндемического зоба.	Собрать анамнез, провести физикальное обследование пациента с осмотром и пальпацией ЩЖ, выделить ведущий синдром. Оценить результаты лабораторно-инструментального обследования. Поставить пациенту предварительный диагноз. Определить показания к применению специальных методов обследования	Методами общего клинического и эндокринологического обследования (антропометрия, визуально-пальпаторная оценка щитовидной железы, наружных гениталий, грудных желез, костного возраста). Алгоритмом диагностики и лечения врожденного и приобретенного гипотиреоза, ДТЗ,	БРС кафедры; тесты, ситуационные задачи; работа у постели больного; оценка работы на семинарском занятии (участие в обсуждении); участие в НИРС (СНО кафедры)
Лечение заболеваний и состояний	ОПК- 7. способность назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ИД-1 _{ОПК-7} ИД-2 _{ОПК-7} ИД-3 _{ОПК-7}	А/03.7 «Реализация и контроль эффективности реабилитационных программ для детей».		Методы и алгоритм лечения ДТЗ, осложнения ДТЗ.	Определить показания для направления	гипопаратиреоза, гиперпаратиреоза. Алгоритмом выполнения	
Диагностика заболеваний у детей	ПК – 1.	ИД-1 _{ПК-1} ИД-2 _{ПК-1} ИД-3 _{ПК-1}	А/04.7 «Проведение профилактики		Этиологию, патогенез, диагностику патологии парашитовидных желез.			

и подростков	Способность и готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях оценки состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-2.	ИД-4 _{ПК-1} ИД-5 _{ПК-1} ИД-6 _{ПК-1} ИД-7 _{ПК-1} ИД-8 _{ПК-1} ИД-9 _{ПК-1} ИД-10 _{ПК-1} ИД-11 _{ПК-1} ИД-12 _{ПК-1} ИД-15 _{ПК-1} ИД-16 _{ПК-1}	ческих мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы, среди детей и их родителей» А/05.7 «Организация деятельности и медицинского персонала и ведение медицинской документации».		Экстренные мероприятия при гипокальциемии.	пациента к эндокринологу или на госпитализацию. Уметь оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях	основных диагностических и лечебных мероприятий при неотложных состояниях.	
Лечение заболеваний у детей и подростков	Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на раннюю диагностику заболеваний,	ИД1 _{ПК-2} ИД-2 _{ПК-2} ИД-3 _{ПК-2} ИД-4 _{ПК-2} ИД-5 _{ПК-2} ИД-6 _{ПК-2} ИД-7 _{ПК-2} ИД-8 _{ПК-2}						

	выявление причин и условий их возникновения и развития, в том числе с использованием инновационных методов и методик диагностики и цифровых технологий ПК-3. Способность и готовность к определению тактики ведения и назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии, диетотерапии с учётом возраста ребёнка, диагноза, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	ИД-1_{ПК-3} ИД-2_{ПК-3} ИД-3_{ПК-3} ИД-4_{ПК-3}, ИД-5_{ПК-3} ИД-6_{ПК-3} ИД-7_{ПК-3} ИД-8_{ПК-3} ИД-9_{ПК-3}							
--	---	---	--	--	--	--	--	--	--

	(протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи, в том числе с использованием инновационных методов и методик лечения заболеваний у детей и цифровых технологий ПК-4. Способность и готовность к оценке эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии и диетотерапии, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-5. Способность и	ИД-1_{ПК-4} ИД-2_{ПК-4} ИД-3_{ПК-4} ИД-4_{ПК-4} ИД-1_{ПК-5}						
--	---	---	--	--	--	--	--	--

Медицинская реабилитация детей и подростков	готовность к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой для жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства, но не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-7. Способность и готовность к определению	ИД-1_{ПК-7} ИД-2_{ПК-7} ИД-3_{ПК-7} ИД-4_{ПК-7}						
---	---	--	--	--	--	--	--	--

Профилактика заболеваний у детей и подростков	нарушений в состоянии здоровья детей, приводящие к ограничению их жизнедеятельности и направлению их в службу ранней помощи, в медицинские организации, оказывающие паллиативную помощь, для прохождения медико-социальной экспертизы, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-9 Способность и готовность к обучению детей и их родителей (законных представителей) основным правилам	ИД-2 _{ПК-9}						
---	---	----------------------	--	--	--	--	--	--

	здорового образа жизни, навыкам самоконтроля и дистанционного контроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний							
Диагностические инструментальные методы обследования	ОПК - 4. Способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза ОПК- 7. способность назначать лечение и осуществлять контроль	ИД-1 _{ОПК-4} ИД-2 _{ОПК-4} ИД-3 _{ОПК-4}	А/01.7 «Обследование детей с целью установления диагноза» А/02.7 «Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности». А/03.7 «Реализация и контроль эффективности	ДЕ 2. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса). Аутоиммунный тиреоидит. Гипопаратиреоз. Гиперпаратиреоз.	Классификацию заболеваний щитовидной железы (ЩЖ). Классификацию зоба (ВОЗ). Этиологию, патогенез, диагностику врожденного и приобретенного гипотиреоза, диффузного токсического зоба (ДТЗ) у детей и подростков. Профилактику и лечение эндемического зоба. Методы и	Собрать анамнез, провести физикальное обследование пациента с осмотром и пальпацией ЩЖ, выделить ведущий синдром. Оценить результаты лабораторно-инструментального обследования. Поставить пациенту предварительный диагноз. Определить	Методами общего клинического и эндокринологического обследования (антропометрия, визуально-пальпаторная оценка щитовидной железы, наружных гениталий, грудных желез, костного возраста). Алгоритмом диагностики и лечения врожденного и приобретенного	БРС кафедры; тесты, ситуационные задачи; работа у постели больного; оценка работы на семинарском занятии (участие в обсуждении); участие в НИРС (СНО кафедры)
Лечение заболеваний и состояний		ИД-1 _{ОПК-7} ИД-2 _{ОПК-7} ИД-3 _{ОПК-7}						

Диагностика заболеваний у детей и подростков	его эффективности и безопасности ПК – 1. Способность и готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях оценки состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-2. Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на раннюю диагностику	ИД-1_{ПК-1} ИД-2_{ПК-1} ИД-3_{ПК-1} ИД-4_{ПК-1} ИД-5_{ПК-1} ИД-6_{ПК-1} ИД-7_{ПК-1} ИД-8_{ПК-1} ИД-9_{ПК-1} ИД-10_{ПК-1} ИД-11_{ПК-1} ИД-12_{ПК-1} ИД-15_{ПК-1} ИД-16_{ПК-1} ИД1_{ПК-2} ИД-2_{ПК-2} ИД-3_{ПК-2} ИД-4_{ПК-2} ИД-5_{ПК-2} ИД-6_{ПК-2} ИД-7_{ПК-2} ИД-8_{ПК-2}	реабилитационных программ для детей». А/04.7 «Проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы, среди детей и их родителей» А/05.7 «Организация деятельности и медицинского персонала и ведение медицинской документации».		алгоритм лечения ДТЗ, осложнения ДТЗ. Этиологию, патогенез, диагностику паразитовидных желез. Экстренные мероприятия при гипокальциемии.	показания к применению специальных методов обследования Определить показания для направления пациента к эндокринологу или на госпитализацию. Уметь оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях	о гипотиреоза, ДТЗ, гипопаратиреоза, гиперпаратиреоза. Алгоритмом выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий при неотложных состояниях.	
--	---	---	--	--	--	---	---	--

Лечение заболеваний у детей и подростков	заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития, в том числе с использованием инновационных методов и методик диагностики и цифровых технологий ПК-3. Способность и готовность к определению тактики ведения и назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии, диетотерапии с учётом возраста ребёнка, диагноза, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи, в том	ИД-1 _{ПК-3} ИД-2 _{ПК-3} ИД-3 _{ПК-3} ИД-4 _{ПК-3} , ИД-5 _{ПК-3} ИД-6 _{ПК-3} ИД-7 _{ПК-3} ИД-8 _{ПК-3} ИД-9 _{ПК-3}						
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	числе с использованием инновационных методов и методик лечения заболеваний у детей и цифровых технологий ПК-4. Способность и готовность к оценке эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии и диетотерапии, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-5. Способность и готовность к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических	ИД-1_{ПК-4} ИД-2_{ПК-4} ИД-3_{ПК-4} ИД-4_{ПК-4} ИД-1_{ПК-5}							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

	заболеваний, не сопровождающихся угрозой для жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства, но не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе с использованием цифровых технологий							
Диагностические инструментальные методы обследования	ОПК - 4. Способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИД-1 _{ОПК-4} ИД-2 _{ОПК-4} ИД-3 _{ОПК-4}	А/01.7 «Обследование детей с целью установления диагноза» А/02.7 «Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности».	ДЕ 3. Сахарный диабет. Диагностика . Лечение. Скрининг поздних осложнений . Профилактика осложнений	Классификацию СД и других нарушений углеводного обмена. Эпидемиологию, этиологию, патогенез СД 1 типа. Клинические проявления в зависимости от возраста. Методы оценки показателей углеводного обмена. Принципы лечения СД 1 типа.	Выявлять и оценивать жалобы, анализировать анамнез жизни и заболевания. Провести объективное обследование с оценкой общего состояния больного. Проанализировать и интерпретировать данные лабораторных	Алгоритмом оценки общего состояния пациента с выявлением признаков декомпенсации метаболизма у пациента с СД и ожирением. Экспресс-методами определения уровня гликемии, оценкой параметров КОС и биохимии крови.	БРС кафедры; тесты, ситуационные задачи; работа у постели больного; оценка работы на семинарском занятии (участие в обсуждении); участие в НИРС (СНО кафедры)
Лечение заболеваний	ОПК- 7. способность назначать лечение и	ИД-1 _{ОПК-7} ИД-2 _{ОПК-7} ИД-3 _{ОПК-7}	А/03.7 «Реализация и контроль					

и состояний	осуществлять контроль его эффективности и безопасности		эффективности реабилитационных программ для детей».		Характеристику препаратов инсулина, средства и режимы введения. Целевые показатели углеводного обмена у детей с СД. Патогенез ДКА, клинику в зависимости от возраста, биохимические параметры, дифференциальную диагностику ДКА. Организацию неотложной и экстренной помощи при СД. Алгоритм лечения ДКА. Скрининг осложнений СД. Цели диспансерного наблюдения на педиатрическом участке.	и инструментальных методов обследования. Обосновать и поставить диагноз, сформулировав его в соответствии с общепринятой классификацией. Оценить качество гликемического контроля. Назначить питание ребенку и подростку с СД 1 типа. Организовать неотложную или экстренную госпитализацию в РАО или эндокринологическое отделение. Оценить общее состояние, показатели гликемии, КОС, электролитов и	Комплексом методов стандартного эндокринологического обследования (антропометрия, визуально - пальпаторная оценка ЩЖ, наружных гениталий, грудных желез). Алгоритмом интенсивной терапии ДКА. Алгоритмом неотложной помощи при гипогликемии. Алгоритмом лечения и профилактики ожирения.	
Диагностика заболеваний у детей и подростков	ПК – 1. Способность и готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях оценки состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-2. Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на	ИД-1 _{ПК-1} ИД-2 _{ПК-1} ИД-3 _{ПК-1} ИД-4 _{ПК-1} ИД-5 _{ПК-1} ИД-6 _{ПК-1} ИД-7 _{ПК-1} ИД-8 _{ПК-1} ИД-9 _{ПК-1} ИД-10 _{ПК-1} ИД-11 _{ПК-1} ИД-12 _{ПК-1} ИД-15 _{ПК-1} ИД-16 _{ПК-1}	А/04.7 «Проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительской работы, среди детей и их родителей» А/05.7 «Организация деятельности и медицинского персонала и ведение медицинской документации».		Эпидемиологию, этиологию, патогенез, классификацию ожирения. Критерии диагностики.			
		ИД1 _{ПК-2} ИД-2 _{ПК-2}						

Лечение заболеваний у детей и подростков	раннюю диагностику заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития, в том числе с использованием инновационных методов и методик диагностики и цифровых технологий ПК-3. Способность и готовность к определению тактики ведения и назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии, диетотерапии с учётом возраста ребёнка, диагноза, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания	ИД-3_{ПК-2} ИД-4_{ПК-2} ИД-5_{ПК-2} ИД-6_{ПК-2} ИД-7_{ПК-2} ИД-8_{ПК-2} ИД-1_{ПК-3} ИД-2_{ПК-3} ИД-3_{ПК-3} ИД-4_{ПК-3}, ИД-5_{ПК-3} ИД-6_{ПК-3} ИД-7_{ПК-3} ИД-8_{ПК-3} ИД-9_{ПК-3}			Алгоритм обследования и лечения. Показания для консультации специалистов. Методы профилактики и лечения ожирения. Патогенез СД 2 типа и принципы лечения.	степени тяжести ДКА.		
--	---	--	--	--	---	----------------------	--	--

	медицинской помощи, в том числе с использованием инновационных методов и методик лечения заболеваний у детей и цифровых технологий ПК-4. Способность и готовность к оценке эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии и диетотерапии, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-5. Способность и готовность к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях,	ИД-1_{ПК-4} ИД-2_{ПК-4} ИД-3_{ПК-4} ИД-4_{ПК-4} ИД-1_{ПК-5}						
--	---	---	--	--	--	--	--	--

	обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой для жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства, но не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе с использованием цифровых технологий							
Диагностические инструментальные методы обследования	ОПК - 4. Способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза ОПК- 7. способность	ИД-1 _{ОПК-4} ИД-2 _{ОПК-4} ИД-3 _{ОПК-4} ИД-1 _{ОПК-7}	А/01.7 «Обследование детей с целью установления диагноза» А/02.7 «Назначенное лечение детям и контроль его эффективности и безопасности». А/03.7	ДЕ 4. Сахарный диабет 1 типа. Неотложные состояния. Интенсивная терапия.	Классификацию СД и других нарушений углеводного обмена. Эпидемиологию, этиологию, патогенез СД 1 типа. Клинические проявления в зависимости от возраста. Методы оценки показателей углеводного обмена. Принципы	Выявлять и оценивать жалобы, анализировать анамнез жизни и заболевания. Провести объективное обследование с оценкой общего состояния больного. Проанализировать и интерпретировать	Алгоритмом оценки общего состояния пациента с выявлением признаков декомпенсации метаболизма у пациента с СД и ожирением. Экспресс-методами определения уровня гликемии, оценкой параметров КОС и	БРС кафедры; тесты, самостоятельные работы, ситуационные задачи; работа у постели больного; оценка работы на семинарском занятии (участие в обсуждении); участие в НИРС (СНО кафедры)

Лечение заболеваний и состояний	назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ИД-2 _{ОПК-7} ИД-3 _{ОПК-7}	«Реализация и контроль эффективности реабилитационных программ для детей».		лечения СД 1 типа. Характеристики препаратов инсулина, средства и режимы введения. Целевые показатели углеводного обмена у детей с СД. Патогенез ДКА, клинику в зависимости от возраста, биохимические параметры, дифференциальную диагностику ДКА. Организацию неотложной и экстренной помощи при СД. Алгоритм лечения ДКА. Скрининг осложнений СД. Цели диспансерного наблюдения на педиатрическом участке.	ать данные лабораторных и инструментальных методов обследования. Обосновать и поставить диагноз, сформулировав его в соответствии с общепринятой классификацией. Оценить качество гликемического контроля. Назначить питание ребенку и подростку с СД 1 типа. Организовать неотложную или экстренную госпитализацию в РАО или эндокринологическое отделение. Оценить общее состояние, показатели гликемии,	биохимии крови. Комплексом методов стандартного эндокринологического обследования (антропометрия, визуально-пальпаторная оценка ЩЖ, наружных гениталий, грудных желез). Алгоритмом интенсивной терапии ДКА. Алгоритмом неотложной помощи при гипогликемии. Алгоритмом лечения и профилактики ожирения.	
Диагностика заболеваний у детей и подростков	ПК – 1. Способность и готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях оценки состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-2. Способность и готовность к осуществлению комплекса	ИД-1 _{ПК-1} ИД-2 _{ПК-1} ИД-3 _{ПК-1} ИД-4 _{ПК-1} ИД-5 _{ПК-1} ИД-6 _{ПК-1} ИД-7 _{ПК-1} ИД-8 _{ПК-1} ИД-9 _{ПК-1} ИД-10 _{ПК-1} ИД-11 _{ПК-1} ИД-12 _{ПК-1} ИД-15 _{ПК-1} ИД-16 _{ПК-1}	А/04.7 «Проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительской работы, среди детей и их родителей» А/05.7 «Организация деятельности и медицинского персонала и ведение медицинской документации».		Эпидемиологию, этиологию, патогенез, классификацию ожирения.			

Лечение заболеваний у детей и подростков	мероприятий, направленных на раннюю диагностику заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития, в том числе с использованием инновационных методов и методик диагностики и цифровых технологий ПК-3. Способность и готовность к определению тактики ведения и назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии, диетотерапии с учётом возраста ребёнка, диагноза, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения),	ИД1_{ПК-2} ИД-2_{ПК-2} ИД-3_{ПК-2} ИД-4_{ПК-2} ИД-5_{ПК-2} ИД-6_{ПК-2} ИД-7_{ПК-2} ИД-8_{ПК-2} ИД-1_{ПК-3} ИД-2_{ПК-3} ИД-3_{ПК-3} ИД-4_{ПК-3}, ИД-5_{ПК-3} ИД-6_{ПК-3} ИД-7_{ПК-3} ИД-8_{ПК-3} ИД-9_{ПК-3}			Критерии диагностики. Алгоритм обследования и лечения. Показания для консультации специалистов. Методы профилактики и лечения ожирения. Патогенез СД 2 типа и принципы лечения.	КОС, электролитов и степени тяжести ДКА.		
--	---	---	--	--	--	---	--	--

	порядками оказания медицинской помощи, в том числе с использованием инновационных методов и методик лечения заболеваний у детей и цифровых технологий ПК-4. Способность и готовность к оценке эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии и диетотерапии, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-5. Способность и готовность к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых	ИД-1_{ПК-4} ИД-2_{ПК-4} ИД-3_{ПК-4} ИД-4_{ПК-4} ИД-1_{ПК-5}							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

	заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой для жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства, но не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе с использованием цифровых технологий							
Диагностические инструментальные методы обследования	ОПК - 4. Способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИД-1 _{ОПК-4} ИД-2 _{ОПК-4} ИД-3 _{ОПК-4}	А/01.7 «Обследование детей с целью установления диагноза» А/02.7 «Назначенное лечение детям и контроль его эффективности и безопасность	ДЕ 5. Ожирение. Сахарный диабет 2 типа. Диагностика. Лечение. Профилактика.	Классификацию СД и других нарушений углеводного обмена. Эпидемиологию, этиологию, патогенез СД 1 типа. Клинические проявления в зависимости от возраста. Методы оценки показателей углеводного	Выявлять и оценивать жалобы, анализировать анамнез жизни и заболевания. Провести объективное обследование с оценкой общего состояния больного. Проанализировать	Алгоритмом оценки общего состояния пациента с выявлением признаков декомпенсации метаболизма у пациента с СД и ожирением. Экспресс-методами определения уровня гликемии, оценкой	БРС кафедры; тесты, ситуационные задачи; работа у постели больного; оценка работы на семинарском занятии (участие в обсуждении); участие в НИРС (СНО кафедры)

Лечение заболеваний и состояний	ОПК- 7. способность назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ИД-1 _{ОПК-7} ИД-2 _{ОПК-7} ИД-3 _{ОПК-7}	и». А/03.7 «Реализация и контроль эффективности реабилитационных программ для детей».		обмена. Принципы лечения СД 1 типа. Характеристику препаратов инсулина, средства и режимы введения. Целевые показатели углеводного обмена у детей с СД. Патогенез ДКА, клинику в зависимости от возраста, биохимические параметры, дифференциальную диагностику ДКА. Организацию неотложной и экстренной помощи при СД. Алгоритм лечения ДКА. Скрининг осложнений СД. Цели диспансерного наблюдения на педиатрическом участке.	ать и интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов обследования.	параметров КОС и биохимии крови. Комплексом методов стандартного эндокринологического обследования (антропометрия, визуально - пальпаторная оценка ЩЖ, наружных	
Диагностика заболеваний у детей и подростков	ПК – 1. Способность и готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях оценки состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-2. Способность и готовность к	ИД-1 _{ПК-1} ИД-2 _{ПК-1} ИД-3 _{ПК-1} ИД-4 _{ПК-1} ИД-5 _{ПК-1} ИД-6 _{ПК-1} ИД-7 _{ПК-1} ИД-8 _{ПК-1} ИД-9 _{ПК-1} ИД-10 _{ПК-1} ИД-11 _{ПК-1} ИД-12 _{ПК-1} ИД-15 _{ПК-1} ИД-16 _{ПК-1} ИД1 _{ПК-2} ИД-2 _{ПК-2}	А/04.7 «Проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительской работы, среди детей и их родителей» А/05.7 «Организация деятельности и медицинского персонала и ведение медицинской		Эпидемиологию, этиологию, патогенез,	Обосновать и поставить диагноз, сформулировав его в соответствии с общепринятой классификацией. Оценить качество гликемического контроля. Назначить питание ребенку и подростку с СД 1 типа. Организовать неотложную или экстренную госпитализацию в РАО или эндокринологическое отделение. Оценить общее состояние,	гениталий, грудных желез). Алгоритмом интенсивной терапии ДКА. Алгоритмом неотложной помощи при гипогликемии. Алгоритмом лечения и профилактики ожирения.	

Лечение заболеваний у детей и подростков	осуществлению комплекса мероприятий, направленных на раннюю диагностику заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития, в том числе с использованием инновационных методов и методик диагностики и цифровых технологий ПК-3. Способность и готовность к определению тактики ведения и назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии, диетотерапии с учётом возраста ребёнка, диагноза, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	ИД-3_{ПК-2} ИД-4_{ПК-2} ИД-5_{ПК-2} ИД-6_{ПК-2} ИД-7_{ПК-2} ИД-8_{ПК-2} ИД-1_{ПК-3} ИД-2_{ПК-3} ИД-3_{ПК-3} ИД-4_{ПК-3}, ИД-5_{ПК-3} ИД-6_{ПК-3} ИД-7_{ПК-3} ИД-8_{ПК-3} ИД-9_{ПК-3}	документации».		классификацию ожирения. Критерии диагностики. Алгоритм обследования и лечения. Показания для консультации специалистов. Методы профилактики и лечения ожирения. Патогенез СД 2 типа и принципы лечения.	показатели гликемии, КОС, электролитов и степени тяжести ДКА.		
--	--	--	----------------	--	---	---	--	--

	(протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи, в том числе с использованием инновационных методов и методик лечения заболеваний у детей и цифровых технологий ПК-4. Способность и готовность к оценке эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии и диетотерапии, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-5. Способность и готовность к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям	ИД-1_{ПК-4} ИД-2_{ПК-4} ИД-3_{ПК-4} ИД-4_{ПК-4} ИД-1_{ПК-5}						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

	при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой для жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства, но не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе с использованием цифровых технологий							
Диагностические инструментальные методы обследования	ОПК - 4. Способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью	ИД-1 _{ОПК-4} ИД-2 _{ОПК-4} ИД-3 _{ОПК-4}	А/01.7 «Обследование детей с целью установления диагноза» А/02.7 «Назначении лечения детям и контроль его эффективно	ДЕ 6. Заболевания коры надпочечников: врожденная дисфункция коры надпочечников. Острый и хронический гипокортицизм.	Эпидемиологию, этиологию, патогенез врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН). Клинические формы. Особенности клинических проявлений наиболее частых форм ВДКН.	Выявлять и оценивать жалобы, анализировать анамнез жизни и заболевания. Провести объективное обследование, оценить тяжесть состояния больного, выделить	Методами общего клинического обследования детей и методами стандартного эндокринологического обследования (антропометрия, визуально - пальпаторная оценка	БРС кафедры; тесты, ситуационные задачи; работа у постели больного; оценка работы на семинарском занятии (участие в обсуждении); участие в НИРС (СНО

Лечение заболеваний и состояний	установления диагноза ОПК- 7. способность назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ИД-1 _{ОПК-7} ИД-2 _{ОПК-7} ИД-3 _{ОПК-7}	сти и безопасность и». А/03.7 «Реализация и контроль эффективности реабилитационных программ для детей».		Методы диагностики ВДКН. Показания к госпитализации в стационар. Принципы заместительной терапии ВДКН. Сроки хирургической коррекции. Лечение при острых состояниях. Этиологию и патогенез хронической надпочечниковой недостаточности (НН). Клинические проявления первичной НН. Критерии диагностики НН. Алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе при развитии острой НН. Принципы лечения хронической НН у детей. Осложнения гормональной терапии. Прогноз. Тактику наблюдения на педиатрическом	ведущие синдромы у ребенка с ВДКН. Интерпретировать результаты неонатального скрининга, лабораторных и инструментальных методов обследования. Сформулировать клинический диагноз. Определить план лечения в соответствии с действующими клиническими протоколами. Провести коррекцию заместительной терапии в период интеркуррентных заболеваний и стресса. Использовать принципы медицинской этики и деонтологии в работе с пациентом. Оказать неотложную	щитовидной железы, оценка состояния наружных гениталий и грудных желез). Методами оценки общего состояния больного ребенка. Алгоритмом постановки предварительного диагноза ВДКН и ХНН. Основными принципами заместительной терапии и контроля ее адекватности у больных с ВДКН и ХНН. Алгоритмом выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при развитии острого адреналового	кафедры)
Диагностика заболеваний у детей и подростков	ПК – 1. Способность и готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях оценки состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-2.	ИД-1 _{ПК-1} ИД-2 _{ПК-1} ИД-3 _{ПК-1} ИД-4 _{ПК-1} ИД-5 _{ПК-1} ИД-6 _{ПК-1} ИД-7 _{ПК-1} ИД-8 _{ПК-1} ИД-9 _{ПК-1} ИД-10 _{ПК-1} ИД-11 _{ПК-1} ИД-12 _{ПК-1} ИД-15 _{ПК-1} ИД-16 _{ПК-1}	А/04.7 «Проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы, среди детей и их родителей» А/05.7 «Организация деятельности и медицинского персонала и ведение					

Лечение заболеваний у детей и подростков	Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на раннюю диагностику заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития, в том числе с использованием инновационных методов и методик диагностики и цифровых технологий ПК-3. Способность и готовность к определению тактики ведения и назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии, диетотерапии с учётом возраста ребёнка, диагноза, в соответствии с действующими	ИД1_{ПК-2} ИД-2_{ПК-2} ИД-3_{ПК-2} ИД-4_{ПК-2} ИД-5_{ПК-2} ИД-6_{ПК-2} ИД-7_{ПК-2} ИД-8_{ПК-2} ИД-1_{ПК-3} ИД-2_{ПК-3} ИД-3_{ПК-3} ИД-4_{ПК-3}, ИД-5_{ПК-3} ИД-6_{ПК-3} ИД-7_{ПК-3} ИД-8_{ПК-3} ИД-9_{ПК-3}	медицинской документации».		участке	помощь больному с острой НН недостаточностью и организовать неотложную госпитализацию ребенка в эндокринологическое отделение.	криза.	
--	---	---	----------------------------	--	---------	--	--------	--

	клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи, в том числе с использованием инновационных методов и методик лечения заболеваний у детей и цифровых технологий ПК-4. Способность и готовность к оценке эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии и диетотерапии, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-5. Способность и готовность к оказанию первичной медико-	ИД-1_{ПК-4} ИД-2_{ПК-4} ИД-3_{ПК-4} ИД-4_{ПК-4} ИД-1_{ПК-5}						
--	---	---	--	--	--	--	--	--

	санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой для жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства, но не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-7. Способность и готовность к определению нарушений в состоянии здоровья детей, приводящие к ограничению их жизнедеятельности и направлению их	ИД-1_{ПК-7} ИД-2_{ПК-7} ИД-3_{ПК-7} ИД-4_{ПК-7}							
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Медицинская реабилитация детей и подростков	в службу ранней помощи, в медицинские организации, оказывающие паллиативную помощь, для прохождения медико-социальной экспертизы, в том числе с использованием цифровых технологий							
Диагностические инструментальные методы обследования	ОПК - 4. Способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИД-1 _{ОПК-4} ИД-2 _{ОПК-4} ИД-3 _{ОПК-4}	А/01.7 «Обследование детей с целью установления диагноза» А/02.7 «Назначения лечения детям и контроль его эффективности и безопасности».	ДЕ 7. Нарушения роста. Соматотропная недостаточность О П К - 4 , 7 ; ПК-1,2,3,4,9	Физиологию роста. Роль гормона роста (СТГ) в регуляции метаболизма. Причины низкорослости. Эпидемиологию, этиологию и формы дефицита гормона роста (СТГ-дефицита). Клинические проявления и фенотипические особенности семейной низкорослости, соматогенного нанизма, конституциональной задержки роста и пубертата, СТГ-	Анализировать жалобы, данные анамнеза. Провести физикальное обследование. Оценить фенотипические особенности. Определить степень отклонений от нормы показателей линейного роста ребенка по программе ВОЗ, оценить его темпы роста ребенка по годам.	Методами общего клинического обследования и методами стандартного эндокринологического обследования (антропометрия, визуально - пальпаторная оценка щитовидной железы, оценка состояния наружных гениталий и грудных желез). Алгоритмом выполнения	БРС кафедры; тесты, ситуационные задачи; работа у постели больного; оценка работы на семинарском занятии (участие в обсуждении); участие в НИРС (СНО кафедры)
Лечение заболеваний и состояний	ОПК- 7. способность назначать лечение и осуществлять контроль	ИД-1 _{ОПК-7} ИД-2 _{ОПК-7} ИД-3 _{ОПК-7}	А/03.7 «Реализация и контроль эффективности					

Диагностика заболеваний у детей и подростков	его эффективности и безопасности ПК – 1. Способность и готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях оценки состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-2. Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на раннюю диагностику	ИД-1_{ПК-1} ИД-2_{ПК-1} ИД-3_{ПК-1} ИД-4_{ПК-1} ИД-5_{ПК-1} ИД-6_{ПК-1} ИД-7_{ПК-1} ИД-8_{ПК-1} ИД-9_{ПК-1} ИД-10_{ПК-1} ИД-11_{ПК-1} ИД-12_{ПК-1} ИД-15_{ПК-1}, ИД-16_{ПК-1} ИД1_{ПК-2} ИД-2_{ПК-2} ИД-3_{ПК-2} ИД-4_{ПК-2} ИД-5_{ПК-2} ИД-6_{ПК-2} ИД-7_{ПК-2} ИД-8_{ПК-2}	реабилитационных программ для детей». А/04.7 «Проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы, среди детей и их родителей» А/05.7 «Организация деятельности и медицинского персонала и ведение медицинской документации».		дефицита, синдрома 45X0 и других генетических синдромов с нарушением роста. Показания для направления к эндокринологу и другим специалистам. Методы диагностики дефицита СТГ и гипопитуитаризма. Тактику ведения больных с нарушением роста. Ростовый прогноз у детей с СТГ-дефицитом.	Определить «костный возраст» и уровень полового развития по шкале Таннера. Наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и обосновать показания для консультации генетика, эндокринолога и других специалистов.	основных диагностических и лечебных мероприятий при нарушениях роста.	
--	---	--	--	--	---	---	---	--

Лечение заболеваний у детей и подростков	заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития, в том числе с использованием инновационных методов и методик диагностики и цифровых технологий ПК-3. Способность и готовность к определению тактики ведения и назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии, диетотерапии с учётом возраста ребёнка, диагноза, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи, в том	ИД-1 _{ПК-3} ИД-2 _{ПК-3} ИД-3 _{ПК-3} ИД-4 _{ПК-3} , ИД-5 _{ПК-3} ИД-6 _{ПК-3} ИД-7 _{ПК-3} ИД-8 _{ПК-3} ИД-9 _{ПК-3}						
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Профилактика заболеваний у детей и подростков	числе с использованием инновационных методов и методик лечения заболеваний у детей и цифровых технологий ПК-4. Способность и готовность к оценке эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии и диетотерапии, в том числе с использованием цифровых технологий ПК-9 Способность и готовность к обучению детей и их родителей (законных представителей) основным правилам здорового образа жизни, навыкам	ИД-1_{ПК-4} ИД-2_{ПК-4} ИД-3_{ПК-4} ИД-4_{ПК-4} ИД-2_{ПК-9}							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

	самоконтроля и дистанционного контроля основных физиологических показателей, способствующих сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)**

Кафедра эндокринологии

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ, ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

Специальность: 31.05.02 - Педиатрия
Уровень высшего образования: специалитет
Квалификация: врач – педиатр

г. Екатеринбург
2025 год

Диффузный нетоксический зоб

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1) СУТОЧНАЯ НОРМА ПОТРЕБЛЕНИЯ ЙОДА КОРМЯЩЕЙ МАТЕРЬЮ:

- a. 50 мкг
- b. 100 мкг
- c. 200 мкг
- d. 300 мкг

2) СУТОЧНАЯ НОРМА ПОТРЕБЛЕНИЯ ЙОДА У ПОДРОСТКОВ:

- a. 90 мкг
- b. 100 мкг
- c. 120 мкг
- d. 200 мкг

3) ПРОФИЛАКТИКА ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДИТСЯ:

- a. до 3-летнего возраста
- b. до 7 лет
- c. до 14 лет
- d. до 18 лет

4) МАССОВАЯ ЙОДНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ:

- a. внесения йода в продукты питания
- b. обогащения питьевой воды йодом
- c. йодирования соли
- d. курсового приема левотироксина

5) ДЛЯ ДИФFUЗНОГО НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНО:

- a. диффузное увеличение ЩЖ с увеличением ее функции
- b. диффузное эутиреоидное увеличение ЩЖ

- c. диффузное увеличение ЩЖ и йодурии
- d. диффузное увеличение ЩЖ и уменьшение йодурии

6) НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЙОДА В ПОПУЛЯЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЙОДУРИИ:

- a. 200-300 мкг/л
- b. 100-200 мкг/л
- c. 50-99 мкг/л
- d. 20-49 мкг/л

7) ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЧАСТОТЕ ЗОБА В ПОПУЛЯЦИИ:

- a. 20-29%%
- b. 5-19%
- c. 3 -4 %
- d. 1-2%

8) УЗИ ЩЖ ПОЗВОЛЯЕТ:

- a. определить объем ЩЖ
- b. оценить функцию ЩЖ
- c. определить степень выраженности йодного дефицита
- d. дифференцировать эндемический зоб и тиреоидит

9) ЛЕЧЕНИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА НАЧИНАЮТ С НАЗНАЧЕНИЯ:

- a. левотироксина
- b. препаратов йода на 1 месяц
- c. препаратов йода на 6 месяцев
- d. наблюдают без лечения

10) ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ЩЖ ОПРЕДЕЛЯЮТ:

- a. объем ЩЖ
- b. эхо-структуру ЩЖ

- c. содержание в крови тиреоглобулина
- d. уровень ТТГ и сТ4

Гипотиреоз

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1) ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТИРЕОЗА:

- a. зависит от сроков нормализации Т4
- b. определяется возрастом ребенка
- c. зависит от сроков нормализации ТТГ
- d. пожизненно

2) ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА:

- a. патология ЦНС
- b. дефицит 21- гидроксилазы
- c. образование антител к рецептору ТТГ
- d. дисгенезия щитовидной железы

3) УРОВЕНЬ ТТГ У НОВОРОЖДЕННОГО НЕ ПРЕВЫШАЕТ:

- a. 20,0 мМЕ/л
- b. 4,0 мМЕ/л
- c. 10,0 мМЕ/л
- d. 2,0 мМЕ/л

4) СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- a. низким уровнем ТТГ
- b. низким уровнем сТ4 и повышенным сТ3
- c. повышением уровня тиреоглобулина
- d. повышением ТТГ при нормальном уровне сТ4

5) ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. тахикардия
- b. брадикардия
- c. гипертензия
- d. гиполипидемия

6) ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ ТИПИЧНО:

- a. снижение температуры тела
- b. термоассиметрия
- c. субфебрилитет
- d. снижение холестерина в крови

7) ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО:

- a. очаговая алопеция
- b. диффузная алопеция
- c. выраженная потливость
- d. повышенная возбудимость

8) ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

- a. нарушение эритропоэза
- b. повышение гликированного гемоглобина
- c. лейкоцитурия
- d. снижение билирубина

9) ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- a. повышением липогенеза
- b. отставанием костного возраста
- c. опережением развития моторики
- d. гипергликемией

10) НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ВКЛЮЧАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ:

- a. сТ4

- b. ТТГ, Т4, Т3
- c. ТТГ
- d. с Т4 и с Т3

11) ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ПЛОДА НЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ГИПОТИРЕОЗА У МАТЕРИ:

- a. тиреотоксикоз
- b. дисгенезия щитовидной железы
- c. фетальный зоб
- d. гипопаратиреоз

Диффузный токсический зоб. Аутоиммунный тиреоидит.

Гипопаратиреоз. Гиперпаратиреоз

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1) КЛИНИКА ДТЗ (БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА) У ПОДРОСТКОВ ИМЕЕТ ПРОЯВЛЕНИЯ, СХОДНЫЕ С

- a. гриппом
- b. кардитом
- c. ревматизмом
- d. ВСД

2) ДЛЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА ХАРАКТЕРНО:

- a. снижение температуры тела
- b. субфебрилитет
- c. гиподинамия
- d. повышение холестерина в крови

3) ДЛЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА ХАРАКТЕРНО:

- a. снижение основного обмена
- b. тахикардия
- c. брадикардия

d. гипоплазия щитовидной железы

4) В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТИРЕОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ:

- a. тирозол
- b. тироксин
- c. йодбаланс
- d. йодомарин

5) ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. низкий уровень кальция в крови на фоне гиперфосфатурии
- b. низкий уровень кальция на фоне низкого уровня фосфора в крови
- c. нормальная экскреции фосфора с мочой
- d. низкий уровень ионизированного кальция в крови

6) САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПОПАРАТИРЕОЗА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. аутоиммунное поражение
- b. висцеральное ожирение
- c. травма шеи
- d. кахексия

7) ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ:

- a. 2,3 ммоль/л
- b. 2,4 ммоль/л
- c. 2,5 ммоль/л
- d. 2,7 ммоль/л

8) БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА У ДЕТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

- a. психической травмы
- b. выработки антител к рецептору ТТГ
- c. инсоляции

d. повышения тиреотропной функции гипофиза

9) ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- a. у мальчиков
- b. у девочек
- c. в младенческом возрасте
- d. в подростковом возрасте

Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН)

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1) ПРИЧИНОЙ ВДКН ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. индуцированная беременность
- b. мутация генов
- c. ППЦНС
- d. ВУИ

2) САМОЙ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ВДКН ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. дефицит 21-гидроксилазы
- b. дефицит оксидоредуктазы
- c. дефицит 11 β -гидроксилазы
- d. дефицит липопропротеидлипазы

3) ДЕФИЦИТ АЛЬДОСТЕРОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ:

- a. отеков
- b. гипертонии
- c. гипонатриемии
- d. гипокалиемия

4) БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ВДКН ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ В КРОВИ:

- a. ТТГ

- b. АКТГ
- c. 17-ОН-прогестерон
- d. Кортизол

5) ГОРМОНАЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ АДЕКВАТНОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВДКН ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. нормальный уровень кортизола в плазме
- b. нормальный уровень кортизола в слюне
- c. нормальный уровень 17-ОН-прогестерона в крови
- d. нормальный уровень половых гормонов

6) СИНДРОМ ПОТЕРИ СОЛИ ПРИ ВДКН ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- a. сразу после рождения
- b. на 3 – 4 сутки
- c. на 4 – 5 сутки
- d. на 10 – 14 сутки

7) УВЕЛИЧЕНИЕ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ВДКН ТРЕБУЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО:

- a. при интеркуррентных заболеваниях
- b. через месяц после рождения
- c. в случае психоэмоциональной нагрузки
- d. при легкой физической нагрузке

8) ПРИ РАЗВИТИИ АДРЕНАЛОВОГО КРИЗА НА ФОНЕ ГИПЕРТЕРМИИ ТРЕБУЕТСЯ:

- a. увеличение дозы глюкокортикоидов перорально
- b. жаропонижающие препараты перорально
- c. парентеральное введение жаропонижающих
- d. парентеральное введение глюкокортикоидов

9) В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ВДКН ХАРАКТЕРНО:

- a. гипергликемия
- b. гипогликемия
- c. гипернатриемия
- d. гипокалиемия

10) ДЛЯ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВДКН ХАРАКТЕРНО:

- a. замедление темпов роста в раннем возрасте
- b. ожирение
- c. дефицит массы тела
- d. ускорение темпов костного созревания

Надпочечниковая недостаточность

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1) ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. кортеф
- b. лептин
- c. эутирокс
- d. синактен

2) ДЛЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО:

- a. высокое А/Д
- b. гипогликемия
- c. гипокалиемия
- d. гипернатриемия

3) ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПИК СЕКРЕЦИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ОТМЕЧАЕТСЯ В:

- a. 6 – 8 час.
- b. 10 – 12 час.
- c. 14 – 16 час.

d. 18 -20 час.

4) ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. желтуха
- b. кожная сыпь
- c. участки депигментации
- d. гиперпигментация

5) ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПОКОРТИЦИЗМА ПРОВОДИТСЯ:

- a. до нормализации уровня кортизола в крови
- b. до нормализации уровня АКТГ
- c. пожизненно
- d. в период декомпенсации

6) ПРИ РАЗВИТИИ АДРЕНАЛОВОГО КРИЗА НА ФОНЕ ГИПЕРТЕРМИИ ТРЕБУЕТСЯ:

- a. увеличение дозы глюкокортикоидов перорально
- b. жаропонижающие препараты перорально
- c. парентеральное введение жаропонижающих
- d. парентеральное введение глюкокортикоидов

7) УВЕЛИЧЕНИЕ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПОКОРТИЦИЗМЕ ТРЕБУЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО:

- a. при интеркуррентных заболеваниях
- b. через месяц после постановки диагноза
- c. в случае психоэмоциональной нагрузки
- d. при легкой физической нагрузке

8) ХРОНИЧЕСКАЯ ПЕРЕДОЗИРОВКА ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- a. гиперемией кожи
- b. ожирением

- c. похудением
- d. ожирением и остеопорозом

9) ПРИЧИНЫ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАДПОЧЕЧНИКОВ:

- a. длительный прием глюкокортикоидов
- b. аутоиммунное поражение надпочечников
- c. черепно-мозговая травма
- d. нейроинфекция

10) САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СИНДРОМА УОТЕРХАУЗА – ФРИДЕРИКСЕНА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА:

- a. менингококковая инфекция
- b. неадекватная терапия хронической недостаточности надпочечников
- c. присоединение интеркуррентных заболеваний
- d. опухоль надпочечника

Нарушения роста. Соматотропная недостаточность

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1) РОСТ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ:

- a. 6-8 см/год
- b. 10-12 см/год
- c. 15-18 см/год
- d. 25-30 см/год

2) ТЕМПЫ РОСТА ЗА ГОД У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 3–7 ЛЕТ:

- a. 2 - 3 см/год
- b. 3 – 4 см/год
- c. 6 – 8 см/год
- d. 12 –15 см/год

3) ПРИ ВРОЖДЕННОМ ДЕФИЦИТЕ ГОРМОНА РОСТА ХАРАКТЕРНО:

- a. желтуха
- b. раннее закрытие большого родничка
- c. гипергликемия
- d. гипогликемия

4) В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ДЕФИЦИТ ГОРМОНОВ:

- a. вазопрессина
- b. лептина
- c. СТГ
- d. ФСГ

5) НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. нарушения полового созревания
- b. хромосомные нарушения
- c. конституциональная задержка роста
- d. дефицит гормона роста

6) НИЗКОРОСЛОСТЬ У ДЕВОЧЕК НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИНДРОМА:

- a. Барде-Бидля
- b. Прадера-Вилли
- c. Марфана
- d. Шерешевского Тернера

7) ВЫСОКОРОСЛОСТЬ У МАЛЬЧИКОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- a. синдрома Клайнфельтера
- b. хондродистрофии
- c. недостаточной секреции пролактина
- d. гормональных нарушений

Нарушения полового развития. Врожденные нарушения половой дифференцировки

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1) ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У МАЛЬЧИКОВ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

- a. 10 - 11 лет
- b. 11 - 12 лет
- c. 12 – 13 лет
- d. 13,5 – 14 лет

2) ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

- a. 10 – 11 лет
- b. 11 – 12 лет
- c. 12 – 12,5 лет
- d. 13 – 13,5 лет

3) У ДЕВОЧЕК С КЛИНИКОЙ ЗАДЕРЖКИ ПУБЕРТАТА ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВОДИТСЯ:

- a. ЭЭГ
- b. ЭМГ
- c. консультация иммунолога
- d. УЗИ органов малого таза

4) ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ У ДЕВОЧЕК ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ РАНЬШЕ:

- a. 8 лет
- b. 9 лет
- c. 10 лет
- d. 11 лет

5) ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ У МАЛЬЧИКОВ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ РАНЬШЕ:

- a. 10 лет
- b. 11лет
- c. 12 лет
- d. 9 лет

6) В НОРМЕ ПУБЕРТАТ У ДЕВОЧЕК НАЧИНАЕТСЯ С ПОЯВЛЕНИЯ:

- a. оволосения на лобке
- b. оволосения в аксиллярной области
- c. молочных желез
- d. менархе

7) В НОРМЕ ПУБЕРТАТ У МАЛЬЧИКОВ НАЧИНАЕТСЯ С:

- a. появления оволосения на лобке
- b. появления оволосения в аксиллярной области
- c. мутации голоса
- d. увеличения объема гона

8) ГИПОГОНАДИЗМ У МАЛЬЧИКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- a. отсутствием оволосения на лобке
- b. отсутствием вторичных половых признаков после 14 лет
- c. отсутствием мутации голоса к 14 годам
- d. гипоплазией одной гонады

Ожирение

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1) ОЖИРЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ АССОЦИИРОВАНО С:

- a. апноэ во сне
- b. высокой физической активностью

- c. со степенью низкорослости
- d. дистопией щитовидной железы

2) ПРОГРЕССИРОВАНИЮ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ:

- a. медикаментозное лечение очаговой инфекции
- b. недостаточная физическая активность
- c. регулярный 4-кратный прием пищи
- d. обильный завтрак

3) НАЗОВИТЕ НЕОБХОДИМЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОЖИРЕНИЯ:

- a. масса тела
- b. окружность талии
- c. окружность бедер
- d. ИМТ

4) I СТЕПЕНЬ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ SDS ИМТ:

- a. 1,0 SD
- b. 2,0–2,5 SD
- c. 3,0 SD
- d. -1,0 SD

5) НАЗОВИТЕ ОДНО ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖИРЕНИЯ:

- a. субклинический гипотиреоз
- b. низкорослость
- c. сахарный диабет 1 типа
- d. сахарный диабет 2 типа

6) МЕТОД БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ:

- a. плотность костной ткани
- b. мышечный тонус

- c. количество жировой массы
- d. локализацию липомы

7) РИСК АТЕРОГЕНЕЗА ПРИ ОЖИРЕНИИ ПОВЫШЕН, ЕСЛИ:

- a. увеличена функция щитовидной железы
- b. преждевременное половое развитие
- c. увеличен холестерин и триглицериды в крови
- d. увеличено соотношение глобулины/ альбумины

8) НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. моногенное ожирение
- b. конституционально-экзогенное
- c. церебральное
- d. синдромальное

Сахарный диабет. Диагностика. Лечение.

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1) ГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, КАК ДИАБЕТИЧЕСКАЯ:

- a. 5,0 ммоль/л
- b. 5.5 ммоль/л
- c. 5,8 ммоль/л
- d. 6,1 ммоль/л

2) САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- a. сочетанием с ожирением
- b. отсутствием жалоб
- c. склонностью к кетоацидозу
- d. инсулинорезистентностью

3) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ОПРЕДЕЛЯЮТ:

- a. уровень глюкозы через 1,5 часа
- b. уровень гликемии на 60 минуте
- c. уровень гликемии на 180 минуте
- d. уровень гликемии натощак и через 2 часа

4) НАЛИЧИЕ ГЛЮКОЗУРИИ И НОРМОГЛИКЕМИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- a. сахарного диабета
- b. несахарного диабета
- c. нефрогенного диабета
- d. пиелонефрита

5) ОБЪЕКТИВНЫМ КРИТЕРИЕМ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. гликемия натощак
- b. гликемия после еды через 60 минут
- c. гликированный гемоглобин 8,0 %
- d. гликированный гемоглобин 6,5 %

6) К ИНСУЛИНАМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ:

- a. левемир
- b. актрапид
- c. лантус
- d. хумалог

7) К ИНСУЛИНАМ УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ:

- a. левемир
- b. актрапид
- c. лантус
- d. хумалог

8) ПОСТАЛИМЕНТАРНАЯ ГЛИКЕМИЯ УКАЗЫВАЕТ НА САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (ММОЛЬ/Л):

- a. 8,0
- b. 9,0
- c. 10,0
- d. 11,2

9) ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

- a. лейкоцитоза
- b. глюкозурии
- c. гематурии
- d. гипоизостенурии

10) В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ДОМИНИРУЮЩИЙ ТИП САХАРНОГО ДИАБЕТА (СД):

- a. СД 2 типа
- b. СД 1 типа
- c. MODI – диабет
- d. идиопатический

11) ВЫБЕРИТЕ ОДИН ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ СИМПТОМОВ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА:

- a. полифагия в сочетании с избыточным весом
- b. полифагия в сочетании с похудением
- c. полифагия и гипоизостенурия
- d. снижение аппетита и гипоизостенурия

12) НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ИНСУЛИНА СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

- a. активацией липолиза
- b. снижением липолиза
- c. усилением липогенеза
- d. снижением лактата в крови

13) ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. аутоиммунный инсулит
- b. относительный дефицит инсулина
- c. инсулинорезистентность
- d. перекорм ребенка

14) ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. аутоиммунный инсулит
- b. абсолютный дефицит инсулина
- c. инсулинорезистентность
- d. частые инфекционные заболевания

15) ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ХАРАКТЕРНО:

- a. легкое течение
- b. среднетяжелое и тяжелое течение
- c. снижение инсулинопотребности в пубертате
- d. нормальная секреция инсулина

Сахарный диабет 1 типа. Диабетический кетоацидоз. Гипогликемия

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1) ЛАБОРАТОРНЫЙ КРИТЕРИЙ ГИПОГЛИКЕМИИ ПО ВОЗ:

- a. 4,0 ммоль/л
- b. 3,5 ммоль/л
- c. 3,3 ммоль/л
- d. 2,8 ммоль/л

2) РЕБЕНОК ДОСТАВЛЕН В КЛИНИКУ С СИМПТОМАТИКОЙ «ОСТРОГО ЖИВОТА». ПО ДАННЫМ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЫЯВЛЕНО: PH КРОВИ – 7,2; BE = - 22; ГЛИКЕМИЯ – 19,0 ммоль/л; АЦЕТОНУРИЯ. ВАШ ДИАГНОЗ:

- a. острый аппендицит
- b. холецистит

с. диабетический кетоацидоз

d. кишечная инфекция

3) ПРИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ОБЯЗАТЕЛЬНО ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРОВ:

a. 20% альбумин

b. 3% NaCl

с. 5-10 % глюкоза и 4% KCl

d. антибиотиков

4) НАЗОВИТЕ ПОЧАСОВУЮ ДОЗУ ИНСУЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА:

a. 0,01 ед/кг массы тела

b. 0,1 ед/кг массы тела

с. 1,0 ед/кг массы тела

d. 0,02 ед/кг массы тела

5) СКОЛЬКО МЕЖДУНАРОДНЫХ ЕДИНИЦ ИНСУЛИНА СОДЕРЖИТСЯ В 1,0 МЛ:

a. 10 ЕД

b. 20 ЕД

с. 40 ЕД

d. 100 ЕД

6) В ПАТОГЕНЕЗЕ СИМПТОМОВ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЫ ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

a. накопление кетонов в крови

b. накопление лактата

с. гипергликемия ≥ 40 ммоль/л

d. гиперкалиемия

7) ПАТОГЕНЕЗ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ВКЛЮЧАЕТ:

a. повышенный липолиз

- b. повышение утилизации глюкозы
- c. снижение протеолиза
- d. снижение глюконеогенеза

8) СТАРТОВЫМ РАСТВОРОМ В ТЕРАПИИ КЕТОАЦИДОЗА ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ $\geq 20,0$ ММОЛЬ/Л ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. 0,9 % NaCl
- b. 3,0 % NaCl
- c. 10,0 % глюкоза
- d. 10,0 % альбумин

9) ВВЕДЕНИЕ БИКАРБОНАТА НАТРИЯ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ВОЗМОЖНО ПРИ PH КРОВИ:

- a. 6,9
- b. 7,25
- c. 7,20
- d. 7,1

10) ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КЕТОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ НЕОБХОДИМО ВВЕДЕНИЕ:

- a. глюкозы и инсулина
- b. гидрокарбоната натрия
- c. 20% альбумина
- d. глюкокортикоидов

11) ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ PH КРОВИ:

- a. 7,35
- b. 7,30
- c. 7,29
- d. 7,15

12) ПРИЧИНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. абсолютный дефицит инсулина
- b. относительный дефицит инсулина
- c. недостаточность питания
- d. избыточный вес

13) ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЧАСТЫХ ГИПОГЛИКЕМИЙ У РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. неадекватная инсулинотерапия
- b. эмоциональный фактор
- c. пубертат
- d. ВСД

14) ПРИЗНАКИ УГРОЗЫ ОТЕКА МОЗГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЕТОАЦИДОЗА:

- a. снижение А/Д
- b. тахикардия
- c. изменение неврологического статуса
- d. снижение гликемии на 2–3 ммоль/час

15) ДЛЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ТИПИЧНО:

- a. отечный синдром
- b. гипервозбудимость
- c. абдоминальный синдром
- d. артериальная гипертензия

16) ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНФУЗИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ:

- a. 1 – 2 часа
- b. 3 – 4 часа
- c. 5 – 6 часов
- d. 12 – 20 часов

17) ИНФУЗИЯ ПРЕПАРАТОВ КАЛИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ПОКАЗАНА:

- a. на первом часу инфузии
- b. на 2 – 3 часу
- c. в конце инфузии
- d. не показана

18) НЕИСПРАВНОСТЬ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПЫ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ:

- a. диабетической нейропатии
- b. кетоацидоза
- c. ОПН
- d. ХПН

19) В ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПЕРЕВОД НА ПОДКОЖНЫЕ ИНЪЕКЦИИ ИНСУЛИНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ:

- a. нормализации КОС
- b. нормализации гликемии
- c. быстром снижении гликемии
- d. нормализации уровня калия

Сахарный диабет 1 типа. Осложнения

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1) В ПРОФИЛАКТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:

- a. физиотерапия
- b. фитотерапия
- c. компенсация метаболизма
- d. лечебная физкультура

2) НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ ЖАЛОБА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ:

- a. сердцебиение
- b. выраженная потливость
- c. головная боль

d. боль и онемение пальцев стоп

3) МАРКЕРОМ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

a. микроальбуминурия

b. гиперхолестеринемия

c. повышение уровня мочевой кислоты в крови

d. глюкозурия

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)**

Кафедра эндокринологии

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ, ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

Специальность: 31.05.02 - Педиатрия
Уровень высшего образования: специалитет
Квалификация: врач – педиатр

г. Екатеринбург
2025 год

Примеры ситуационных задач для самоподготовки к зачету

Диффузный нетоксический зоб

Задача № 1. В городе Н. проживает 288 500 детей от 0 до 18 лет. По результатам обследования в рамках «Программы по исследованию и профилактике йододефицитных заболеваний» было обследовано 2332 детей и подростков. У 532 из них выявлен диффузный зоб.

Задание:

1. Установите частоту зоба на территории города Н.
2. Установите степень тяжести зобной эндемии.
3. Назовите методы профилактики и лечения эндемического зоба у детей.

Гипотиреоз

Задача № 1. Мальчик 8 месяцев направлен на консультацию в связи с выраженной задержкой психомоторного развития. Семья переехала месяц назад из Средней Азии. Известно, что мальчик от II беременности, II родов (старшая девочка 12 лет – здорова). После выписки из роддома отмечалась длительная желтуха, вялое сосание, запоры, медленная эпителизация пупочной ранки. Голову начал держать в 7 мес, не сидит. При осмотре: состояние средней тяжести, амимичное отечное лицо, бледно-желтая сухая кожа, мышечная гипотония, волосы редкие, сухие, ломкие. Большой родничок открыт, зубов нет. В легких без особенностей. Тоны сердца приглушены, ЧСС 60 в мин. Живот увеличен в объеме, расхождение прямых мышц живота. Печень выступает на 1,5 см ниже реберного края. Стул 1 раз в 3-4 дня. В ОАК: Нб 88 г/л, в биохимическом анализе крови: холестерин 12 г/л, общий билирубин 24 мкмоль/л, ТТГ в сыворотке крови 110 МЕ/л.

Задание

1. Оцените результаты проведенных исследований.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Ваш диагноз?
4. Какая причина могла привести к развитию данной патологии?
5. Какой прогноз психомоторного развития ребенка?
6. Укажите методы ранней диагностики данного заболевания?
7. Какой из лабораторных показателей является наиболее информативным у детей с данной патологией?
8. Нуждается ли ребенок в гормональной терапии?

9. Уровень какого гормона используется для оценки адекватности заместительной терапии?
10. У врачей каких специальностей должен наблюдаться ребенок?

Диффузный токсический зоб. Аутоиммунный тиреоидит. Гипопаратиреоз

Задача № 1. Юноша 16 лет поступил в кардиологическое отделение с жалобами на учащенное сердцебиение, похудение, раздражительность, плаксивость, утомляемость. Эти события начались около полугода и заставили обратиться к кардиологу. В ходе опроса установлено, что основной проблемой является утомляемость, потеря веса и приступы головокружения. В анамнезе жизни: родители здоровы, у тетки по линии отца - заболевание щитовидной железы, у мальчика - частые ангины, аппендэктомия в 14 лет.

Физикальное обследование: юноша 170 см, пониженного питания, с большими глазами, не спокоен, отмечается дрожь в руках. Кожа теплая, влажная, обилие акнэ; при осмотре глаз – широкая глазная щель, выраженная инъекция склер. Щитовидная железа видна на глаз, пальпаторно – плотная. В легких – без особенностей. Сердце – легко пальпируется верхушечный толчок, видимый на глаз, тоны акцентуированы, систолический шум на сосудах, ЧСС – 98 в мин, А/Д – 140/45 мм рт. ст. Отмечается мелкий тремор вытянутых рук.

ОАК – без особенностей, в биохимическом анализе выявлено снижение уровня общего холестерина до 2,8 ммоль/л. На ЭКГ – синусовый ритм с частотой 90 – 110. Гормональный статус: ТТГ – 0,01 мМЕ/л, сТ4 – 40 нмоль/л, титр антител к рецептору ТТГ превышает норму в три раза. При УЗИ ЩЖ: объем железы 28 мл, структура неоднородная, кровоток усилен.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Оцените результаты проведенного обследования
4. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз
5. Какие осложнения возможны у больного?
6. Ваша тактика

Задача № 2. Девочка 10 месяцев, в экстренном порядке доставлена в отделение раннего возраста с жалобами матери на появление у ребенка судорог. Судороги появились впервые при сильном плаче – сначала на лице, затем на конечностях, появился шумный вдох и ребенок быстро стал синеть. Доступ свежего воздуха принес облегчение на 3-4 мин. до приезда «Скорой».

Ребенок от молодых родителей 19 лет, они считают себя здоровыми. Девочка от I беременности, осложненной гестозом второй половины. Роды срочные. Масса при рождении 2900 г, длина 49 см. Прикладывание к груди через 12 часов, сосала активно. Период новорожденности – без особенностей, в возрасте 1 месяца переведена на искусственное вскармливание. В массе прибавляла удовлетворительно, голову держит с 2-х месяцев, сидит с 7 мес, В 2-месячном возрасте был диагностирован рахит, но лечение не проводилось. В 3 мес. перенесла ОРВИ, осложненную гнойным отитом, в 5 мес. – очаговую пневмонию, лечилась в стационаре. Материально-бытовые условия семьи неудовлетворительные. Ребенок очень мало бывает на свежем воздухе. За период настоящей госпитализации под влиянием лечения состояние улучшилось, судороги прекратились.

Задание:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести?
3. Какая причина могла привести к развитию судорог и ларингоспазма?
4. Какой из лабораторных показателей является наиболее информативным у детей с данной патологией?
5. Чем купировать данный приступ?
6. Какие препараты назначаются в межприступный период?

Врожденная дисфункция коры надпочечников

Задача № 1. Новорожденный мальчик в возрасте 10 дней доставлен бригадой скорой помощи в хирургическое отделение детской больницы с диагнозом: Пилоростеноз. Со слов матери, на 7 день после выписки из роддома у мальчика появились срыгивания и беспокойство, а через 3 дня - ежедневно рвота, приступообразные боли в животе, плохой аппетит. При осмотре состояние тяжелое, ребенок вялый, обезвожен, «мраморный рисунок» кожи, гиперпигментация сосков и мошонки. Рвота фонтаном. Перистальтика в процессе осмотра живота хорошо видна. При лабораторном обследовании в б/х анализе крови: общий белок 60 г/л; билирубин общий 13,7 мкмоль/л, глюкоза 1,8 ммоль/л; калий 5,8 ммоль/л, натрий 129 ммоль/л, креатинин – 46 мкмоль/л.

Задание:

1. Оцените результаты проведенных исследований
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Какова ваша тактика и неотложная помощь?

4. Оцените прогноз заболевания.

Задача № 2. В приемный покой детской больницы доставлен мальчик в возрасте 1 месяца в тяжелом состоянии. Мать предъявляет жалобы на срыгивания и рвоты, которые появились вскоре после выписки из роддома и участились в последние дни. Масса при рождении 3500 г, длина – 52 см. При осмотре ребенок истощен, масса тела – 3100 г, выражены симптомы эксикоза. Кожа сухая, бледная. Соски грудных желез пигментированы. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 160 в 1 минуту. Со стороны других внутренних органов без особенностей. Стул при осмотре полужидкий, без патологических примесей. Менингеальные симптомы отрицательные.

Задание:

1. Какие заболевания в раннем возрасте могут обусловить развитие подобной клинической картины?
2. Составьте план обследования больного.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Надпочечниковая недостаточность

Задача № 1. В реанимационное отделение инфекционной больницы переведен двухлетний ребенок с диагнозом: Менингококковая инфекция, тяжелое течение. Объективно: состояние ребенка крайне тяжелое, сопор, на туловище имеется обильная полиморфная сыпь геморрагического характера, АД - 70/30 мм. рт. ст., брадикардия, гипонатриемия, гиперкалиемия, снижение клубочковой фильтрации, метаболический ацидоз, ДВС-синдром.

Задание:

1. Назовите осложнения менингококковой инфекции у данного ребенка.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Назначьте экстренную терапию.
4. Поставьте диагноз и назовите причины и механизмы развития указанных признаков?

Задача № 2. Мальчик 10 лет с диагностированной хронической надпочечниковой недостаточностью (в 8-летнем возрасте) жалуется на мышечную слабость, болезненные «покалывания» и судороги в мышцах рук и ног, ломкость ногтей. При обследовании обнаружены положительные симптомы Хвостека и Труссо, удлинение интервала QT на ЭКГ. В биохимии крови - гликемия 3,0 ммоль/л, К – 5,0 ммоль/л, Na – 130,0 ммоль/л, Са

общий – 1,9 ммоль/л (норма 2,1–2,6); Ca⁺⁺ - 0,85 ммоль/л (норма 1,1-1.3); P – 2,0 ммоль/л (норма 0,8-1,6). Уровень щелочной фосфатазы в крови не изменен.

Задание:

1. Оцените результаты проведенных исследований
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какая причина могла привести к развитию данной патологии?
5. Назначьте экстренную терапию.

Нарушения роста. Соматотропная недостаточность

Задача №1. Девочка 6 лет на приеме у педиатра с жалобами на отставание роста от сверстников. Из анамнеза известно, что ребенок от 2-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания в I триместре, с нефропатией и анемией, первых родов с длительным безводным периодом. Родилась с массой 2900 г, длиной 49 см. Раннее развитие без особенностей. Длина тела в 12 месяцев – 70 см. За последний год выросла на 3 см. Рост матери – 167 см, рост отца – 180 см. Девочка госпитализирована в эндокринологическое отделение детской больницы для обследования с диагнозом: Задержка физического развития. При обследовании: рост 99 см, вес 18 кг. Отмечается снижение тургора тканей, перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота, изменение структуры волос (сухие, тонкие).

Общий анализ крови: НБ 120 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $3,5 \times 10^9$ /л, п/ядерные 1%, с/ядерные 52%, эозинофилы 1%, лимфоциты 41%, моноциты 5%, СОЭ 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – хорошая, удельный вес 1021, реакция – кислая, белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л; билирубин общий 15,5 мкмоль/л; холестерин 4,0 ммоль/л; глюкоза 3,0 ммоль/л; натрий 136,0 ммоль/л; калий 4,2 ммоль/л.

Гормональный профиль: ТТГ – 4,0 мМЕ/л (норма 0,4-4,0); сТ4 14,0 пмоль/л (норма 11-23).

Проба с клофелином: СТГ натощак 0,22 нг/мл, СТГ после стимуляции 3,5 нг/мл (норма ≥ 10 нг/мл). Костный возраст – на 3 года.

Задание:

1. Оцените физическое развитие ребенка и поставьте предварительный диагноз.
2. Снижение или отсутствие какого гормона отмечается при этом заболевании? Какие нарушения углеводного обмена характерны для этой патологии?
3. Какие нагрузочные пробы проводятся для подтверждения диагноза?

4. Как изменяется костный возраст?
5. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия?

Задача № 2. Мать обратилась в поликлинику с мальчиком 8 лет с жалобами на отставание его в физическом развитии, которое стало проявляться в 4-летнем возрасте. Ребенок родился с массой 3500 г, длиной тела – 50 см. В раннем возрасте болел редко и развивался удовлетворительно. С 3-х лет – частые простудные заболевания, дважды пневмония. Специалист-отоларинголог диагностировал хронический тонзиллит. При осмотре: мальчик пропорционально сложен, низкого роста – 102 см, масса тела 22 кг. Гениталии развиты соответственно возрасту. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Интеллект не нарушен.

Задание:

1. Оцените физическое развитие ребенка.
2. Какие сведения из семейного анамнеза будут Вас интересовать?
3. О каких заболеваниях следует подумать в данном случае?
4. Какие диагностические мероприятия следует провести?
5. Что могло явиться причиной развития данной патологии?
5. Расскажите о дифференцированном подходе к лечению больного в зависимости от результатов обследования.

Нарушения полового развития.

Врожденные нарушения половой дифференцировки

Задача № 1. Родители 3-х летнего мальчика обратились с жалобами на ускоренный рост и появление полового оволосения. Родился от I нормальной беременности. Роды срочные. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 52 см. Послеродовый период и раннее развитие нормальные. С 2 лет стал быстро расти, опережая в росте своих сверстников. Тогда же появилось оволосение в подмышечных впадинах и на лобке. При осмотре: физическое развитие соответствует 5 годам, укорочение проксимальных отделов конечностей, оволосение на лобке и в подмышечных впадинах. Наружные половые органы сформированы правильно, половой член длиной 5 см, яички в мошонке, их объём не более 1 мл.

Задание:

1. Ваш предположительный диагноз.
 - а) норма⁷

- b) преждевременное половое развитие церебрального генеза?
 - c) неклассический вариант адреногенитального синдрома?
 - d) опухоль гонады?
2. Какие исследования должен провести участковый педиатр?
 3. Консультация каких специалистов необходима для постановки диагноза и определения тактики лечения?

Задача № 2. Мальчик 15 лет обратился к участковому педиатру по поводу отставания роста от сверстников, повышенную утомляемость после уроков. Родители среднего роста: мать 160 см, отец - 177 см. В перинатальном и общем анамнезе отмечается: хроническая гипоксия плода, родился с массой тела 3200 г, длиной 51 см, выписан из роддома на 5 сутки. Грудное вскармливание до 3-х месяцев. В 12 месяцев: рост 73 см; масса тела 10 кг. Болел часто простудными заболеваниями, в 5 лет перенес сотрясение головного мозга. На протяжении всего детского возраста имел невысокий рост по сравнению со сверстниками. За последние 2-3 года темпы роста по 5 -7 см/год. Скачок роста отсутствовал. При осмотре: рост 149,5 см, ИМТ 16 кг/м², правильного телосложения (ширина плеч больше ширины таза), пониженного питания; со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, объем яичек 2,0 мл, P1 Aх1. Костный возраст соответствует 12 годам.

Задание:

- 1) ваш предположительный диагноз
- 2) какие лабораторные тесты помогают в диагностике?
- 3) что бы вы могли предложить в данной ситуации?

Ожирение

Задача № 1. Девочка 14 лет обратилась с жалобами на частые головные боли, выраженную прибавку веса за последний год (на 8 кг), повышенный аппетит, одышку, быструю утомляемость, нарушение менструального цикла.

Объективно: Рост 170 см, масса тела 90 кг. На коже груди, живота и подколенных ямок - обилие белесоватых и ярко-розовых стрий; пигментация кожи в области шеи и подмышечных впадин. Абдоминальный тип ожирения. Артериальное давление 145/85 мм рт. ст., ЧСС 80 в мин. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Вторичные половые признаки: Ма 4 P3 Me10. Нерегулярный менструальный цикл.

Результаты орального ГТТ: 5,9 - 9,0 ммоль/л. Базальный уровень ИРИ – 32 МЕ/л (норма: до 17,0 ммоль/л). Содержание кортизола в крови – 510 ммоль/л (норма: 300–500 ммоль/л).

Задание:

- 1) Оцените физическое развитие и рассчитайте ИМТ.
- 2) Оцените результаты лабораторно-инструментального обследования.
- 3) Поставьте диагноз.
- 4) Назначьте лечение.
- 5) Назовите возможные осложнения и прогноз данного заболевания.

Задача № 2. Мальчик 14 лет поступил в отделение с жалобами на быструю утомляемость, головные боли, повышенный аппетит, жажду.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные, у бабушки по линии матери – СД 2 типа, у бабушки по линии отца – ишемическая болезнь сердца, гипертония. В семье много употребляют сладкого, жирного, выпечки. Ребёнок от 2 беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой прерывания. Роды 2, затяжные. Родился с массой тела 4000 гр., длиной 50 см. В раннем возрасте часто болел ОРВИ. В 5 лет - сотрясение головного мозга.

Объективно: рост 156 см, масса тела 78 кг. Кожный покров с участками гиперпигментации на шее и в аксиллярной области. Подкожно - жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на лице, груди, животе, бёдрах. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ЧСС 86 в 1 мин., ЧД 19 в 1 мин., АД 120/70 мм. рт. ст. При пальпации живота - болезненность в правом подреберье, печень (+) 1 см из-под края реберной дуги. Наружные гениталии по мужскому типу. Вторичные половые признаки отсутствуют.

ОАК: RBC - $3,9 \times 10^{12}$ / л, Hb – 130 г/л, MCV-79,0мкмЗ, MCH- 29,0 пг, MCHC- 340 г/л, RDW-14,0%, PLT - 250×10^9 / л, WBC- $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с/я – 52%, э - 5%, л - 37%, м - 5%, СОЭ 4 мм/час.

ОАМ: цвет – желтый, прозрачная, уд. плотность – 1025, реакция кислая; белок отриц., сахар – нет, ацетон – отрицателен.

Биохимический анализ крови: гликемия натощак – 8,0 ммоль/л, общий белок – 65,0г/л, холестерин - 7,6 ммоль/л.

Результаты ГТТ: гликемия натощак – 7,0 ммоль/л, через 2 часа – 11,3 ммоль/л.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 60-80 в 1 мин, нарушения реполяризации миокарда.

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

ИФА гормонов: ТТГ – 3,0 МЕ/л (нормативные значения 0,4 – 4,0 МЕ/л),

сТ4 – 11,0 нмоль/л (нормативные значения 15,0 – 25,0 нмоль/л).

Задание:

- 1) Оцените физическое развитие и рассчитайте ИМТ.
- 2) Оцените результаты лабораторно-инструментального обследования.
- 3) Поставьте диагноз.
- 4) Назовите возможные осложнения данного заболевания.
- 5) Назначьте лечение и оцените прогноз.

Сахарный диабет. Диагностика. Лечение

Задача № 1. Девочка 12 лет на приеме у педиатра с жалобами на кожный зуд, сухость во рту, жажду, слабость и похудение за последние 2 недели. Задание:

- 1) Какой анализ необходимо сделать срочно?
- 2) Каков предварительный диагноз?
- 3) Ваши дальнейшие действия?

Задача № 2. У ребенка 2-летнего возраста на фоне ОРВИ отмечается отсутствие аппетита, потеря массы тела, выраженная жажда, частые мочеиспускания.

Задание:

- 1) Каков вероятный диагноз?
- 2) Какова Ваша тактика?

Сахарный диабет 1 типа. Диабетический кетоацидоз. Гипогликемия

Задача № 1. Девочка Н., 5 лет, в неотложном порядке доставлена в стационар в тяжелом состоянии. Из анамнеза известно, что в течение двух последних недель после перенесенного ОРЗ, отмечалась слабость, девочка похудела, стала много пить и часто мочиться. В течение нескольких дней резко снизился аппетит, появилась тошнота, нарастала слабость, сонливость, жажда. В течение последних суток появилась боль в животе, рвота, головная боль и одышка.

При объективном обследовании: состояние тяжёлое, сознание нарушено– оглушенность, температура тела снижена. Дыхание глубокое, шумное, запах ацетона в выдыхаемом

воздухе. Кожные покровы сухие, на щеках - румянец, губы потрескавшиеся. Тонус глазных яблок снижен. Язык сухой, «малиновый». Подкожно-жировой слой, тургор тканей, мышечный тонус, сухожильные рефлексы снижены. ЧСС- 140 в 1 мин., АД 70/40 мм. рт. ст. и Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное. Стула не было 2 дня.

ОАК: WBC- $8,5 \times 10^9$ /л, RBC- $4,1 \times 10^{12}$ /л, HGB-135 г/л, HCT-38,2%, MCV-79,0мкм³, MCH-29,0 пг, MCHC- 340 г/л, RDW-14,0%, PLT- 400×10^9 / л, э - 1%, п/я – 4%, с/я- 50%, л- 35%, м- 10%, СОЭ – 12 мм/час.

ОАМ: цвет - желтый, слабо мутная, уд. плотность – 1035, реакция кислая, белок – отр., лк.- 8-10 в п/зр., сахар – 6%, ацетон +++.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 66 г/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 110 ммоль/л, мочевины - 8,0 ммоль/л, креатинин 98,0 мкмоль/л, холестерин – 6,8 ммоль/л.

Ph метаб. - 6,9; pO₂ – 92 мм рт. ст.; pCO₂ – 33,9 мм рт. ст., BE – 28,0.

Задание:

1. Поставить и обосновать диагноз.
2. Ваша тактика.
3. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
4. Расписать инфузионную терапию
5. Какие лабораторные исследования и как часто контролируются в процессе инфузионной терапии?
6. Возможные осложнения при проведении инфузионной терапии.

Задача № 2. Девочка 3 лет, доставлена в реанимационное отделение областной больницы из центральной районной больницы. В ЦРБ была госпитализирована с высокой температурой, явлениями ОРВИ и рвотой. Со слов матери девочка много пила, часто и обильно мочилась, отказывалась от еды. Стула не было. За 2 дня пребывания в стационаре состояние ребенка ухудшилось: нарастала слабость, появились боли в животе и повторная рвота. Несмотря на дезинтоксикационную терапию (5% раствор глюкозы, 0,9% NaCl), тяжесть состояния нарастала. Ребенок был срочно доставлен в реанимационное отделение областной больницы. *Объективно:* при поступлении состояние тяжелое, сопор, выраженный эксикоз. Дыхание шумное. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижены, черты лица заострены, гиперемия щек. Пульс учащен до 140 ударов в минуту. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. В области наружных гениталий опрелости и вульвит.

ОАК: WBC- $8,0 \times 10^9$ /л, RBC- $4,4 \times 10^{12}$ /л, HGB-130 г/л, HCT-43%, MCV-79,0 мкм³, MCH- 29,0 пг, MCHC- 340 г/л, RDW-14,0%, PLT- $180,0 \times 10^9$ /л, э – 1%, п/я – 4%, с/я – 50%, л – 35%, м – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: натрий в плазме 110 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, общий белок - 60 г/л, мочевины – 9,8 ммоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л.

ОАМ: белок – 0,99 г/л, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, единичные зернистые цилиндры, глюкозурия.

Реакция на ацетон в моче: резко положительная.

КОС крови: Ph мет. – 7,15; BE – 26,0; осмолярность плазмы 340,0 мосм/л.

Задание:

1. Поставить и обосновать диагноз.
2. Ваша тактика.
3. Расписать подробно инфузионную терапию.
4. Обосновать кратность определения параметров в динамике лечения.
5. Возможные осложнения и прогноз заболевания.

Сахарный диабет 1 типа. Осложнения.

Задача № 1. 16-летний юноша, болеющий сахарным диабетом 1 типа, жалуется на постоянные боли, жжение, покалывание и судороги в мышцах ног. При обследовании обнаружено снижение ахиллового рефлекса, температурной, вибрационной и тактильной чувствительности. По данным ЭМГ выявлено снижение скорости проведения возбуждения по нервам. Ваш предполагаемый диагноз?

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)**

Кафедра эндокринологии

**САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА
СТУДЕНТОВ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ, ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

Специальность: 31.05.02 - Педиатрия

Уровень высшего образования: специалитет

Квалификация: врач – педиатр

г. Екатеринбург

2025 год

Тематика Учебно-исследовательских работ студентов:

1. Этиология эндокринных расстройств у детей и подростков.
2. Заболевания щитовидной железы: диагностика, лечение, профилактика.
3. Нарушения углеводного обмена у детей с ожирением.
4. Метаболический синдром у детей и подростков.
5. Особенности сахарного диабета 1 типа у детей раннего возраста.
6. Современные методы диагностики, лечения и профилактики ожирения у детей
7. Молекулярно-генетические исследования в эндокринологии
8. Алгоритм действий участкового педиатра при остром адреналовом кризе
9. Алгоритм действий участкового педиатра при задержке физического развития
10. Врожденный гиперинсулинизм.

Требования к УИРС

Тема УИРС выбирается с учетом предлагаемого перечня. Название и содержание реферата следует согласовать с преподавателем кафедры (куратором). УИРС должна быть представлена в виде презентации и доклада в группе и виде печатной работы. Продолжительность доклада не более 15 минут.

Оформление УИРС производится в следующем порядке: титульный лист; оглавление; введение; основная часть, разбитая на главы и параграфы; список используемой литературы; приложения.

Объем УИРС – 10 страниц машинописного текста. Титульный лист реферата должен соответствовать общепринятым требованиям. Список использованной литературы должен содержать не менее 5 источников, опубликованных за последние 5 лет. Список литературы следует оформлять в соответствии с библиографическими требованиями. Работа должна быть проиллюстрирована таблицами, рисунками, схемами, которые следует располагать по тексту. На все таблицы в тексте должны быть ссылки. Все аббревиатуры и другие сокращения при первичном представлении должны быть расшифрованы.

Методика оценивания УИРС

УИРС оценивается от 5 до 15 баллов.

15 баллов выставляется, если работа студента написана грамотным научным языком, имеет чёткую структуру и логику изложения, точка зрения студента обоснована, в работе присутствуют знания современных клинических рекомендаций. Студент работе выдвигает новые идеи и трактовки, демонстрирует способность анализировать материал.

10 баллов выставляется, если работа студента написана грамотным научным языком, имеет чёткую структуру и логику изложения, точка зрения студента обоснована, в работе присутствуют ссылки на современные клинические рекомендации, в то же время допущены неточности в обосновании некоторых положений.

5 баллов выставляется, если студент выполнил задание, однако не продемонстрировал способность к научному анализу, не высказывал в работе своего мнения, допустил ошибки в обосновании своего ответа, не показал знания в области современных клинических рекомендаций.

Работа не засчитывается (0 баллов), если студент не выполнил задание, или выполнил его формально, не высказывал своего мнения, не продемонстрировал аналитических способностей, не проявил знаний в области современных клинических рекомендаций.

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)

Кафедра эндокринологии

ВОПРОСЫ К ЗАЧЁТУ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ, ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Специальность: 31.05.02 - Педиатрия

Уровень высшего образования: специалитет

Квалификация: врач – педиатр

г. Екатеринбург

2025 год

1. Эндемический зоб: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, методы профилактики, лечение.
2. Врожденный гипотиреоз: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления у новорожденных и детей раннего возраста, постнатальный скрининг и верификация диагноза, лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
3. Хронический аутоиммунный тиреоидит: клинические проявления, диагностические критерии, лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
4. Диффузный токсический зоб: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, диспансерное наблюдение, осложнения, прогноз.
5. Гипопаратиреоз: этиология, клинические симптомы, диагностика, дифференциальный диагноз, экстренные мероприятия при остром состоянии, поддерживающая терапия, диспансерное наблюдение.
6. Сахарный диабет. Диагностические критерии. Классификация нарушений углеводного обмена.
7. Сахарный диабет 1 типа. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клинические проявления, лабораторная диагностика. Принципы лечения. Критерии компенсации СД.
8. Диабетический кетоацидоз. Клиника. Биохимические критерии диагностики. Неотложная помощь. Профилактика.
9. Поздние осложнения сахарного диабета у детей и подростков. Факторы риска осложнений и методы их выявления. Лечение и профилактика. Прогноз.
10. Синдром гипогликемии: причины, клинические проявления, диагностика, неотложная помощь, прогноз.
11. Ожирение: эпидемиология, этиология, патогенез, диагностические критерии, классификация, клинические проявления, осложнения. Лечение и профилактика ожирения у детей и подростков. Диспансерное наблюдение на педиатрическом участке.
12. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Этиология, патогенез, классификация форм, клинические проявления, диагностика, принципы лечения. Неонатальный скрининг ВДКН. Лечение острого адреналового криза на догоспитальном этапе.

13. Хроническая надпочечниковая недостаточность: этиология, клинические проявления, диагностика, лечение. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности на догоспитальном этапе.
14. Задержка роста и низкорослость. Причины. Дифференциальный диагноз различных форм низкорослости (конституциональная задержка роста, семейная низкорослость, гипопитуитаризм, синдром Шерешевского-Тернера, гипохондроплазия). Принципы лечения низкорослости.
15. Задержка полового созревания и гипогонадизм: определение, причины, клинические проявления, диагностика, принципы лечения, прогноз.
16. Хромосомные нарушения формирования пола: синдром Клайнфельтера, синдром Шерешевского-Тернера и его варианты. Клиника, диагностика, принципы лечения, прогноз.
17. Преждевременное половое развитие: определение, причины, клинические проявления, диагностика, принципы лечения, прогноз.
18. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с эндокринной патологией на педиатрическом участке.

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)**

Кафедра эндокринологии

**МЕТОДИКА БАЛЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЙ
ОЦЕНКИ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ, ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

Специальность: 31.05.02 - Педиатрия

Уровень высшего образования: специалитет

Квалификация: врач – педиатр

г. Екатеринбург

2025 год

Методика БРС - балльнорейтинговая система оценивания учебных достижений студентов по учебной дисциплине «Эндокринология, детская эндокринология» специальности ФГОС ВО 31.05.02 Педиатрия. Екатеринбург, 2025.

Утверждена на заседании кафедры госпитальной педиатрии.

Протокол № 1 от «19» мая 2025 года

Заведующий кафедрой

госпитальной педиатрии,

д.м.н., доцент

Е.Г. Дерябина

1. Общие положения

1.1. Настоящая Методика балльнорейтинговой системы оценивания учебных достижений студентов по учебной дисциплине «Эндокринология, детская эндокринология» разработана в соответствии с Положением о балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений студентов УГМА, принятым на заседании Учёного совета 20.11.2009 г. (протокол № 4) и утверждённым приказом ректора ГОУ ВПО УГМА Росздрава С.М. Кутепова 01.12.2009 г. № 552-р.

1.2. Кафедра исходит из того, что балльнорейтинговая система оценивания учебных достижений является основой текущего и экзаменационного контроля знаний студентов очной формы обучения.

1.3. **Основные принципы реализации** балльнорейтинговой системы оценивания учебных достижений студентов на кафедре детских болезней педиатрического факультета:

- ~ **Модульность** образовательной программы и учебной дисциплины.
- ~ **Систематичность, регулярность и объективность** оценки результатов учебной работы студентов путем начисления рейтинговых баллов.
- ~ **Кумулятивность результатов** учебной работы студентов.
- ~ **Обратная связь**, предполагающая своевременную коррекцию содержания и методики преподавания учебной дисциплины.
- ~ **Гласность и открытость** результатов оценивания учебных достижений студентов.
- ~ **Неизменность требований**, предъявляемых к правилам и критериям оценивания учебных достижений студентов.

2. Дидактическая структура дисциплины

2.1. Учебная дисциплина «Эндокринология, детская эндокринология» на 6 курсе педиатрического факультета (12 семестр) состоит из 11 дидактических единиц, что составляет 18 лекционных часов и 48 часов практических занятий, кроме того предусмотрено 42 часа самостоятельной работы.

3. Алгоритм определения рейтинга студента по дисциплине «Эндокринология, детская эндокринология»

В рамках рейтинговой системы успеваемость студентов по дисциплине в семестре оценивается по следующим параметрам (табл. 1):

- устный опрос по теме занятия
- текущий тестовый контроль знаний,
- практические умения и навыки,
- решение ситуационной задачи,
- итоговый тестовый контроль (табл. 2).

Таблица 1

Формирование бальнорейтинговой оценки по модулю на контрольном занятии*

Порядковый номер модуля	Дидактические единицы модуля	Количество баллов
Модуль «Эндокринология»	Дидактическая единица 1.	0 – 10
	Дидактическая единица 2.	0 – 10
	Дидактическая единица 3	0 – 10
	Дидактическая единица 4.	0 – 10
	Дидактическая единица 5. И т.д.	0 – 10
Средний балл за устные ответы по модулю		6 – 10
Средний балл за текущее тестирование		7 – 10
Средний балл за практические умения и навыки по модулю		7 – 10
Средний балл за ситуационную задачу		10 – 20
Средний балл за итоговый тест-контроль		10 – 20
Рейтинг студента по модулю		40 - 60

* - с обязательным набором баллов по каждому параметру.

Таблица 2

Критерии оценки итогового тестирования

Балл по 100-балльной системе	% выполнения задания	Рейтинговая оценка (баллы)
91-100	91-100	20
81-90	81-90	15
71-80	71-80	10
70 и менее	70 и менее	0

Для формирования рейтинга учитывается посещение лекций: посещение 1 лекции – 0,5

балла, итого - 4,5 балла. При посещении менее 30% лекций автоматически ставится балл «0». Оработка пропущенных лекций осуществляется в виде собеседования по теме лекции с обязательным предоставлением конспекта.

По окончании дисциплины проводится зачет в виде собеседования. Оценивание ответа проводится по 5-балльной шкале (табл. 3).

Для получения **итогового зачета** необходимо набрать 60–80 рейтинговых баллов. Для этого существует процедура добора рейтинговых баллов и система набора поощрительных баллов (табл. 4).

4. Порядок и сроки добора баллов

Добор баллов может быть осуществлен путем выполнения самостоятельной работы: «Обоснование клинического диагноза», решения ситуационной задачи. Если студенту не удалось в ходе процедуры добора рейтинговых баллов по дисциплине достигнуть установленного минимума, он не получает зачет.

Таблица 3

Критерии оценки устного ответа студента

Характеристика ответа	Рейтинговая оценка (баллы)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос. Доказательно раскрыты основные положения. Ответ имеет четкую структуру, изложение последовательно, полностью отражает сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком с использованием современной медицинской терминологии. Могут быть допущены 1-2 недочета или неточности, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.	5
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос. Показано умение мыслить логически, определять причинно-следственные связи. Ответ имеет четкую структуру, изложен литературным языком с использованием современной медицинской терминологии. Могут быть допущены 2-3 недочета или неточности, исправленные студентом с помощью преподавателя.	4
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Нарушены логичность и последовательность изложения материала. Допущены ошибки в употреблении терминов, определении понятий. Студент не способен самостоятельно выделить причинно-следственные связи. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	3
Ответ на вопрос складывается из разрозненных знаний. Студентом допущены существенные ошибки. Изложение материала нелогичное, фрагментарное, отсутствуют причинно-следственные связи, доказательность и конкретизация. Речь неграмотная, медицинская терминология используется недостаточно. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0

Ответ на вопрос отсутствует.	0
------------------------------	---

Поощрительные баллы

С целью поощрения студентов в рейтинговой системе оценки знаний студентов присутствуют поощрительные баллы – бонусы. Они назначаются студентам, активно работающим в студенческом научном кружке и имеющим конкретные научные достижения. Поощрительные баллы и их количество за научно-исследовательскую работу утверждаются на кафедральном совещании (табл. 4).

Таблица 4

Рейтинг выполненной студентом научно-исследовательской работы в рамках СНО кафедры

№п.п	Вид работы	Кол-во рейтинговых баллов
1.	Участие в работе СНО кафедры	
1.1	Активное участие во всех заседаниях	3
1.2	Участие в большинстве заседаний (более 2/3)	2
1.3	Эпизодическое участие (менее 1/3)	1
2	Выполненная студентом работа	
2.1	Подготовлена мультимедийная презентация, доложенная на заседании СНО кафедры	4
2.2	Выполнена научно-исследовательская работа, данные доложены на заседании СНО в виде мультимедийной презентации	6
2.3	Выполнена научно-исследовательская работа, результаты опубликованы в виде тезисов или статьи.	10
	Всего	1 – 20

Все полученные баллы по модулям и поощрительные баллы суммируются и учитываются при расчете рейтинга студента по дисциплине. Максимальное количество баллов (рейтинг), которое может получить студент по дисциплине – **80 баллов**. Минимальное количество баллов, при котором дисциплина должна быть зачтена – **60 баллов**. Полученный студентом итоговый рейтинг по дисциплине выставляется в зачетную книжку.