



Эндокринология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**
Учебный план 31050250_15_1пд.plx
31.05.02. Педиатрия

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 54
самостоятельная работа 18

Виды контроля в семестрах:
зачеты с оценкой 8

Распределение часов дисциплины по

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	8 (4.2)		Итого
Неделя	18		
Вид занятий	уп	рпд	уп
Лекции	18	18	18
Практические	36	36	36
В том числе инт.	2	2	2
Итого ауд.	54	54	54
Контактная	54	54	54
Сам. работа	18	18	18
Итого	72	72	72

Программу составил(и):

д.м.н., профессор, Султаналиева Р.Б. ; преподаватель Гатина А.И.; ; преподаватель Лучкина П.В.;

Рецензент(ы):

д.м.н., зав. кафедрой госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии КГМА им. И.К. Дуңбаева, Маматов С.М. ; д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии №2, Сабилов И.С. 

Рабочая программа дисциплины

Эндокринология

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.02 ПЕДИАТРИЯ (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №95)

составлена на основании учебного плана:

31.05.02. Педиатрия

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от 26.08. 2015 г. № 2

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Токтогулова Н.А. 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

16.11. 2016 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от 15.10. 2016 г. № 3
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Токтогулова Н.А.

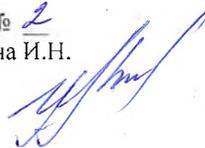


Председатель УМС

15.12. 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от 16.09. 2017 г. № 2
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Лопаткина И.Н.

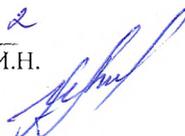


Председатель УМС

12.10. 2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от 29.08. 2018 г. № 2
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Лопаткина И.Н.



Председатель УМС

_____ 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от _____ 2019 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Токтогулова Н.А..

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

18.09. 2019 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от 30.08 2019 г. № 4
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.



Председатель УМС

_____ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от _____ 2020 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

Председатель УМС

_____ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от _____ 2021 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

Председатель УМС

_____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**

Протокол от _____ 2022 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н. Токтогулова Н.А.

УТВЕРЖДАЮ

_____ 2015 г.

Эндокринология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)**
Учебный план 31050250_15_1пд.plx
31.05.02. Педиатрия

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 54
самостоятельная работа 18

Виды контроля в семестрах:
зачеты с оценкой 8

Распределение часов дисциплины по

Семестр (<Курс>.<Семестр р на курсе>)	8 (4.2)		Итого
Неделя	18		
Вид занятий	уп	рпд	уп
Лекции	18	18	18
Практические	36	36	36
В том числе инт.	2	2	2
Итого ауд.	54	54	54
Контактная	54	54	54
Сам. работа	18	18	18
Итого	72	72	72

Программу составил(и):

д.м.н., профессор, Султаналиева Р.Б. _____; преподаватель Гатина А.И.; _____; преподаватель Лучкина П.В;

Рецензент(ы):

д.м.н., зав.кафедрой госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии КГМА им. И.К.Ахунбаева, Маматов С.М.; _____; д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии №2, Сабиров И.С. _____

Рабочая программа дисциплины

Эндокринология

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.02 ПЕДИАТРИЯ (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №95)

составлена на основании учебного плана:

31.05.02. Педиатрия

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от _____ 2015 г. № ____

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Токтогулова Н.А..

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

___ 2016 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от ___ 2016 г. № ___
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Токтогулова Н.А..

Председатель УМС

___ 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от ___ 2017 г. № ___
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Лопаткина И.Н.

Председатель УМС

___ 2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от ___ 2018 г. № ___
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Лопаткина И.Н.

Председатель УМС

___ 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Терапии №1 (Педиатрия и стоматология)

Протокол от ___ 2019 г. № ___
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Токтогулова Н.А..

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целью дисциплины является формирование у студентов фундаментальных знаний, умений и навыков по специальности детская эндокринология.
-----	--

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Биология: понятие об эндокринной системе, роль эндокринной системы в регуляции основных функций организма.	
2.1.2	Анатомия: анатомия эндокринных желез.	
2.1.3	Гистология: гистология эндокринных желез.	
2.1.4	Биохимия: определение понятия гормонов, классификация гормонов. Метаболизм углеводов, жиров, белков.	
2.1.5	Физиология: физиология эндокринной системы ребенка.	
2.1.6	Патофизиология: общие причины и механизм возникновения эндокринопатий.	
2.1.7	Патанатомия - морфологическое изменение эндокринных желез и внутренних органов при основных эндокринологических заболеваниях.	
2.1.8	Фармакология: гормональные препараты.	
2.1.9	Пропедевтика детских болезней: основные этапы диагностического исследования детей и подростков с эндокринной патологией, лабораторно – инструментальные методы исследования, их оценка.	
2.1.10	Факультетская педиатрия - диагностика и лечение смежных с эндокринологией заболеваний внутренних органов.	
2.1.11	Медгенетика: генетические нарушения приводящие к патологии эндокринной системы.	
2.1.12	Хирургия – диагностика и хирургическое лечение некоторых эндокринных заболеваний (токсический зоб, инциденталомы эндокринных желез).	
2.1.13	Медицинская радиология, лучевая диагностика, рентгенология: радиоактивный йод в диагностике и лечении заболеваний ЩЖ. УЗТ и радиоизотопные исследования ЩЖ рентгенологические симптомы при патологии гипопфиза, остеопорозе, увеличении полостей сердца.	
2.1.14	Лучевая диагностика - основные методы исследования эндокринных патологий.	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	детская хирургия	
2.2.2	поликлиническая и неотложная педиатрия	
2.2.3	госпитальная педиатрия	
2.2.4	анестезиология, реанимация, интенсивная терапия	
2.2.5	онкология, лучевая терапия	
2.2.6	офтальмология	
2.2.7	факультетская педиатрия	
2.2.8	поликлиническая и неотложная педиатрия	

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**ОПК-6: готовностью к ведению медицинской документации**

Знать:	
Уровень 1	основные виды медицинской документации, применяемые в условиях стационара и поликлиники
Уровень 2	принципы ведения медицинской документации в стационаре и поликлинике у больных эндокринологического профиля
Уровень 3	правила оформления медицинской карты пациента стационара и амбулаторной карты ребенка с эндокринной патологией
Уметь:	
Уровень 1	оформлять медицинскую документацию в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям
Уровень 2	оформлять историю болезни, амбулаторную карту пациентов с заболеваниями эндокринной системы
Уровень 3	оформлять лист назначений, этапный и заключительный эпикризы, дневники наблюдения, выписывать рецепты
Владеть:	
Уровень 1	навыками оформления учебной истории болезни

Уровень 2	навыками ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации амбулаторного и стационарного пациента с эндокринной патологией
Уровень 3	навыками заполнения историй болезней и выписок из историй болезни пациента с эндокринной патологией, выписки рецептов.

ПК-6: способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

Знать:

Уровень 1	основные симптомы при заболеваниях эндокринной системы детей
Уровень 2	основные клинические синдромы при патологии эндокринной системы у детей.
Уровень 3	основные диагностические критерии и нозологические формы часто встречающихся эндокринных заболеваний у детей в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

Уметь:

Уровень 1	провести расспрос и общеклиническое обследование больного и выявить объективные признаки заболевания.
Уровень 2	составить план лабораторного и инструментального исследования больного и самостоятельно диагностировать патологические синдромы с их обоснованием.
Уровень 3	на основании симптомов и синдромов диагностировать эндокринное заболевание и сформулировать диагноз согласно Международной статистической классификацией болезней и проблем.

Владеть:

Уровень 1	навыками самостоятельной работы в палате у постели больного (опрос, физикальный осмотр).
Уровень 2	навыками оценки и интерпретации результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования больных детей с наиболее распространёнными эндокринными заболеваниями для постановки диагноза.
Уровень 3	алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза в соответствии с имеющейся классификацией.

ПК-9: готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

Знать:

Уровень 1	общие принципы оказания медицинской помощи детям с эндокринной патологией
Уровень 2	клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных эндокринных заболеваний детского возраста.
Уровень 3	основные принципы ведения и лечения наиболее часто встречающихся эндокринных заболеваний детского возраста.

Уметь:

Уровень 1	оценить состояние больного ребенка для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи
Уровень 2	составить план лечения и подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента с эндокринной патологией.
Уровень 3	назначать лечение с учетом возраста детей и нозологической картины заболевания эндокринной системы в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

Владеть:

Уровень 1	навыками подбора адекватной медикаментозной терапии
Уровень 2	алгоритмом выбора и тактики лечения с позиций доказательной медицины конкретного эндокринного заболевания у детей.
Уровень 3	навыками ведения больных эндокринной патологией и интерпретацией результатов лечения

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Порядки оказания медицинской помощи детям с эндокринной патологией в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.
3.1.2	Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях эндокринологического профиля.
3.1.3	Основы функционирования эндокринной системы ребенка.
3.1.4	Этиологию, патогенез, классификацию, клинические проявления и осложнения наиболее часто встречающихся заболеваний эндокринной системы у детей.

3.1.5	Основные принципы диагностики эндокринных заболеваний детского возраста.
3.1.6	Современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования детей с эндокринной патологией.
3.1.7	Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных препаратов для лечения эндокринных заболеваний у детей.
3.1.8	Основные принципы и методы лечения эндокринных заболеваний у детей.
3.1.9	Особенности оказания неотложной помощи детям при эндокринных заболеваниях.
3.1.10	Основные принципы профилактики типичных форм эндокринных заболеваний.
3.2	Уметь:
3.2.1	Проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование ребенка с эндокринной патологией.
3.2.2	Составить план обследования пациента.
3.2.3	Интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных исследований, используемых в эндокринологии.
3.2.4	Оформить медицинскую документацию, вести медицинскую карту стационарного и амбулаторного пациента с эндокринной патологией;
3.2.5	Выявлять основные патологические симптомы и синдромы эндокринных заболеваний.
3.2.6	На основании полученных клинических и лабораторно-инструментальных данных, определить алгоритм постановки диагноза эндокринного заболевания с учетом МКБ-10, сформулировать развернутый клинический диагноз.
3.2.7	Назначать медикаментозную и немедикаментозную терапию с учетом возраста детей и клинической картины заболевания эндокринной системы в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.
3.2.8	Оказать неотложную медицинскую помощь при неотложных состояниях эндокринного генеза;
3.3	Владеть:
3.3.1	Общеклиническими методами обследования детей с целью выявления заболеваний эндокринной системы.
3.3.2	Правилами выбора необходимых лабораторных и инструментальных методов исследования при подозрении на патологию эндокринной системы у детей.
3.3.3	Навыками интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
3.3.4	Методикой проведения глюкозо-толерантного теста.
3.3.5	Навыком постановки диагноза на основании результатов обследования пациентов с эндокринными заболеваниями.
3.3.6	Навыками ведения и лечения больных детей с эндокринной патологией и оценкой эффективности результатов лечения.
3.3.7	Способами оказания неотложной помощи детям при эндокринных заболеваниях.
3.3.8	Навыками анализа и логического мышления, этическими аспектами врачебной деятельности.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Сахарный диабет (СД) у детей						
1.1	Этиология, классификация, клинические проявления, диагностика и основные принципы лечения СД у детей /Лек/	7	2	ПК-9 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.4 Э4	0	
1.2	Классификация. Клиника СД и ее особенности. Критерии диагностики. Принципы лечения СД у детей, инсулинотерапия. /Пр/	7	4	ПК-6 ПК-9 ОПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Э4	0	Работа в малых группах
1.3	Поздние осложнения сахарного диабета у детей /Лек/	7	2	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э4	0	
1.4	Поздние осложнения СД. Диабетическая нефропатия, ретинопатия, хайропатия. Классификация, критерии диагностики поздних осложнений. /Пр/	7	4	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.4 Э4	0	

1.5	Острые осложнения сахарного диабета у детей /Лек/	7	2	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.2 Л2.1 Э4	0	
1.6	Гиперкетонемическая, гипогликемическая кома. Клиника. Дифференциальная диагностика, неотложная помощь, профилактика. /Пр/	7	4	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Э4	0	
1.7	Обучение детей с СД 1 типа, самоконтроль. Курация детей с СД. Расчет инсулинотерапии для курируемых больных. Расчет питания по хлебным единицам для курируемых больных. /Ср/	7	6	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1	0	Посещение «Школ Диабета». Дневники самоконтроля. Расчет инсулинотерапии для курируемых больных. Расчет питания по хлебным единицам для курируемых больных.
	Раздел 2. Раздел 2. Основные эндокринные заболевания у детей						
2.1	Заболевания щитовидной железы. Классификация, клинические проявления и основные принципы лечения заболеваний щитовидной железы у детей. /Лек/	7	2	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.4 Л3.1 Э1	0	
2.2	Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб). Особенности течения в детском возрасте. Лечение. Тиреотоксический криз. /Пр/	7	2	ПК-6 ПК-9 ОПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л3.1 Э1	0	
2.3	Гипотиреоз у детей. Классификация, клинические проявления, диагностика, лечение и диспансеризация. /Пр/	7	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.4 Л3.1 Э1	0	
2.4	Курация детей с заболеваниями щитовидной железы. Врожденный гипотиреоз, неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз. /Ср/	7	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	Оценка навыков пальпации ЩЖ. Решение ситуационных задач
2.5	Йододефицитные заболевания. Эпидемиология, профилактика. /Лек/	7	2	ПК-6	Л1.3 Л1.1 Л1.2 Л2.4 Л3.1	0	
2.6	Эндемический и спорадический зоб. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. /Пр/	7	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.4 Л3.1	0	
2.7	Болезни надпочечников. Патогенез, классификация, клинические проявления основные принципы лечения заболеваний надпочечников у детей. /Лек/	7	2	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.4 Э1	0	
2.8	Гипокортицизм. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность. Врожденная дисфункция коры надпочечников Тактика лечения у детей. /Пр/	7	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Э1	0	

2.9	Гиперкортицизм, синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Классификация, клиника, диагностика. Тактика лечения у детей. /Пр/	7	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л2.1 Л2.4	0	
2.10	Нарушения строения наружных гениталий у детей. Правила установления пола новорожденного при нарушениях строения наружных гениталий /Ср/	7	2	ОПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Э1	0	
2.11	Нарушения роста у детей. Патогенез, классификация, клинические проявления основные принципы лечения. /Лек/	7	2	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.3 Л2.1 Л2.4 Э1	0	
2.12	Расстройства роста у детей. Классификация. Методы дифференциальной диагностики нарушений роста. Высокорослость, гигантизм. /Пр/	7	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Э1	0	
2.13	Алгоритм диагностики соматотропной недостаточности. Гипофизарный нанизм. Принципы терапии задержек роста различной этиологии. /Пр/	7	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Э1 Э2	0	
2.14	Влияние гормонов на рост и развитие ребенка в различные возрастные периоды. Работа с центильными таблицами роста и веса /Ср/	7	2	ОПК-6 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Э1 Э2	0	Оценка роста по центильным кривыми таблицам для оценки стандартных отклонений роста; Использование рентгенограмм для оценки костного возраста
2.15	Нарушения полового созревания. Патогенез, классификация, клинические проявления основные принципы лечения /Лек/	7	2	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э3	0	
2.16	Гипогонадизм. Этиология, классификация, диагностика, принципы лечения. /Пр/	7	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3	0	
2.17	Преждевременное половое развитие: клиника, классификация. Принципы лечения /Пр/	7	2	ОПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3	0	
2.18	Основные этапы формирования пола. Оценка полового развития /Ср/	7	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1	0	
2.19	Ожирение у детей. Патогенез, классификация, клинические проявления основные принципы лечения. /Лек/	7	2	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.4	0	
2.20	Ожирение, верификация диагноза, определение типа ожирения. Экзогенно-конституциональное ожирение. Дизэнцефальное ожирение. /Пр/	7	2	ПК-6 ПК-9 ОПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.4	0	
2.21	Немедикаментозные методы лечения и профилактика экзогенного ожирения. Здоровый образ жизни (питание и физическая активность). /Ср/	7	2	ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.4	0	Использование центильных кривых и таблиц оценивать стандартные отклонения ИМТ

2.22	Болезни паразитовидных желез. Гипопаратиреоз, гиперпаратиреоз у детей. клинические проявления, методы диагностики, лечение. /Пр/	7	2	ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1	0	
2.23	Гиперпаратиреоз в составе эндокринных синдромов. /Ср/	7	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1	0	
2.24	Итоговое зачетное занятие /Пр/	7	2	ОПК-6 ПК-6 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Э1 Э2 Э3	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

В процессе изучения дисциплины «эндокринология» студенты сдают 2 рубежных контроля, а в конце изучения дисциплины – промежуточный контроль. Результаты выполнения практического задания по курации тематического больного, а также решение ситуационных задач являются основанием для выставления оценок промежуточного контроля.

Вопросы для проверки уровня ЗНАТЬ:

1. Сахарный диабет у детей. Этиология, патогенез, классификация.
2. Типичные клинические проявления сахарного диабета у детей.
3. Диагностика СД 1 типа и СД 2 типа у детей. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение СД 1 типа у детей, принципы инсулинотерапии.
5. Диетотерапия СД 1 типа.
6. Лечение СД 2 типа у детей.
7. Поздние осложнения сахарного диабета у детей: диабетическая нефропатия, диагностика, принципы лечения.
8. Поздние осложнения сахарного диабета у детей: диабетическая ретинопатия, диагностика, принципы лечения.
9. Поздние осложнения сахарного диабета у детей: хайропатия, диагностика, принципы лечения.
10. Поздние осложнения сахарного диабета у детей: профилактика
11. Острые осложнения сахарного диабета у детей, классификация, профилактика.
12. Кетоацидоз, кетоациidotическая кома, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
13. Гипогликемическая кома, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
14. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса) у детей, патогенез, клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
15. Врожденный и приобретенный гипотиреоз у детей, клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
16. Йододефицитные болезни, этиопатогенез, клинические проявления. Профилактика.
17. Эндемический зоб, дифференциальная диагностика, лечение.
18. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность у детей. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
19. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения. Дифференциальный диагноз. Лечение.
20. Соматотропная недостаточность (гипофизарный нанизм), этиопатогенез, клиника, диагностика. Принципы лечения.
21. Высокорослость и гигантизм у детей. Этиопатогенез, клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
22. Гипогонадизм. Этиология, классификация, диагностика, принципы лечения.
23. Преждевременное половое развитие: клиника, классификация. Принципы лечения.
24. Ожирение у детей. Этиопатогенез, классификация, клинические проявления, основные принципы лечения. Профилактика.
25. Патология паразитовидных желез у детей и подростков. Этиопатогенез, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Учебным планом не предусмотрено написание курсовой работы по дисциплине

5.3. Фонд оценочных средств

1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ Перечень теоретических вопросов из п.5.1. согласно тематике раздела.
2. ТЕСТ. Перечень тестовых вопросов согласно тематике раздела в ПРИЛОЖЕНИЕ 2
3. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ
4. КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО.
 - 4.1 Каждый студент получает для курации одного больного с эндокринной патологией.
 - 4.2. Куратор проводит опрос и осмотр больного по прилагаемой схеме, знакомится с результатами имеющихся лабораторных анализов и снимков, с лечением пациентов.
 - 4.3. Схема курации:
 - Паспортные данные ребенка

- Жалобы. В первую очередь описываются жалобы, относящиеся к заболеванию, послужившему причиной госпитализации, затем - другие жалобы. Анамнез заболевания. Начало заболевания, течение процесса, лечение в прошлом, причины, причины госпитализации.
- Анамнез жизни (краткий). Заболевания, перенесенные в прошлом. Семейный анамнез
- Данные объективного обследования, содержащие сводку патологических данных по системам и органам.

Клиническое описание эндокринной системы пациента. Данные обследования.

5. ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Во время обучения по первому разделу студенту дается на курацию пациент с сахарным диабетом, он отрабатывает навыки по объективному обследованию больного, учится наблюдать больных, развивает клиническое мышление и заполняет историю болезни согласно приведенной схеме (ПРИЛОЖЕНИЕ 3).

6. ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ.

Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела

1. Самоконтроль при сахарном диабете у детей.
2. Диетотерапия при сахарном диабете у детей
3. Врожденный гипотиреоз, неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз.
4. Нарушения строения наружных гениталий у детей. Правила установления пола новорожденного при нарушениях строения наружных гениталий
5. Основные этапы формирования пола. Оценка полового развития детей.
6. Лечение и профилактика ожирения у детей.
7. Гиперпаратиреоз в составе эндокринных синдромов.

5.4. Перечень видов оценочных средств

1. Теоретическое задание
2. Курация больного
3. Ситуационная задача
4. Доклад с презентацией
5. История болезни

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 4

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко	21. Эндокринология. Национальное руководство. : Эндокринология	ГЭОТАР-Медиа 2013
Л1.2	Дедов И.И. Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев	Эндокринология: учеб. [Электронный ресурс] 2-е изд., перераб. и доп.	ГЭОТАР-Медиа 2013
Л1.3	Дедов И.И., Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев.	Эндокринология: учебник : для студентов медицинских вузов. : Эндокринология	М. : ГЭОТАР-Медиа 2012

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	И.И.Дедов, В.А.Петеркова	Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями.	М.: Практика 2014
Л2.2	Мкртумян А.М., Нелаева А.А.	Неотложная эндокринология: учебное пособие	М., 2010
Л2.3	Джеремс К.Х. Уэльс, Йен-Маартен Вит, Алан Д. Рогол	Атлас детской эндокринологии и нарушений роста : Эндокринология	М.: ГЭОТАР-Медиа 2012
Л2.4	И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко	Эндокринология: национальное руководство: краткое издание.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2016

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Султаналиева Р.Б., Рысбекова Г.С.	Заболевания щитовидной железы в очаге йодного дефицита: Эндокринология	Бишкек 2009

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями.	https://www.endocrincentr.ru/specialists/science/nauch
----	---	---

Э2	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению идиопатической низкорослости у детей	https://www.endocrincentr.ru/specialists/science/nauch
Э3	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению гипогонадизма у детей	https://www.endocrincentr.ru/specialists/science/nauch
Э4	Российский консенсус по терапии сахарного диабета у детей и подростков	https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialis
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий		
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии		
6.3.1.1	Компетентностно-ориентированные образовательные технологии	
6.3.1.2	Традиционные образовательные технологии – лекции, практические занятия, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базе детского эндокринологического отделения клиники с обязательным посещением больных, самостоятельным курированием пациентов, с посещением «Школ Диабета», где обучают больных контролировать свое заболевание.	
6.3.1.3	Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системное мышления и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся практические занятия, при проведении которых используется кейс – методика, проблемно-деятельностное обучение, ролевые игры, методика мозгового штурма.	
6.3.1.4	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателем лекций-презентаций.	
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения		
6.3.2.1	Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"	
6.3.2.2	Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями.	https://www.endocrincentr.ru/specialists/science/nauchnye-publikacii/konsensusy-i-klinicheskie-rekomendacii
6.3.2.3	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению идиопатической низкорослости у детей	
6.3.2.4	https://www.endocrincentr.ru/specialists/science/nauchnye-publikacii/konsensusy-i-klinicheskie-rekomendacii	
6.3.2.5	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению гипогонадизма у детей	https://www.endocrincentr.ru/specialists/science/nauchnye-publikacii/konsensusy-i-klinicheskie-rekomendacii
6.3.2.6	Российский консенсус по терапии сахарного диабета у детей и подростков	https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/state.pdf
6.3.2.7	Перечень информационных и образовательных технологий	
6.3.2.8	Компетентностно-ориентированные образовательные технологии	
6.3.2.9	Традиционные образовательные технологии – лекции, практические занятия, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базе детского эндокринологического отделения клиники с обязательным посещением больных, самостоятельным курированием пациентов, с посещением «Школ Диабета», где обучают больных контролировать свое заболевание.	
6.3.2.10	Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системное мышления и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся практические занятия, при проведении которых используется кейс – методика, проблемно-деятельностное обучение, ролевые игры, методика мозгового штурма.	
6.3.2.11	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателем лекций-презентаций.	
6.3.2.12	Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.13	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"	
6.3.2.14	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)	
6.3.2.15	www.med-edu.ru/articles	

6.3.2.1 6	Государственная центральная научная медицинская библиотека / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.scsml.rssi.ru .
6.3.2.1 7	http://medvuz.info/
6.3.2.1 8	Электронная библиотечная система "Консультант студента" / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru .
6.3.2.1 9	Электронный каталог OPAC-Global / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://library.stgma.ru .
6.3.2.2 0	Электронная библиотека КРСУ www.lib.krsu.kg
6.3.2.2 1	Электронная библиотека МЗ КР

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Дисциплина преподается на базе Городской клинической больницы №1, где располагаются кафедра терапии №1, специализированное отделение эндокринологии, «Школа Диабета», лекционный зал, 8 учебных комнаты, общей площадью 200 кв.м. (блок парты, кушетки, учебные доски). Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор). У студентов имеется доступ к информационным стендам, плакатам, электронной библиотеке.
7.2	Практическая подготовка изучения программы по детской эндокринологии проводится на базе детского эндокринологического отделения Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид), где имеется учебная комната, детская «Школа Диабета».
7.3	Презентации лекций по всем разделам дисциплины(PowerPoint)
7.4	Компьютерные классы (корпус Л.Толстого, ауд.4/12, 4/15)с выходом в сеть Интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 4.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность), курация больного, решение ситуационных задач и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится письменно в виде тестов.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины, проводится в виде подведение итогов по истории болезни, решение ситуационных задач.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

1. При явке на зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете.
2. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли.
3. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть).
4. Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации больного студентами в течении семестра. Оценка промежуточного контроля: - min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия) - 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению) - 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

I. ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

- При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана: 1) Организационный этап занятия (время – до 2%): а) переключка; б) задание на дом следующей темы; в) мотивация темы данного практического занятия; г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
- Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%): а) варианты тестового контроля; б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
- Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%);
- Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время – до 45%) или решение ситуационных задач (при отсутствии тематического больного);

- **Заключительный этап занятия (время – до 18%):** а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач; в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. **Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.**
Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины: Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут. Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут. Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю. Подготовка к практическому занятию – 2 час. Всего в неделю – 3 часа 30 минут.
2. **Описание последовательности действий студента для понимания материала и качественного его усвоения**
рекомендуется такая последовательность действий:
После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут). При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут). В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке. При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.
3. **Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.** Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.
4. **Рекомендации по работе с литературой.**
Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.
5. **Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю.**
Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.
6. **Указания по организации работы по выполнению домашних заданий.**
При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.
7. **При подготовке к промежуточному и рубежному контролю** нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.
8. **Отработки пропущенных занятий.**
Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании. Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.).
Отработка практических занятий.
- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.
- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.
- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.
- для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.
- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере. Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint. Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласована с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы) Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы: - как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации? - что будет на слайде? - что будет говориться? - как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Небрежно сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошел спустя рукава.

- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.

- Количество слайдов не более 30.

- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.

- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.

- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.

- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.

- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.

- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.

- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.

- Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.

- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов.

Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;

- использовать технические средства; - знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;

- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;

- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.; Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение. Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике.

Вступление должно содержать:

- название презентации;

- сообщение основной идеи;

- современную оценку предмета изложения;

- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;

- живую интересную форму изложения; Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета.

Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры.

Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы: "Детская хирургия", "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др, а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы. Все приводимые в реферате факты и

заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А-4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки). Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий: Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге. Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том . № . Страницы от до . Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от до .

Тема: Сахарный диабет

Задача № 1.

На приеме - больной диабетом 1 типа, 13 лет. Болен 4 года, находится на интенсифицированной инсулинотерапии (с самоконтролем). В субботу целый день катался на лыжах. В ночь на воскресенье - резкая слабость, чувство голода, обильное потоотделение, «озноб». Состояние улучшилось после приема глюкозы.

Объективно: рост - 152 см, масса - 42 кг. Кожные покровы чистые теплые умеренно влажные. Температура нормальная. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 в мин. АД - 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Формула пубертата: A0, P2, L0, F0, V0.

По данным недавней диспансеризации - гликемия - от 4,7 до 8,0 ммоль/л, аглюкозурия, гликированный гемоглобин (HbA1c - 7,0%), самочувствие хорошее. Находится на интенсифицированной инсулинотерапии (35 ед/сутки).

Причина ухудшения состояния? Возможные пути профилактики такого состояния?

Выбрать правильный ответ:

- 1) Гипогликемия после нагрузки. Следовало уменьшить дозы инсулина в субботу до и после нагрузки при контроле уровня гликемии;
- 2) Гипергликемия. Следовало увеличить дозы инсулина в субботу до и после нагрузки при контроле уровня гликемии;
- 3) Вегетативно-сосудистая дистония: ваго-инсулярный криз. Следовало ввести симпатомиметики.

Задача № 2

Алеша Г., 12 лет, болен сахарным диабетом в течение 7 лет. Поступил в клинику с жалобами на ухудшение самочувствия, утомляемость, головные боли, учащение мочеиспусканий. Мальчик получает инсулин в суммарной дозе 20 ед/сут. Самоконтроль не проводится. Объективно: рост - 146 см, масса - 38 кг. Кожные покровы - чистые, бледные, суховатые. Подкожно-жировой слой развит умеренно. В местах инъекций инсулина (плечи, бедра) - уплотнение тканей (плюс ткань). Тоны сердца умеренно приглушены. АД - 120/75 мм рт.ст., ЧСС - 86 в мин. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень: на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Число мочеиспусканий - 8 раз в сутки. Гликемия натощак, перед едой - от 10,8 до 14,5 ммоль/л. Глюкозурия - 1,5-2%. Ацетон мочи - отрицательно. Клиренс эндогенного креатинина - 90 мл/мин. Тест на микроальбуминурию - 120 мг/сутки.

- 1) Сформулировать клинический диагноз.
- 2) Адекватна ли доза вводимого инсулина?

Выбрать правильный ответ:

- а) Сахарный диабет 1 типа, стадия декомпенсации, без кетоза. Осложнения: диабетическая нефропатия 3 стадии; липодистрофия по гипертрофическому типу;
- б) Доза 20 ед, что составляет 0,53 ед/кг в сутки, недостаточна: постоянно - гипергликемия (более 10 ммоль/л, увеличена печень, клинически - декомпенсация). Учитывая длительность заболевания и вступление в пубертатный возраст, рекомендуемая доза инсулина - 0,6 - 0,8 ед/кг в сутки;
- в) Сахарный диабет 1 типа, стадия компенсации.
- г) Доза 20 ед, что составляет 0,53 ед/кг в сутки, достаточна: постоянно - гипергликемия (более 10 ммоль/л, увеличена печень, клинически - декомпенсация). Учитывая

длительность заболевания и вступление в пубертатный возраст, рекомендуемая доза инсулина – 0,6 – 0,8 ед/кг в сутки;

д) Доза 20 ед, что составляет 0,53 ед/кг в сутки, недостаточна: постоянно – гипергликемия (более 10 ммоль/л, увеличена печень, клинически – декомпенсация). Учитывая длительность заболевания и вступление в пубертатный возраст, рекомендуемая доза инсулина – 1,0-1,2 ед/кг в сутки;

Задача №3

Пациенту 7 лет. Он заболел сахарным диабетом 1 месяц назад. В настоящее время хорошо себя чувствует и имеет нормальные показатели сахара крови в течение дня.

1) Какой суточный калораж пищи должен быть у этого пациента?

- а) 1500 ккал;
- б) 2000 ккал;
- в) 1700 ккал.

2) На сколько углеводных единиц (УЕ) Вы рассчитаете диету?

- а) на 12 УЕ;
- б) на 17 УЕ;
- в) на 10 УЕ.

3) Суточная доза инсулина составляет (Ед/кг/сут)

- а) 0,3-0,5;
- б) 0,6-0,8;
- в) 1-1,2.

Задача №4

Пациентке 10 лет. Она больна сахарным диабетом 3 года. В настоящее время хорошо себя чувствует, в физическом развитии от сверстников не отстаёт и имеет нормальные показатели сахара крови в течение дня.

1) Какой суточный калораж пищи должен быть у этой пациентки?

- а) 2000 ккал;
- б) 1800 ккал;
- в) 1500 ккал.

2) На сколько углеводных единиц (УЕ) вы рассчитаете диету?

- а) на 20 УЕ;
- б) на 25 УЕ;
- в) на 10 -12 УЕ.

Задача №5

Пациент с сахарным диабетом должен быть с 17 до 18 часов на занятии в спортивной секции по теннису, но занятия не состоялись - заболел тренер. Режим питания во 2-ую половину дня:

- полдник 16.30+дополнительно 1 яблоко в день занятий спортом
- ужин 19 час

Получает следующий режим инсулинотерапии:

- перед завтраком - 4 ед. инсулина короткого и 6 ед. инсулина длительного действия;
- перед обедом - 4 ед. инсулина короткого действия;
- перед ужином - 4 ед. инсулина короткого и 6 ед. инсулина длительного действия

У больного - состояние компенсации.

Как следует поступить в этой ситуации ?

(выбрать правильные ответы)

- 1) проследить, чтобы пациент получил в обычные часы занятий спортом достаточную физическую нагрузку;
- 1) предложить пациенту почитать книгу вместо спортивного занятия;

- 2) если адекватную физическую нагрузку пациент не получит, то нужно:
- а) уменьшить углеводы на полдник;
 - б) увеличить углеводы на полдник;
 - в) не изменять углеводы в полдник
 - г) увеличить дозу инсулина короткого действия;
 - д) уменьшить дозу инсулина короткого действия

Задача № 6

Пациент с сахарным диабетом получает перед завтраком - 6 ед. инсулина короткого и 8 ед. инсулина длительного действия; перед обедом - 6 ед. инсулина короткого действия и перед ужином - 4 ед. инсулина короткого и 12 ед. инсулина длительного действия.

Отмечает, что сон беспокойный, пробуждается с трудом, до завтрака - слабость, головная боль. В трёхразовом профиле мочи: с утра до обеда - глюкозурия 20 грамм; с обеда до ужина - глюкозурия 15 грамм; с ужина до утра - глюкозурия 2 грамма. Сахар крови натощак - 15,2 ммоль/л

1. С чем связано плохое самочувствие пациента утром?

(выбрать правильные ответы)

- а) с гипогликемией в ночные часы в результате передозировки "вечернего" инсулина пролонгированного действия;
- б) гипергликемией из-за недостатка инсулина в ночное время.

2. Почему у больного отмечается высокий уровень сахара крови натощак?

(выбрать правильные ответы)

- а) в результате передозировки инсулина в ночные часы (феномен "постгипогликемической" гипергликемией);
- б) в результате дефицита инсулина в ночные часы.

3. Какая будет ваша тактика в отношении инсулинотерапии?

(выбрать правильные ответы)

- а) уменьшить дозу инсулина пролонгированного действия перед ужином;
- б) увеличить дозу инсулина короткого действия перед ужином;
- в) не изменять дозу инсулина.

Тема: Осложнения сахарного диабета

Задача 1.

Мальчик 13 лет болен сахарным диабетом с 6-летнего возраста, находится на заместительной терапии инсулином (короткого и пролонгированного действия) в суточной дозе 20 ед. Поступил в стационар с жалобами на жажду и сухость во рту, похудание, тошноту, обильное мочеиспускание. Вышеперечисленные жалобы отмечаются в течение недели.

При поступлении рост 148 см, масса - 38 кг. Состояние тяжелое. Сознание сохранено, но ребенок заторможен, на вопросы отвечает с задержкой. Отмечается запах ацетона изо рта, сухость кожи, слизистых. Подкожно-жировая клетчатка слабо выражена. Тоны сердца ритмичны - 100 уд/мин, приглушены. АД - 100/60 мм рт.ст.. Живот мягкий, печень - на 1 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускания свободные, диурез - 2800 мл. Половое развитие: P2 A1 Vo Lo Fo.

Сахар крови - 17 ммоль/л, глюкозурия - 3%, ацетон - резко положительный (++++).

Определите тактику неотложной терапии у данного больного.

Ответ: 1) инсулин короткого действия дробно - в среднем - 0,8 ед/кг/сут; 2) инфузионная терапия - до 100 мл/кг/сут: физиологический раствор хлорида натрия или р-р Рингера; 3) р-р калия хлорида - 3-5 ммоль/кг/сут

Задача 2.

На приеме - больной диабетом 1 типа, 13 лет. Болен 4 года, находится на интенсифицированной инсулинотерапии (с самоконтролем). В субботу целый день

катался на лыжах. В ночь на воскресенье - резкая слабость, чувство голода, обильное потоотделение, «озноб». Состояние улучшилось после приема глюкозы.

Объективно: рост - 152 см, масса - 42 кг. Кожные покровы чистые теплые умеренно влажные. Температура нормальная. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 в мин. АД - 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Формула пубертата: A0, P2, L0, F0, V0.

По данным недавней диспансеризации - гликемия - от 4,7 до 8,0 ммоль/л, аглюкозурия, гликированный гемоглобин (HbA1c - 7,0%), самочувствие хорошее. Находится на интенсифицированной инсулинотерапии (35 ед/сутки).

Причина ухудшения состояния? Возможные пути профилактики такого состояния?

Ответ: Гипогликемия после нагрузки. Следовало уменьшить дозы инсулина в субботу до и после нагрузки при контроле уровня гликемии.

Тема: Патология щитовидной железы

Задача 1

12-летний мальчик направлен к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением школьной успеваемости. Согласно записи педиатра, мальчик потерял в весе со времени своего предыдущего посещения 6 месяцами ранее около 2,5 кг.

При осмотре: Рост - 150 см, М - 30 кг, астенического телосложения, кожные покровы теплые влажные. Тоны сердца ритмичные, громкие; систолический шум на верхушке, в точке Боткина. ЧСС - 110 ударов в минуту. АД - 130/50 мм рт.ст. Щитовидная железа заметна при осмотре, деформирует переднюю поверхность шеи. При пальпации: увеличены обе доли и перешеек, щитовидная железа диффузной мягко-эластичной консистенции. В позе Ромберга - мелкоамплитудный тремор пальцев рук.

Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Пубертатная формула: A0, P1, L0, F0, V0.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислить типичные клинические и лабораторные признаки заболевания.
3. Составить план обследования.
4. Дифференциальный диагноз
5. Терапевтическая тактика

Задача 2.

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

Объективно: масса - 4600 г, рост - 52 см. Поза флексорная, на осмотр реагирует криком с низким тембром. Кожные покровы - чистые, суховатые с иктеричным оттенком. Стопы холодные. Отмечается пастозность лица. Стигмы: широкая седловидная переносица, гипертелоризм глаз, низкое расположение ушных раковин. Живот «распластанный», слабость пупочного кольца.

Дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, ЧСС во сне - 100 уд/мин. Живот мягкий. Печень - на 3 см ниже края реберной дуги. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Щитовидная железа не пальпируется.

1. Предполагаемый диагноз

2. Назовите формы заболевания в зависимости от времени возникновения и уровня поражения.
3. Перечислите возможные причины возникновения заболевания.
4. Что лежит в основе патогенеза заболевания?
5. Составить план обследования.
6. Перечислить основные клинические проявления заболевания.
7. Провести дифференциальный диагноз.
8. Тактика педиатра и эндокринолога.

Задача 3.

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

Объективно: Рост - 152 см, масса - 46 кг. Нормостенического телосложения. Кожные покровы теплые чистые, умеренно-влажные. Дистальный гипергидроз. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, умеренная дыхательная аритмия. ЧСС_{ср.} - 70 в мин. АД - 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Выявлено диффузное увеличение щитовидной железы 2 степени. При пальпации железа мягко-эластичной консистенции, увеличена равномерно. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Формула пубертата: А2, Р2, Ма3, Ме0.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. План обследования.
4. Терапевтическая тактика.
5. Назначения при показателях:
 - гормоны: Т4 - 52 нмоль/л (норма: 60-140 нмоль/л), ТТГ - 6 МЕ/л (0,5-5,0 МЕ/л).

Задача 4

12-летняя девочка направлена к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением школьной успеваемости. Согласно записи педиатра, девочка потеряла в весе со времени своего предыдущего посещения 6 месяцами ранее около 2,5 кг.

При осмотре: Рост - 150 см, М - 30 кг, астенического телосложения, кожные покровы теплые влажные. Тоны сердца ритмичные, громкие; систолический шум на верхушке, в точке Боткина. ЧСС - 110 ударов в минуту. АД - 130/50 мм рт.ст. Щитовидная железа заметна при осмотре, деформирует переднюю поверхность шеи. При пальпации: увеличены обе доли и перешеек, щитовидная железа диффузной мягко-эластичной консистенции. В позе Ромберга - мелкоамплитудный тремор пальцев рук. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Пубертатная формула: А0, Р1, Ма2. По данным УЗИ – щитовидная железа увеличена в объеме, однородная, пониженной эхоплотности. В крови высокий титр тиреостимулирующих антител.

Наиболее вероятный диагноз?

- A. Диффузный эндемический зоб
- B. Аутоиммунный тиреоидит, «хаси-токсикоз»
- C. Подострый тиреоидит
- D. Диффузный токсический зоб
- E. Острый тиреоидит

Задача 5

Ребенок 1 г. 10 мес. не ходит, не разговаривает, вялый, неактивный. Головку удерживает с одного года, сидит неустойчиво. Бледный, отечный. Широкая переносица, седловидный нос, голос грубый, язык большой, высунут изо рта. Большой родничок 1,0 x 1,0 см, зубов нет.

1. Секретция каких гормонов нарушена у ребенка?
2. Какому клиническому синдрому соответствует данная клиническая картина?

Тема: Патология надпочечников

Задача 1.

В отделение интенсивной терапии доставлена девочка в возрасте 3-х недель. Со слов мамы, девочка в течение недели часто срыгивала после кормления, снизился аппетит, стала вялой, стул участился до 8-9 раз в сутки - жидкий. Накануне и в день поступления отмечалась рвота. Температура не повышалась. Девочка потеряла в массе около 600 г.

Из анамнеза известно, что девочка от I-й нормально протекавшей беременности, роды в срок, самостоятельные, без осложнений. Мр - 3200 г, Рр - 48 см. На естественном вскармливании - прибавка за первые 2 недели около 200г. На момент поступления - при росте 49 см, масса - 2700 г.

Объективно: состояние девочки крайне тяжелое за счет выраженной дегидратации. На осмотр реагирует вяло, крик «стонущий», общая мышечная гипотония. Кожные покровы бледные, сухие. Тургор мягких тканей резко снижен. Тоны сердца ослаблены, глухие. ЧСС - 110 в мин. Живот запавший. Печень на 3 см ниже края реберной дуги. Селезенка не увеличена. При осмотре наружных половых органов отмечается гипертрофия клитора, единое мочеполовое отверстие. Гиперпигментация половых губ, сосков. Результаты кариотипирования в роддоме - 46 XX. Лечение ранее не проводилось.

Электролиты плазмы: калий - 5,8 ммоль/л, натрий - 120 ммоль/л; глюкоза плазмы - 2,6 ммоль/л. В анализе мочи - сахар отрицательный, ацетон положительный (++). Кислотно-щелочное состояние: рН - 7,3, ВЕ = - 4 мэкв/л, рСО₂ - 40 мм рт. ст..

1. Диагноз, его обоснование?
2. Патогенетическая основа заболевания.
3. Назовите формы заболевания в зависимости от выраженности минералокортикоидной недостаточности.
4. Назовите признаки андрогенизации.
5. Дополнительные исследования для подтверждения диагноза и ожидаемые результаты?
6. Неотложные терапевтические мероприятия?

Эталон ответа к задаче № 1:

1. Врожденная гиперплазия коры надпочечников (недостаточность 21-гидроксилазы), сольтеряющая форма. Острая надпочечниковая недостаточность.

Диагноз выставлен с учетом быстро прогрессирующего синдрома «потери соли» (срыгивания, рвота, потеря массы, гипотония, гипонатриемия, гиперкалиемия, декомпенсированный метаболический ацидоз (рН < 7,35, ВЕ > - 2), в сочетании с вирилизацией наружных половых органов: гипертрофия клитора и уrogenитальный синус при женском кариотипе. А также: брадикардии, гиперпигментации и кетотической гипогликемии.

2. В основе заболевания лежит дефицит фермента - 21-гидроксилазы, участвующего в синтезе глюко- и минералокортикоидов. В результате нарушения синтеза жизненно важных гормонов происходит усиленная секреция адренокортикотропного гормона (АКТГ) с последующей гиперплазией коры надпочечников и избыточной продукцией 17-гидроксипрогестерона, являющегося субстратом для избыточного синтеза андрогенов. Высокий уровень андрогенов надпочечников у плода женского рода вызывает вирилизацию наружных гениталий.
3. а). Простая вирильная (неосложненная) форма.

- б). Сольтертяющая форма.
4. У девочек - гермафродитный тип строения гениталий, проявляющийся: гипертрофией клитора, сращением половых губ, единым урогенитальным синусом или полностью мужским типом строения.
- У мальчиков - наружные половые органы не изменены.
- После рождения андрогенизация проявляется в виде: ускоренных темпов физического развития, преждевременной дифференцировки костного скелета, формирования мужского типа телосложения, преждевременного появления вторичных половых признаков в виде полового оволосения, аспасе vulgaris, мутации голоса.
5. Для подтверждения диагноза (дифференциальной диагностики с другими формами ложного женского гермафродитизма) необходимо:
- исследование сывороточного уровня 17 - гидроксипрогестерона - патогенетический маркер (будет повышен при врожденной дисфункции коры надпочечников).
 - экскреция 17 - кетостероидов с мочой (повышена).
 - УЗИ надпочечников (увеличение объема с гиперплазией коры обоих надпочечников).
 - Кортизол и АКТГ сыворотки крови (кортизол - снижен, АКТГ - повышен).
6. У девочки - клиника острой надпочечниковой недостаточности (дефицит глюкокортикоидов и минералокортикоидов - синдром «потери соли»).
- Суточное количество жидкости - 120 мл/кг. Инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами (10% глюкоза и 0,9% раствор хлорида натрия).
 - Растворы калия не вводят!
 - Гидрокортизона гемисукцинат (или «солю-кортеф») - внутривенно струйно, капельно, внутримышечно: по 50 - 100мг.
 - Масляный 0,5% раствор ДОКСА - 1 мл.
 - Каждые 6 часов - контроль электролитов, КЩС, гликемия, ацетон мочи.
 - контроль АД, ЭКГ, диурез, масса тела.

Задача 2.

Девочка 12 лет обратилась с жалобами на низкий рост, избыточный вес. Объективно: физическое развитие ниже среднего, соответствует 9 годам, избыточного питания. Распределение подкожно-жирового слоя неравномерное: лунообразное лицо, избыток на туловище, меньше – на конечностях. На коже живота, груди – широкие красновато-фиолетовые стрии. Гиперпигментация, гирсутизм. Артериальное давление – 150/90 мм рт.ст. Вторичные половые признаки отсутствуют. Наиболее вероятный диагноз?

- A. Феохромоцитома
- B. Синдром Иценко-Кушинга
- C. Дизэнцефальное ожирение
- D. Хроническая надпочечниковая недостаточность
- E. Гипогонадизм

Тема: Патология роста

Задача 1

Мальчик 10 лет обратился с жалобами на низкий рост. Отставание в росте отмечено с 3-х лет. Постоянно низкие темпы роста (3 см в год).

Объективно: рост 106 см, масса тела 22 кг.

Телосложение пропорциональное, мелкие черты лица, лицо округлое, небольшой избыток массы тела. По внутренним органам без особенностей. Наружные половые органы

сформированы по мужскому типу, яички в мошонке, объёмом 1 мл. Костный возраст соответствует 5 годам.

1. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) врождённый диагноз;
- 2) конституциональная задержка роста и пубертата;
- 3) соматотропная недостаточность;
- 4) семейная низкорослость;
- 5) гипогонадизм.

2. Для уточнения диагноза необходимо проведение:

- а) R_o" зон роста;
- б) УЗИ щитовидной железы;
- в) исследование уровня Т3, Т4, ТТГ;
- г) проведение клофелиновой пробы;
- д) определение уровня ЛГ, ФСГ, тестостерона.

Задача 2

Мальчик 14 лет обратился с жалобами на задержку роста. Хронических соматических заболеваний не имеет. Отставание в росте отмечено в течение 2-х последних лет. Темпы роста 6-7 см/год. Рост родителей - средний.

Объективно: рост 145 см, масса тела 36 кг.

Телосложение правильное. По внутренним органам патологии не выявлено. Щитовидная железа не увеличена. Наружные половые органы сформированы правильно. Вторичные половые признаки: testis 6 мл, P2 G2 A1

1. Ваш диагноз:

- а) неклассическая форма врождённого гипотиреоза;
- б) конституциональная задержка роста и пубертата;
- в) соматотропная недостаточность;
- г) семейная низкорослость.

2. Для уточнения диагноза необходимо проведение:

- а) R_o" зон роста;
- б) УЗИ щитовидной железы;
- в) исследование уровня Т3, Т4, ТТГ;
- г) проведение клофелиновой пробы;
- д) определение уровня ЛГ, ФСГ, тестостерона.

Задача №3

Девочка 14 лет обратилась с жалобами на низкий рост, отсутствие вторичных половых признаков. Объективно: физическое развитие ниже среднего, соответствует 9 годам (SDS роста -2,9), пропорциональное. Отмечается «птеригиум», гипертелоризм сосков. Кожа чистая, умеренно-влажная. ЧСС – 76 в мин. Тоны сердца – ясные, ритмичные. Живот мягкий безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Щитовидная железа не увеличена. Вторичные половые признаки отсутствуют. Из семейного анамнеза известно, что родители девочки - среднего роста.

Наиболее вероятный диагноз?

- A. Семейная низкорослость
- B. Синдром Иценко-Кушинга
- C. Синдром Шерешевского-Тернера
- D. Врожденный гипотиреоз
- E. Конституциональная задержка роста и пубертата

Ответ: C

Каков необходимый минимум исследований?

Ответ: 1) кариотипирование, 2) УЗИ внутренних гениталий.

Тема: Патология полового развития

Задача 1

У доношенного ребёнка, родившегося с массой 3500 г и ростом 50 см с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов имеется аномальное строение наружных половых органов: расщеплённая мошонка, урогенитальный синус, penisобразный клитор или половой член с промежностной гипоспадией. Яички в мошонке и по ходу пахового канала не определяются.

Ваша тактика определения пола, выберите правильные ответы:

- 1) определить костный возраст;
- 2) исследовать уровень Na, K сыворотки крови;
- 3) определить кариотип;
- 4) оценить состояние внутренних гениталий по данным УЗИ;
- 5) определить уровень 17 - оксипрогестерона.

Задача 2

В клинику обратились родители ребенка (мальчика) 2 лет с аномальным строением наружных гениталий: промежностная форма гипоспадии уретры, расщепленная мошонка. Объективно: физическое развитие – среднее, гармоничное. Кожа – чистая, умеренно влажная. Щитовидная железа не пальпируется. Наружные гениталии гермафродитного строения. Яички объемом 1 мл пальпируются у входа в мошонку.

Наиболее вероятный вариант гермафродитизма?

- A. Ложный мужской гермафродитизм.
- B. Истинный гермафродитизм.
- C. Ложный женский гермафродитизм.

Дифференциальный диагноз следует проводить между:

- A. Врожденной дисфункцией коры надпочечников (дефицит 21-гидроксилазы).
- B. Дисгенезией яичек.
- C. Синдромом тестикулярной феминизации (неполным).
- D. Дефектом 5 α – редуктазы.
- E. Синдромом Тернера (мужским вариантом).

Тема: Ожирение

Задача 1

На обследование в клинику направлен мальчик 13 лет с жалобами на избыточный вес, частые головные боли, головокружение, утомляемость. Со слов мамы, мальчик начал полнеть с 7-летнего возраста, однако за последние 1,5 года отмечается особенно большая прибавка в массе. Головная боль и головокружение беспокоят в течение года.

Из семейного анамнеза известно, что избыточный вес имеют мать, отец, бабушка мальчика по материнской линии. У матери ребенка - повышенное АД, у бабушки - сахарный диабет 2 типа. В рационе семьи преобладают мучные, макаронные изделия, картофель. Часто - выпечка.

Объективно: рост ребенка - 171 см, масса - 92 кг. Избыточное неравномерное отложение подкожно-жировой клетчатки: преимущественно на груди, животе. Фолликулит, цианотический оттенок кожи на предплечьях, кистях рук, бедрах, ягодицах. На коже груди, живота - яркие багрово-синюшные стрии. Дистальный гипергидроз. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 80 в мин. АД - 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул оформленный, регулярный. Пальпируется перешеек

щитовидной железы. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Длинник яичек - 3,5 см. Формула пубертата: A2 P2 L1 V1 F0.

1. Наиболее вероятный диагноз
2. Назовите основные клиничко-патогенетические формы заболевания.
3. План обследования
4. Дифференциальная диагностика
5. План лечения

Задача 2.

На обследование в клинику направлена девочка 12 лет с жалобами на избыточный вес, частые головные боли, головокружение, утомляемость. Со слов мамы, ребенок начал полнеть с 6-летнего возраста, однако за последние 1,5 года отмечается особенно большая прибавка в массе. Головная боль и головокружение беспокоят в течение года.

Из семейного анамнеза известно, что избыточный вес имеют мать, отец, бабушка мальчика по материнской линии. У отца ребенка - повышенное АД, у бабушки - сахарный диабет 2 типа. В рационе семьи преобладают мучные, макаронные изделия, картофель. Часто - выпечка.

Объективно: рост ребенка - 170 см, масса - 82 кг. Избыточное неравномерное отложение подкожно-жировой клетчатки: преимущественно на груди, животе. Фолликулит, цианотический оттенок кожи на предплечьях, кистях рук, бедрах, ягодицах. На коже груди, живота - розовые стрии. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 80 в мин. АД - 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул оформленный, регулярный. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Формула пубертата: A2 P3 M3 Me0.

Наиболее вероятный диагноз?

- A. Гипоталамический синдром пубертатного периода, ожирение 2 степени
- B. Конституционально-экзогенное ожирение 3 степени
- C. Адипозо-генитальная дистрофия
- D. Синдром Лоуренса-Муна-Барде-Бидля
- E. Синдром Иценко-Кушинга

Тема: Патология паращитовидных желез

Задача 1

Ребенок 10 лет жалуется на ощущение “онемения”, ползания “мурашек” в кистях, раздражительность, периодические судороги пальцев рук в виде “руки акушера”. Две недели тому перенес субтотальную струмэктомию по поводу диффузного токсического зоба. Симптомы постепенно нарастали. Резко позитивные симптомы Хвостека, Труссо. Уровень кальция в крови снижен.

1. О поражении каких эндокринных желез могут свидетельствовать представленные симптомы?
2. Причины возникновения данного состояния?
3. Какому заболеванию соответствует такая клиническая картина?

Задача 2:

У мальчика 12 лет с судорожным синдромом уровень кальция в крови снижен, фосфора – повышен.

1. При поражении какого эндокринного органа могут наблюдаться такие лабораторные показатели?

4. Какое заболевание можно предположить?

Задача 3

Мальчик 14 лет. В течение 3-х лет беспокоят жажда, полиурия, слабость. Два года тому установлен диагноз: мочекаменная болезнь. За этот период трижды наблюдались переломы бедра и два раза – лучевой кости.

1. Функция какой эндокринной железы нарушена?
2. Какому заболеванию соответствует такая симптоматика?

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО РАЗДЕЛУ №1 «ДИАБЕТОЛОГИЯ»

1. Основные этапы обследования ребенка при подозрении на сахарный диабет:

1. определение уровня гликемии натощак,
2. сбор анамнеза,
3. определение глюкозурии,
4. определение суточного диуреза,
5. определение толерантности к глюкозе

2. Проведение стандартного глюкозотолерантного теста предусматривает:

- 1) определение уровня гликемии натощак, расчет нагрузки глюкозой,
- 2) подготовка ребенка за сутки
- 3) определение гликемии через 2 часа,
- 4) определение уровня гликемии через 4-6 часов

3. Установите соответствие:

Диагноз	Уровень глюкозы цельной капиллярной крови натощак:
А) сахарный диабет,	1) 2,0 ммоль/л,
Б) нарушенная толерантность к глюкозе	2) менее 6,1 ммоль/л,
	3) более 6,1 ммоль/л
	4) более 7,0 ммоль/л
	5) более 11,0 ммоль/л

4. К клинической группе риска по сахарному диабету относятся дети и подростки с такими заболеваниями, как:

- 1) несхарный диабет,
- 2) хронический панкреатит,
- 3) нейродермит,
- 4) муковисцидоз,
- 5) ожирение

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

- 1) характерно
- 2) не характерно

6. Наследственная предрасположенность к сахарному диабету:

- 1) имеется
- 2) не имеется.

7. У больных сахарным диабетом процесс депонирования гликогена в печени:

- 1) повышается
- 2) не изменяется
- 3) снижается.

8. При подозрении на сахарный диабет 1 типа дифференциальный диагноз необходимо проводить:

- 1) с несхарным диабетом
- 2) с рахитом.

9. Инсулин короткого действия по сравнению с пролонгированными инсулинами действует:

- 1) быстрее и более продолжительно,
- 2) быстрее и менее продолжительно,

- 3) медленнее и более продолжительно,
- 4) медленнее и менее продолжительно

10. Провоцирующие факторы при сахарном диабете 1 типа:

- 1) корь, 3) ветряная оспа, 5) цитомегаловирусная инфекция.
- 2) краснуха, 4) эпидемический паротит, 5) инфекция.

11. Глюкозурия характерна:

- 1) для сахарного диабета, 4) для пиелонефрита,
- 2) для несахарного диабета, 5) для мочекаменной болезни,
- 3) для почечного диабета,

12. Установите соответствие:

- | Заболевание | Клинические проявления |
|---------------------------|--|
| А) сахарный диабет 1 типа | 1) быстрое развитие всех симптомов, похудание при повышенном аппетите, лабильное течение, начало в детском возрасте, |
| Б) сахарный диабет 2 типа | 2) медленное развитие симптомов, ожирение, начало в старшем возрасте, стабильное течение, |
| | 3) быстрая прибавка массы, стрии, повышение артериального давления. |

13. Инсулин короткого действия начинает действовать через:

- 1) 5 минут, 3) 1 час. 5) 4-6 часов.
- 2) 30 мин, 4) 2,5 часа,

14. При оптимальном контроле сахарного диабета уровень глюкозы в крови натощак не должен превышать (ммоль/л):

- 1) 5, 2) 7, 3) 10, 4) 11, 5) 14.

15. Прививки больным сахарным диабетом проводят:

- 1) через 2 месяца компенсации, 4) по эпидемиологическим
- 2) при достижении компенсации, показаниям,
- 3) через 6 мес. компенсации, 5) по жизненным показаниям.

16. Установите соответствие:

- | Заболевание | Препараты |
|---------------------------|----------------------------------|
| А) сахарный диабет 1 типа | 1) новорапид, левемир, актрапид, |
| Б) сахарный диабет 2 типа | 2) глюренорм, сиофор, |
| | 3) но-шпа, папаверин, |
| | 4) липостабил, эссенциале |

17. Какие из указанных факторов могут быть причиной сахарного диабета 1 типа?

- 1) генетические факторы
- 2) стрессовые воздействия
- 3) вирусные инфекции
- 4) аутоиммунные процессы
- 5) лечение глюкокортикоидами

18. Для нарушения толерантности к глюкозе характерно:

- 1) глюкозурия 2) отсутствие клинических признаков диабета
- 3) нормогликемия натощак 4) патологический глюкозотолерантный тест
- б) ацетонурия

19. Какие органы и ткани являются инсулинзависимыми?

- 1) мышечная 2) нервная 3) жировая 4) сетчатка 5) сердце

20. Какие дозы инсулина (ед/кг) используются для лечения диабета на первом году заболевания?

- 1) 0,05 – 0,1 2) 0,25 – 0,5 3) 0,6 – 0,8
4) 0,8 – 1,0 5) более 1,0

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

- 1) менее 5,6 ммоль/л
2) 6,7 ммоль/л
3) 9,7 ммоль/л
4) 11,3 ммоль/л
5) 15 ммоль/л

22. Морфологическим проявлением какого из типов сахарного диабета является инсулит?

- 1) Сахарного диабета типа 2
2) Сахарного диабета типа 1
3) Гестационного сахарного диабета
4) Вторичного сахарного диабета, обусловленного синдромом гиперкортицизма
5) Генетических форм СД (MODY и др.)

23. Инсулин лизпро (Хумалог) при сахарном диабете типа 1 обычно вводится:

- 1) до приема пищи за 30–40 минут
2) до приема пищи за 20–15 минут
3) за 1 час до еды
4) непосредственно перед или сразу после еды

24. К генетическим факторам, реализующим сахарный диабет, можно отнести:

- 1) предрасположенность инсулярного аппарата к аутоиммунным поражениям
2) наличие определенных гаплотипов HLA
3) ослабление противовирусного иммунитета
4) повышенная чувствительность b-клеток к вирусным антителам

25. Нарушение жирового обмена при сахарном диабете характеризуется:

- 1) гиперлипидемией
2) жировой инфильтрацией печени
3) гиперкетонемией и кетонурией
4) дислипидемией

26. Сахарный диабет 1 типа характеризуется:

- 1) острым началом
2) инсулинопенией
3) склонностью к кетоацидозу
4) сочетанием с ожирением

27. К этиологическим факторам сахарного диабета 2 типа относятся:

- 1) инфекционные заболевания
2) алиментарные факторы (ожирение)
3) психические и физические травмы

4) генетические факторы

28. Сахарный диабет может выявляться при следующих эндокринопатиях:

- 1) акромегалии
- 2) болезни Иценко-Кушинга
- 3) феохромоцитоме
- 4) ожирении

29. Лечение при сахарном диабете 1 типа включает:

- 1) заместительную терапию инсулином
- 2) диетотерапию и планирование питания
- 3) режим дозируемых физических нагрузок
- 4) обучение больного и самоконтроль заболевания

30. Основным стимулятором секреции инсулина является:

- 1) адреналин
- 2) норадреналин
- 3) глюкоза
- 4) пролактин
- 5) соматостатин

31. К клиническим типам сахарного диабета относятся:

- 1) сахарный диабет 1 типа
- 2) потенциальный сахарный диабет
- 3) сахарный диабет 2 типа
- 4) субклинический сахарный диабет

32. Сахарный диабет 1 типа ассоциируется с гаплотипами HLA:

- 1) DR3
- 2) DR4
- 3) DQ
- 4) B25

33. Патогенез гипергликемии при сахарно диабете обусловлен:

- 1) снижением транспорта глюкозы в ткани
- 2) усилением гликогенолиза
- 3) увеличением глюконеогенеза
- 4) усилением гликогенеза

34. Дифференцировать сахарный диабет следует с:

- 1) несхарным диабетом
- 2) психогенной полидипсией
- 3) почечной глюкозурией
- 4) опухолью β -клеток поджелудочной железы

35. Препаратом выбора лечения тучных больных с сахарным диабетом типа 2 без осложнений является:

- 1) инсулин
- 2) метформин
- 3) репаглинид
- 4) глибенкламид

36. Согласно классификации ISPAD (2009 г) понятие «сахарный диабет» включает:

- 1) сахарный диабет 1 и 2 типа
- 2) гестационный сахарный диабет
- 3) другие виды сахарного диабета
- 4) латентный сахарный диабет

37. В патогенезе нарушения белкового обмена при сахарном диабете имеет значение:

- 1) усиление распада белков
- 2) увеличение глюконеогенеза
- 3) снижение синтеза белков
- 4) активация липогенеза

38. Абсолютная недостаточность инсулина может развиваться при:

- 1) опухолях поджелудочной железы
- 2) остром панкреатите
- 3) геохроматозе
- 4) панкреотомии

39. Лечение при сахарном диабете 2 типа включает:

- 1) диетотерапию и планирование питания
- 2) фитотерапию
- 3) режим дозируемых физических нагрузок
- 4) пероральные антидиабетические препараты

40. Характерными клиническими симптомами декомпенсации сахарного диабета служат:

- 1) полидипсия
- 2) полифагия
- 3) сухость кожи и слизистых
- 4) снижение массы тела

41. К гормональным антагонистам инсулина относятся:

- 1) глюкагон
- 2) адреналин
- 3) гормон роста (СТГ)
- 4) глюкокортикоиды

42. Сахарный диабет 2 типа возникает чаще:

- 1) у детей
- 2) у лиц среднего возраста
- 3) у лиц молодого возраста
- 4) у лиц старше 60 лет

43. Полидипсия при сахарном диабете обусловлена:

- 1) дегидратацией организма
- 2) полиурией
- 3) повышением уровня мочевой кислоты крови
- 4) гипергликемией

44. Препаратом выбора лечения сахарного диабета типа 1 является:

- 1) метформин
- 2) манинил (глибенкламид)

- 3) амарил (глимеперид)
- 4) инсулин
- 5) диабетон (гликлазид)

45. Сахарный диабет типа 2 характеризуется:

- 1) отягощенным наследственным анамнезом
- 2) склонностью к развитию кетоацидоза
- 3) относительным дефицитом инсулина на момент манифестации заболевания
- 4) гиноидным типом ожирения у большинства больных

46. Для гестационного сахарного диабета характерно:

- 1) манифестация в 1-ом триместре
- 2) связь с генами главного комплекса гистосовместимости
- 3) манифестация в 3-ем триместре
- 4) макросомия плода

47. Патогенез гипергликемии при сахарном диабете 2 типа обусловлен:

- 1) снижением чувствительности клеток к глюкозе
- 2) уменьшением массы β -клеток поджелудочной железы
- 3) снижением активности инсулина на периферии и в печени
- 4) развитием инсулита

48. Диагностика сахарного диабета 1 типа в доклинической стадии основывается на выявлении:

- 1) генетических маркеров
- 2) ацетонурии
- 3) положительного титра специфических антител
- 4) протеинурии

49. Для большинства подтипов сахарного диабета типа MODY характерно:

- 1) начало в молодом возрасте
- 2) наследственный характер
- 3) относительно благоприятное течение заболевания
- 4) начало в зрелом, чаще пожилom возрасте

50. Полидипсия является клиническим симптомом при следующих заболеваниях:

- 1) сахарный диабет
- 2) несахарный диабет
- 3) гиперпаратиреоз
- 4) почечный диабет

51. О декомпенсации сахарного диабета свидетельствуют показатели HbA1 более:

- 1) 7,0% 2) 7,5% 3) 8% 4) 9%

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

- 1) 24 ммоль/л
- 2) 14 ммоль/л
- 3) 10 ммоль/л
- 4) 8 ммоль/л

53. Возможные показания для применения бикарбоната натрия при диабетической коме:

- 1) кетоацидоз 2) дыхание Куссмауля 3) рН менее 7,0
4) бессознательное состояние 5) гипергликемия более 20 ммоль/л

54. Наиболее частые осложнения при сахарном диабете:

- 1) ретинопатия 2) нефропатия 3) нейропатия
4) плеврит 5) артрит

55. Для гиперосмолярной комы характерно:

- 1) кетоацидоз 2) дыхание Куссмауля 3) гипернатриемия
4) гиперосмолярность 5) гипергликемия

6. Для диабетического кетоацидоза характерно:

- 1) боли в животе
2) периферические отеки
3) снижение внутриглазного давления
4) гипергидроз
5) рвота

56. В патогенезе сахарного диабета 1 типа играют роль:

- 1) гиперпроинсулинемия
2) генетический дефект противовирусного иммунитета
3) генетический дефект Т-лимфоцитов
4) контринсулярные гормоны
5) первичный деструктивный процесс в поджелудочной железе

57. Лабораторный контроль состояния больного при кетоацидотической коме включает:

- 1) креатинин сыворотки
2) проба Реберга
3) газоанализ и рН крови
4) почасовой контроль диуреза
5) билирубин сыворотки

58. Какие пути введения инсулина используются при кетоацидотической коме?

- 1) подкожно 2) внутримышечно 3) в/в струйно 4) в/в капельно

10. Инсулин короткого действия начинает действовать через:

- 1) 5 минут 3) 1 час 5) 4-6 часов
2) 30 мин 4) 2,5 часа

59. Установите соответствие:

	Дозы инсулина (ед/кг/сут)
А) «медовый месяц»	1) 0,6 – 0,8
Б) длительный диабет	2) < 0,5
В) декомпенсация (кетоацидоз)	3) 1,0 – 2,0
Г) препубертат	4) 1,0 - 1,5
Д) пубертат	5) 0,6 – 1,0

60. Провоцирующие факторы кетоацидоза и диабетической комы:

- 1) интеркуррентные заболевания
2) пропуск введения инсулина
3) передозировка инсулина
4) хирургическое вмешательство

- 5) пропуск приема пищи

61. Лабораторный контроль состояния больного при кетоацидотической коме включает:

- 1) анализ гликемии
- 2) анализ мочи на желчные пигменты
- 3) анализ мочи на ацетон
- 4) общий анализ крови и мочи
- 5) натрий, калий плазмы

62. Методы лечения гипогликемической комы:

- 1) введение глюкозы перорально
- 2) в/в введение 40% глюкозы струйно
- 3) в/в введение 5-10% глюкозы капельно
- 4) введение глюкагона подкожно
- 5) в/в введение бикарбоната натрия

63. Провоцирующие факторы развития гипогликемии:

- 1) недостаточное содержание углеводов в пище
- 2) прием алкоголя
- 3) передозировка инсулина
- 4) физические нагрузки
- 5) нарушение функции печени или почек

64. Клиническими проявлениями диабетического кетоацидоза являются:

- 1) сухость кожи, жажда
- 2) выраженная потливость
- 3) снижение тургора кожи, тонуса глазных яблок
- 4) прибавка в весе

65. К адренергическим симптомам гипогликемии относятся:

- 1) тошнота
- 2) судороги
- 3) потливость
- 4) нарушения зрения

66. В лечении диабетического кетоацидоза используются следующие препараты:

- 1) инсулин
- 2) хлористый калий
- 3) физиологический раствор
- 4) глюкагон

67. К факторам риска развития диабетической макроангиопатии относят:

- 1) гипертриглицеридемию
- 2) гиперхолестеринемию
- 3) артериальную гипертензию
- 4) HbA1c > 7,5%

68. У больных сахарным диабетом типа 1 длительная интенсивная физическая нагрузка приведет к:

- 1) при кетоацидозе - к значительному улучшению состояния больных
- 2) увеличению активности (гипогликемизирующему действию) инсулина
- 3) Увеличению действия введенных инсулинов
- 4) Высокому риску развития гипогликемии

69. К сахарозаменителям при сахарном диабете относятся:

- 1) ксилит
- 2) сорбит
- 3) аспартам
- 4) мед

70. Осложнениями сахарного диабета являются:

- 1) ограничение подвижности мелких суставов (хайропатия)
- 2) недостаточность коры надпочечников
- 3) гломерулосклероз
- 4) гипертрихоз

71. Больной поступил в стационар в состоянии диабетической кетоацидотической комы. При поступлении необходимо исследовать следующие показатели:

- 1) пульс и частоту дыхания
- 2) кислотно-щелочное равновесие
- 3) гематокрит
- 4) гликемию

72. К состояниям, способствующим развитию и усугублению гиперосмолярной комы при сахарном диабете относятся:

- 1) рвота
- 2) прием диуретиков
- 3) понос
- 4) избыточное употребление жидкости больным

73. К неврологическим проявлениям гипогликемии относят:

- 1) чувство голода
- 2) головную боль
- 3) раздражительность
- 4) амнезию

74. Клинические проявления кетоацидоза:

- 1) дыхание Куссмауля
- 2) снижение тонуса глазных яблок
- 3) запах ацетона изо рта
- 4) периферические отеки

75. Для гипогликемической комы характерны:

- 1) влажность кожных покровов
- 2) повышение артериального давления
- 3) гликемия менее 3 ммоль/л
- 4) дыхание Куссмауля

76. О чем свидетельствует уровень гликированного гемоглобина?

- 1) об уровне гликемии в данный момент времени
- 2) прогностический критерий развития поздних осложнений сахарного диабета
- 3) об угрозе гипогликемических состояний
- 4) об уровне гликемии в последние 3 месяца

77. Хроническая передозировка инсулина проявляется:

- 1) прибавкой массы тела
- 2) гипогликемическими реакциями

- 3) гипергликемией
- 4) прогрессирующим снижением веса

78. Основные лечебные мероприятия по выводу больных из кетоацидоза включают:

- 1) инсулинотерапию
- 2) восстановление электролитного баланса
- 3) восстановление кислотно-щелочного баланса
- 4) регидратацию

79. Гиперосмолярная некетоацидотическая кома характеризуется:

- 1) нормальным КЩС
- 2) высокими цифрами гликемии
- 3) отсутствием выраженных изменений содержания калия в крови
- 4) выраженной дегидратацией

80. В диетотерапии для больных с неосложненным СД типа 1 учитывают:

- 1) количество белков в граммах
- 2) суточное потребление калорий
- 3) количество жиров в граммах
- 4) хлебные единицы

81. Диабетический кетоацидоз возникает у больных СД типа 1 вследствие:

- 1) отказа от инсулинотерапии
- 2) присоединения тяжелых инфекционных заболеваний
- 3) беременности
- 4) добавления к инсулинотерапии производных сульфаниламочевины

82. Гипогликемия характеризуется:

- 1) быстрым развитием
- 2) признаками нейрогликопении
- 3) симптомами гиперкатехоламинемии
- 4) постепенным развитием

83. Наиболее частые изменения у новорожденных от матерей с сахарным диабетом:

- 1) гипогликемия
- 2) респираторный дистресс-синдром
- 3) изменения со стороны ЦНС
- 4) гипергликемия

84. Для диабетического кетоацидоза характерно:

- 1) гипергликемия и ацетонурия
- 2) гипергликемия и ацетонурия
- 3) нормогликемия и ацетонурия
- 4) нормогликемия и ацетонурия

85. В лечении диабетической нефропатии существенную роль играют:

- 1) хорошая компенсация углеводного обмена
- 2) низкобелковая диета
- 3) назначение ингибиторов АПФ
- 4) назначение сулодексида

86. Лечение гиперосмолярной комы направлено на:

- 1) регидратацию
- 2) снижение гликемии
- 2) нормализацию электролитного состава крови
- 4) нормализацию кислотно-щелочного равновесия

87. Какие из перечисленных продуктов Вы не рекомендуете включать в рацион питания ребенка с сахарным диабетом:

- 1) грибы
- 2) виноград, инжир, хурма
- 3) сметана, сливки, сыры, масло сливочное
- 4) белый хлеб
- 5) свекла

88. Постнатальными последствиями «диабетической фетопатии» могут быть:

- 1) задержка полового развития
- 2) сахарный диабет новорожденного
- 3) порки развития плода
- 4) нет последствий
- 5) поражения ЦНС различной степени выраженности

89. Установите соответствие:

Вид препаратов инсулина

- А) Продленного действия
- Б) Короткого действия
- В) Ультракороткого действия

Препараты инсулина

- 1) Актрапид
- 2) Хумалог
- 3) Лантус
- 4) Новорапид
- 5) Протафан
- 6) Левемир

90. В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет:

- 1) накопление кетоновых тел
- 2) накопление молочной кислоты
- 3) гиперкалиемия
- 4) гиперосмолярность сыворотки крови
- 5) гиперлипидемия

91. Осложнения наиболее часто развивающиеся при сахарном диабете 1 типа у детей:

- 1) глаукома
- 2) нефропатия
- 3) катаракта
- 4) нейропатия
- 5) макроангиопатия
- 6) остеохондроз

92. Клинические симптомы, характерные для гипогликемической комы:

- 1) частый пульс слабого наполнения
- 2) гипертонус мышц
- 3) постепенное развитие
- 4) бледность кожных покровов
- 5) тремор рук

93. Для сахарного диабета характерно наличие:

- 1) никтурии
- 2) оксалурии
- 3) глюкозурии
- 4) низкого удельного веса мочи
- 5) лейкоцитурии

94. Установите соответствие:

- Осложнения сахарного диабета
- А) Диабетическая нейропатия
 - Б) Диабетическая нефропатия
 - В) Диабетическая катаракта
 - Г) диабетическая ретинопатия

Средства для лечения

- 1) Лазерная фотокоагуляция
- 2) Тауфон
- 3) Альфа-липоевая кислота
- 4) Ингибиторы АПФ

95. Диабетическая кетоацидотическая кома развивается:

- 1) внезапно
- 2) постепенно в течение нескольких дней
- 3) в течение 12 часов
- 4) растянуто во времени
- 5) в ночные часы

96. Инсулин ультракороткого действия желательно вводить в следующие места:

- 1) под лопатку
- 2) в плечо
- 3) в область живота
- 4) в ягодицу
- 5) в бедро

97. Профилактика гипогликемии заключается в:

- 1) рациональном режиме питания
- 2) адекватной инсулинотерапии
- 3) планируемой физической нагрузке
- 4) дополнительном приеме легкоусвояемых углеводов

98. Об инсулинорезистентности можно говорить, если потребность в инсулине (ЕД/кг массы тела) составляет:

- 1) до 1,0
- 2) 1,0-1,5
- 3) 1,5-2
- 4) более 2,5

99. Основной показатель контроля компенсации диабета:

1. инсулин крови
2. гликолизированный гемоглобин
3. глюкозурии
4. С-пептид

100. Выберите проявления, характерные для передозировки инсулина:

1. жажда
2. похудание
3. расчесы на коже
4. тошнота, рвота
5. потливость, чувство внутренней дрожи

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО РАЗДЕЛУ №2 «ОСНОВНЫЕ ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ»

1. Причины первичного врожденного гипотиреоза:

- 1) дисгенезия щитовидной железы
- 2) дисгормоногенез
- 3) внутриутробный избыток йода
- 4) дефицит тиреотропного гормона (ТТГ)

2. При первичном гипотиреозе уровень ТТГ в крови:

- 1) повышен
- 2) не изменен
- 3) снижен

3. Диффузный токсический зоб аутоиммунным заболеванием:

- 1) является
- 2) не является

4. Запоры при гипотиреозе:

- 1) характерны
- 2) не характерны

5. Психомоторное развитие при гипотиреозе:

- 1) замедляется
- 2) не изменяется
- 3) ускоряется

6. Уровень глюкозы в крови при тиреотоксикозе:

- 1) повышается
- 2) не изменяется
- 3) снижается

7. Хирургическому лечению подлежат дети с диффузным токсическим зобом и:

- 1) увеличением щитовидной железы 1 степени
- 2) увеличением щитовидной железы 2 степени и симптомами компрессии
- 3) сопутствующими соматическими заболеваниями
- 4) тахикардией более 140 в минуту
- 5) отсутствием эффекта от консервативной терапии

8. Мерказолил может вызвать следующие побочные действия:

- 1) кожную сыпь
- 2) зобогенный эффект
- 3) лейкопению
- 4) агранулоцитоз
- 5) тромбоцитопению

9. Детям с диффузным токсическим зобом в состоянии декомпенсации проведение оперативного лечения:

- 1) показано
- 2) не показано

10. Причины врожденного гипотиреоза у детей являются:

- 1) пороки развития щитовидной железы
- 2) воздействие стресса на организм матери
- 3) токсическое действие лекарственных веществ на организм матери

- 4) дефекты биосинтеза тиреоидных гормонов
- 5) аутоиммунный процесс в щитовидной железе

11. Препараты для лечения гипотиреоза:

- 1) левотироксин
- 2) тиреокOMB
- 3) мерказолил
- 4) калия йодид
- 5) трийодтиронин

12. Наиболее типичные клинические проявления врожденного гипотиреоза:

- 1) затяжная желтуха
- 2) муцинозный отек кожи и ПЖК
- 3) зоб
- 4) отставание в психомоторном развитии
- 5) запоры

13. Изменения кожи и ПЖК при диффузном токсическом зобе:

- 1) кожа сухая, иктеричная
- 2) кожа влажная
- 3) кожа горячая
- 4) стойкий красный дермографизм
- 5) уменьшение массы тела

14. Причины приобретенного гипотиреоза у детей:

- 1) эндемический зоб
- 2) хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы
- 3) аутоиммунное поражение щитовидной железы
- 4) гнойно-воспалительные заболевания щитовидной железы
- 5) психическая травма

15. Клиническими и лабораторными показателями эффективности лечения гипотиреоза являются:

- 1) улучшение физического развития
- 2) снижение уровня холестерина в крови
- 3) нормализация уровня глюкозы в крови
- 4) нормализация уровня тироксина в крови
- 5) нормализация уровня тиреотропного гормона в крови

16. Физиологическое действие тиреоидных гормонов в организме:

- 1) снижают уровень сахара в крови
- 2) формируют пол ребенка
- 3) участвуют в процессах роста и дифференцировки тканей
- 4) оказывают влияние на формирование головного мозга
- 5) влияют на калиево-натриевый баланс

17. Что такое симптом Грефе?

- 1) один из глазных симптомов тиреотоксикоза
- 2) из всех заболеваний, протекающих с тиреотоксикозом, встречается только при диффузном токсическом зоба
- 3) указывает наличие эндокринной офтальмопатии
- 4) позволяет косвенно оценить тяжесть тиреотоксикоза

5) все перечисленное верно

18. Какова суточная потребность взрослого человека в йоде?

- 1) 150–200 мкг
- 2) 150–200 мг
- 3) 60–80 мкг
- 4) 500 мкг и более

19. Диагноз аутоиммунного тиреоидита может быть поставлен на основании:

- 1) УЗИ щитовидной железы
- 2) определения уровня антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции
- 3) сцинтиграфии щитовидной железы
- 4) исследования уровня тиреоидных гормонов и ТТГ
- 5) ни на одном из отдельно взятых перечисленных исследований

20. У больных с диффузным токсическим зобом щитовидная железа при пальпации:

- 1) мягко-эластической консистенции
- 2) пальпируются плотные узловые образования в обеих долях
- 3) при ДТЗ железа не пальпируется из-за атрофии
- 4) неравномерно плотная железа с участками мягко-эластической консистенции
- 5) гладкая и плотная

21. Патогенез вторичного гипотиреоза связан с:

- 1) увеличением секреции тиреолиберина
- 2) уменьшением секреции тиреолиберина
- 3) невосприимчивостью щитовидной железы к влиянию ТТГ
- 4) увеличением секреции ТТГ
- 5) уменьшением секреции ТТГ

22. Причины развития гипотиреоза:

- 1) хронический аутоиммунный тиреоидит
- 2) лечение ДТЗ радиоактивным йодом
- 3) краниофарингиома
- 4) лучевая терапия шейной лимфомы

23. Эндокринная офтальмопатия характеризуется:

- 1) ощущением «песка» в глазах
- 2) диплопией
- 3) экзофтальмом
- 4) анизокорией

24. Признаками злокачественного новообразования щитовидной железы являются:

- 1) быстрый рост узла
- 2) спаянность узла с окружающими тканями
- 3) увеличение шейных лимфатических узлов
- 4) мелкозернистые обызвествления (псаммосные тельца) при рентгенологическом исследовании шеи

25. Диффузный токсический зоб встречается наиболее часто:

- 1) у детей
- 2) у мужчин среднего и пожилого возраста
- 3) у женщин пожилого возраста

4) у женщин молодого и среднего возраста

26. Тиростатики используются при следующих заболеваниях:

- 1) подострый тиреоидит
- 2) аутоиммунный тиреоидит Хашимото
- 3) острый гнойный тиреоидит
- 4) диффузный токсический зоб

27. Первичный гипотиреоз является следствием:

- 1) лечения радиоактивным йодом
- 2) аномалий развития щитовидной железы
- 3) оперативного лечения ДТЗ
- 4) синдрома Симмондса

27. В лечении эндемического (диффузного эутиреоидного) зоба предпочтительнее использовать:

- 1) глюкокортикоиды
- 2) левотироксин (L-тироксин)
- 3) трийодтиронин
- 4) препараты йода

29. Для тиреотоксикоза характерны:

- 1) мерцательная аритмия
- 2) постоянная тахикардия
- 3) потливость и гипертермия
- 4) потливость и гипотермия

30. Что из ниже перечисленного верно в отношении ТТГ?

- 1) находится под стимулирующим влиянием тиролиберина
- 2) находится под ингибирующим влиянием дофамина и соматостатина
- 3) стимулирует продукцию и секрецию тироидных гормонов (Т3 и Т4)
- 4) является стероидным гормоном

31. Избыточное действие тироидных гормонов вызывает в организме:

- 1) усиление процессов синтеза белка и торможение катаболизма
- 2) усиление катаболизма
- 3) усиление продукции ТТГ
- 4) усиление синтеза липидов
- 5) увеличивает активность инсулина

32. Какое вещество является базовым (стандартным) в профилактике йодного дефицита в КР?

- 1) йодид калия
- 2) йодат калия
- 3) йодат натрия
- 4) неорганический йод
- 5) все вышеперечисленное

33. Симптом Штельвага это:

- 1) отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх
- 2) отставание верхнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вниз

- 3) отставание нижнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вверх
- 4) редкое мигание
- 5) потемнение кожи на веках

34. Основной причиной транзиторной формы врожденного первичного гипотиреоза чаще всего служит:

- 1) агенезия щитовидной железы
- 2) дефицит ТТГ
- 3) нарушение чувствительности тканей к тиреоидным гормонам
- 4) пренатальный дефицит йода

35. Ранние симптомы, позволяющие заподозрить врожденный гипотиреоз:

- 1) переносенная беременность
- 2) длительное отхождение мекония
- 3) отечность, замеченная при рождении
- 4) гипотермия

36. Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при:

- 1) любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы
- 2) увеличении долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги I пальца
- 3) плотной консистенции долей щитовидной железы
- 4) увеличении долей щитовидной железы сверх размера проксимальной фаланги I пальца

БОЛЕЗНИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

37. Причиной развития синдрома Иценко-Кушинга является:

- 1) опухоль надпочечников
- 2) нарушение регуляции секреции АКТГ
- 3) гипоплазия надпочечников
- 4) опухоль аденогипофиза
- 5) опухоль гонад

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

- 1) наследственная ферментопатия,
- 2) родовая травма с поражением передней доли гипофиза

39. Для ВДКН характерны:

- 1) гиперпигментация кожных складок
- 2) «кофейные» пятна на коже
- 3) участки депигментации

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

- 1) повышается
- 2) не изменяется
- 3) снижается

41. При болезни Иценко-Кушинга уровень АКТГ в плазме крови:

- 1) повышается
- 2) понижается
- 3) не изменяется

42. При болезни Иценко-Кушинга лечение проводится в следующей последовательности:

- 1) консервативное
- 2) хирургическое
- 3) лучевая терапия

43. При сольтеряющей форме ВДКН реабсорбция натрия и хлора в почечных канальцах:

- 1) увеличивается
- 2) уменьшается

44. Сольтеряющая форма ВДКН обусловлена блоком 21-гидроксилазы:

- 1) полным
- 2) неполным

45. Врожденная дисфункция коры надпочечников наследуется по типу:

- 1) аутосомно-рецессивному
- 2) аутосомно-доминантному
- 3) сцепленному с X-хромосомой
- 4) сцепленному с Y-хромосомой
- 5) полигенному

46. ДЛЯ новорожденных с сольтеряющей формой ВДКН характерны:

- 1) запоры
- 2) позднее отхождение мекония
- 3) жидкий стул
- 4) отсутствие изменений
- 5) раннее отхождение мекония

47. У детей с врожденной дисфункцией коры надпочечников отмечается:

- 1) ускорение костного возраста по отношению к паспортному
- 2) отставание костного возраста по отношению к паспортному
- 3) соответствие костного возраста паспортному

48. Симптомами, характерными для простой формы ВДКН, являются:

- 1) гермафродитное строение наружных половых органов
- 2) анемия
- 3) гиперпигментация крупных складок и ареол
- 4) запоры
- 5) анорексия

49. Симптомами, характерными для сольтеряющей формы ВДКН, являются:

- 1) гермафродитное строение гениталий
- 2) запоры
- 3) сухость кожных покровов
- 4) жидкий стул
- 5) упорная рвота фонтаном, не связанная с приемом пищи

50. Основными проявлениями острой надпочечниковой недостаточности являются:

- 1) гипертонус
- 2) вялость
- 3) бледность
- 4) цианоз

5) судороги

51. Клинические симптомы врожденной дисфункции коры надпочечников при диагностике заболевания у детей старше 2 лет:

- 1) ускоренный рост
- 2) задержка полового развития
- 3) ускоренное половое развитие
- 4) маскулинное телосложение

52. Наиболее частые причины хронической надпочечниковой недостаточности:

- 1) туберкулез надпочечников
- 2) токсическое поражение надпочечников
- 3) аутоиммунное поражение
- 4) опухоли гипофиза
- 5) кровоизлияние в надпочечники при родовой травме

53. Наиболее характерные признаки болезни Иценко-Кушинга:

- 1) повышение АД
- 2) ожирение
- 3) стриарный синдром
- 4) остеопороз
- 5) сердечная декомпенсация

54. Для первичного гипокортицизма характерно:

- 1) гиперпигментация кожных покровов
- 2) снижение кортизола крови
- 3) снижение АКТГ сыворотки крови
- 4) понижение АД
- 5) слабость, адинамия

55. Какие симптомы первичного гипокортицизма не будут встречаться при вторичном:

- 1) похудение
- 2) гиперпигментация кожи и слизистых
- 3) общая слабость, астения
- 4) пристрастие к соленой пище

56. Выбрать типичные для болезни Кушинга клинические симптомы:

- 1) задержка роста
- 2) яркие поверхностные стрии
- 3) диспластическое ожирение
- 4) нормальный рост

57. Укажите мероприятия по лечению острой надпочечниковой недостаточности:

- 1) немедленное и массивное введение глюкокортикоидов
- 2) немедленное назначение препаратов с выраженной минералокортикоидной активностью
- 3) регидратационная терапия большим количеством 0,9% раствора хлорида натрия
- 4) введение калийсодержащих препаратов (из расчета 1,5–2,0 г сухого вещества в первые 3 часа)

58. В клубочковой зоне надпочечников синтезируются:

- 1) кортизол
- 2) андрогены
- 3) эстрогены
- 4) альдостерон

59. При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома нарушен биосинтез:

- 1) глюкокортикоидов

- 2) андрогенов
- 3) минералокортикоидов
- 4) катехоламинов

60. Для кортикостеромы надпочечника характерно:

- 1) чаще встречается у детей
- 2) лечение - адреналэктомия
- 3) после адреналэктомии по поводу кортикостеромы всегда развивается стойкая надпочечниковая недостаточность за счет атрофии второго надпочечника
- 4) отсутствует подавление секреции кортизола как в малой, так и в большой дексаметазоновых пробах
- 5) по клинической картине неотличима от гипофизарной формы синдрома Кушинга (болезнь Куценко-Кушинга)

61. Гипертоническая форма адреногенитального синдрома характеризуется:

- 1) снижением биосинтеза кортизола
- 2) повышенной секрецией андрогенов
- 3) повышенной секрецией минералокортикоидов
- 4) повышенной секрецией катехоламинов

62. Укажите наиболее вероятные причины возникновения острой надпочечниковой недостаточности:

- 1) двустороннее кровоизлияние в надпочечник
- 2) аутоиммунная деструкция коры надпочечника
- 3) отмена терапии глюкокортикоидов после их длительного приема
- 4) кровоизлияние в гипофиз

63. Терапия сольтеряющей формы адреногенитального синдрома включает:

- 1) применение глюкокортикоидов
- 2) применение минералокортикоидов
- 3) регидратацию
- 3) симптоматическую терапию

НАРУШЕНИЯ РОСТА У ДЕТЕЙ

64. Патогенез гигантизма и акромегалии в детском возрасте обусловлен:

- 1) низким уровнем тестостерона в крови
- 2) избыточной продукцией соматотропного гормона (СТГ)
- 3) снижением секреции соматостатина
- 4) снижением чувствительности соматотрофов к действию соматостатина
- 5) гиперпродукцией соматомединов

65. Гормон роста (соматотропный гормон - СТГ) вырабатывается:

- 1) в нейрогипофизе
- 2) в аденогипофизе
3. Гормон роста оказывает на уровень глюкозы в крови следующее действие:
 - 1) инсулиноподобное
 - 2) контринсулярное
 - 3) двухфазное

66. Наиболее часто задержку роста, обусловленную церебрально-гипофизарным нанизмом, начинают замечать:

- 1) при рождении
- 2) на первом году жизни
- 3) в 2-4 года
- 4) в 8-9 лет
- 5) в пубертате

67. Характерные черты лица детей с церебрально-гипофизарным нанизмом:

- 1) антимонголоидный разрез глаз
- 2) гипертелоризм глаз
- 3) микрогнатия
- 4) кукольное лицо
- 5) акромегалоидные черты

68. При конституциональной задержке роста отставание костного возраста:

- 1) имеется
- 2) не имеется

69. Для акромегалии диспропорциональность роста:

- 1) характерна
- 2) не характерна

70. Лечебная тактика при акромегалии и гигантизме:

1. оперативное лечение
2. рентгенотерапия
3. медикаментозное лечение

71. Избыточная секреция гормона роста к развитию акромегалии привести:

- 1) может
- 2) не может

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

- 1) 1 раз в день
- 2) через день
- 3) 1 раз в неделю
- 4) 2 раза в неделю
- 5) 1 раз в месяц

73. Критериями диагностики гипофизарного нанизма являются:

- 1) отставание в росте более -2 SDS роста
- 2) отставание костного возраста на 3 года и более
- 3) раннее закрытие зон роста
- 4) отставание в росте на 1-2 года
- 5) темпы роста - менее 4 см в год

74. Низкорослость эндокринного генеза может быть обусловлена:

- 1) дефицитом тропных гормонов
- 2) изолированным дефицитом СТГ
- 3) избытком глюкокортикоидов
- 4) врожденным дефицитом глюкокортикоидов и минералокортикоидов
- 5) повышением тиреоидных гормонов и снижением ТТГ

75. Для семейной низкорослости характерно:

- 1) невысокие темпы роста

- 2) отставание костного возраста
- 3) остеопороз
- 4) позднее вступление в пубертат
- 5) нормальные показатели физического развития при рождении

76. В патогенезе клинических проявлений церебрально-гипофизарного нанизма имеет значение дефицит следующих гормонов:

- 1) ТТГ
- 2) СТГ
- 3) АКТГ
- 4) гонадотропинов

77. Основным способом лечения акромегалии, вызванной аденомой гипофиза с экстраселлярным ростом является:

- 1) лучевая терапия
- 2) оперативное вмешательство (гипофизэктомия)
- 3) длительный прием стимуляторов дофамина
- 4) применение соматостатина

78. Как изменится уровень СТГ у больных с акромегалией в ответ на нагрузку глюкозой?

- 1) не изменится
- 2) незначительно снизится
- 3) повысится
- 4) значительно снизится

79. Клинические проявления гигантизма:

- 1) увеличение скорости роста с момента заболевания
- 2) скорость роста увеличена с рождения
- 3) нормальные пропорции тела
- 4) хондродистрофические пропорции тела
- 5) задержка полового развития

НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

80. Секрция гонадотропинов при первичной патологии гонад:

- 1) снижена
- 2) повышена

81. В каком возрасте у мальчиков появляются вторичные половые признаки при преждевременном половом развитии?

- 1) до 10 лет
- 2) в 10-12 лет
- 3) 12-14 лет
- 4) 14-15 лет
- 5) до 8 лет

82. При проведении пробы с хорионическим гонадотропином в случае первичного гипогонадизма уровень тестостерона в крови:

- 1) понижается
- 2) повышается
- 3) остается без изменений

83. Причиной гипергонадотропного гипогонадизма (первичного) может быть:

- 1) ветряная оспа
- 2) эпидемический паротит
- 3) краснуха
- 4) корь
- 5) грипп
- 6) туберкулез
- 7) скарлатина.

84. При преждевременном годовом созревании костный возраст:

- 1) соответствует паспортному
- 2) опережает паспортный
- 3) отстает от паспортного возраста.

85. Для первичных форм гипогонадизма характерны:

- 1) высокий уровень гонадотропных гормонов и низкий уровень половых гормонов
- 2) низкий уровень гонадотропных гормонов и низкий уровень половых гормонов
- 3) низкий уровень гонадотропных гормонов и резко положительная проба с хорионическим гонадотропином
- 4) нормальный уровень гонадотропных гормонов и высокий уровень половых гормонов
- 5) высокий уровень гонадотропных гормонов и нормальный уровень половых гормонов

86. Для истинного преждевременного полового созревания характерны следующие симптомы:

- 1) ускорение костного возраста
- 2) резкое повышение уровня лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов в крови
- 3) пубертатные значения ЛГ и ФСГ в крови
- 4) гиперплазия одного или двух надпочечников
- 5) повышение уровня 17-оксипрогестерона в крови

87. Первым манифестным симптомом гиперандрогении у детей является:

- 1) гирсутизм
- 2) угревая болезнь
- 3) жирная себорея волос
- 4) изолированное пубархе
- 5) алопеция

88. Развитие первичного гипогонадизма может быть обусловлено:

- 1) аутоиммунным поражением половых желез
- 2) травмой половых органов
- 3) инфекцией
- 4) дисгенезией половых желез

89. Больные с синдромом Клайнфельтера:

- 1) высокорослы с евнухоидными пропорциями тела
- 2) бесплодны
- 3) имеют гинекомастию
- 4) низкорослы

ОЖИРЕНИЕ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ.

90. К развитию ожирения наиболее предрасполагает конституциональный тип:

- 1) гиперстенический
- 2) астенический
- 3) нормостенический

91. При гипоталамическом ожирении стрии на коже:

- 1) характерны
- 2) не характерны

92. В лечении конституционально-экзогенной формы ожирения 1-2 степени используются:

- 1) анорексигенные препараты,
- 2) диетотерапия,
- 3) рассасывавшая терапия,
- 4) лечебная физкультура,
- 5) половые гормоны.

93. Для конституционально-экзогенного ожирения характерно:

- 1) развитие ожирения в первые годы жизни
- 2) симптомы внутричерепной гипертензии
- 3) ускорение развития скелета
- 4) задержка роста
- 5) наследственная предрасположенность

94. При развитии конституционально-экзогенного ожирения предрасполагающими факторами являются:

- 1) наследственная предрасположенность
- 2) длительное лечение стероидными препаратами
- 3) алиментарный фактор
- 4) нейроинфекция
- 5) гиподинамия

95. Ожирение является фактором риска развития:

- 1) сахарного диабета
- 2) гипертонической болезни
- 3) желчно-каменной болезни
- 4) тиреотоксикоза

96. Индекс массы тела (ИМТ) определяется как:

- 1) масса тела (кг) / площадь поверхности тела (м²)
- 2) масса тела (кг) / рост (м)
- 3) масса тела (кг) - рост (см)

97. Симптомы гипопаратиреоза у детей все, кроме:

1. судорожные сокращения скелетных мышц, парестезии
2. судорожные сокращения гладких мышц
3. ломкость ногтей
4. нарушение роста волос
5. увеличение щитовидной железы

98. Лабораторные показатели гипопаратиреоза:

1. Гипокальциемия
2. Гиперкальциемия
3. Повышение паратгормона в сыворотке крови

99. Клиническая картина гиперпаратиреоза у детей, все кроме:

1. расшатывание зубов или их позднее прорезывание
2. гематурия и почечные колики
3. нарушение походки
4. компрессионные переломы позвонков
5. ожирение

100. Лечение первичного гиперпаратиреоза

1. Паратиреоидэктомии
2. Препараты кальция и фосфора
3. Лечение радиоактивным йодом

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

(Т И Т У Л Ь Н Ы Й Л И С Т)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра терапии №1 специальности педиатрии и стоматологии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

БОЛЬНОГО _____ (фамилия, имя и отчество) _

Куратор: студент (ка) фамилия, имя, отчество, группа, курс, факультет, семестр.

Преподаватель: фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень,

Начало курации _____

Окончание курации _____

Отметка преподавателя о зачёте _____

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ:

1. Фамилия, имя, отчество (независимо от возраста).
2. Возраст (год, месяц, дата рождения).
3. Пол.
4. Место жительства.
5. Адрес и место работы родителей
6. Ребенок посещает детский сад, школу (указать, какие конкретно учреждения) не посещает
7. Дата выписки из клиники.
8. Количество койко-дней.
9. Поступил в экстренном порядке, в плановом порядке.
10. Диагноз: а) направившего лечебного учреждения. б) при поступлении в клинику, в) клинический: * основное заболевание,
11. осложнение основного заболевания,
12. сопутствующее заболевание.
13. г) окончательный: * основное заболевание, * осложнение основного заболевания, * сопутствующее заболевание.
14. Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть).

II. ЖАЛОБЫ:

Жалобы родителей или сопровождающих лиц.

Подробно опросить жалобы ребенка или его родителей (общее самочувствие, имеется ли жажда, сколько жидкости выпивает и выделяет в сутки, динамика массы тела, аппетит, утомляемость).

III. АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ (Anamnesis morbi).

Отмечается исходное состояние (фон), на котором развернулось данное заболевание, определяется последующий ход болезни, вплоть до момента обращения заболевшего за врачебной помощью. Когда заболел ребенок, начало заболевания (острый, постепенный, из которых симптомов), изменения общего состояния и поведения ребенка, главные проявления течения болезни и лечения до начала поступления в стационар. Начальные симптомы заболевания (первые признаки болезни и детализация их особенностей). Факторы, провоцирующие развитие декомпенсации сахарного диабета (вирусная инфекция, погрешности питания, неадекватность инсулинотерапии, неадекватные физические нагрузки и др.). Проведенное лечение (амбулаторное, стационарное) и эффект от него. Уточняется наличие осложнений (при СД острые и поздние) и время их установления. Частота наблюдений у врача (амбулаторное, стационарное), дата последней госпитализации. Поддерживающая терапия с указанием названия лекарств, их дозы, эффективности, характера побочных действий, продолжительности приема (постоянно или периодически), назначены ли эти средства врачом или лечение проводится

бесконтрольно и носит характер самолечения. Как оценивалось состояние больного, какие проводились дополнительные лабораторные, функциональные и другие исследования, консультации специалистов (результаты).

IV. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

В этом разделе отражаются:

- Обще биографические сведения (место рождения, возраст родителей, вредные привычки родителей и состояние их здоровья на момент рождения, отмечается состав семьи, каким по счету ребенком родился; наследственность; вес при рождении, течение родов, врожденные пороки, заболевания, патология, связанная с рождением, вскармливание, психическое и психомоторное развитие ребенка на 1-м году жизни и дальше; заболевания, которыми болел ребенок, в хронологическом порядке, аллергические реакции, когда и как проявлялись, с чем были связаны; как проходило развитие в детстве, начало и как учился; время наступления полового развития; появление и характер, регулярность менструации у девочек; социальных анамнез - жилищно-бытовые условия, режим, воспитание).

V. ОБЩИЙ ОСМОТР И КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОРГАНАМ И СИСТЕМАМ

1. *Общее состояние больного.* Рост, вес, индекс массы тела. Психическое состояние больного, контактен, правильны ли его ответы на вопросы, память.

2. *Кожа и подкожно-жировая клетчатка.* Имеется ли диабетический румянец на лице, цвет сухость/влажность кожи, тургор тканей, наличие участков липодистрофии в местах инъекций инсулина, состояние подкожно-жировой клетчатки. Состояние слизистой полости рта (сухая, влажная), запах ацетона. Подкожная клетчатка. Тип жировоголожения. Места введения инсулина (наличие липодистрофии). Есть ли отеки, с указанием локализации. Оценить показатели физического развития, дефицит/избыток массы тела. У подростков оценить пубертатные черты.

3. *Лимфатическая система.* Пальпация подчелюстных, шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, локтевых, бедренных, паховых лимфатических узлов: величина, форма, плотность, болезненность, сращение между собой и окружающими тканями.

4. *Костно-мышечная система.* Общий мышечный тонус, плотные или дряблые мышцы конечностей, болезненность при осмотре, есть ли гипотрофия мышц. Костная система. Наличие артропатий, увеличение суставов, их болезненность, нарушение функции. конфигурация (правильная, неправильная — деформация, дефигурация); изменения величины, цвета тканей и кожной температуры над суставами; наличие болезненности при движениях или пальпации; объем активных движений, объем пассивных движений при ограничении объема активных.

5. *Органы дыхания.* Форма грудной клетки, тип дыхания, ритм, глубина, частота в минуту, дыхание Чейн-Стокса, Кусмауля, Биота. Одышка: инспираторная, экспираторная, смешанная. Перкуссия грудной клетки: сравнительная перкуссия, границы легких. Перкуторный звук над легкими: ясный легочный, коробочный, металлический. Притупление легочного звука: границы, выраженность, локализация. Аускультация: дыхание везикулярное, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхания; хрипы сухие и влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые). Шум трения плевры. Бронхофония, голосовое дрожание.

6. *Органы кровообращения.* Пульс: частота в минуту, ритмичность, напряжение, наполнение, выраженность на разных участках. Сердце: верхушечный толчок, «сердечный горб». Пульсация в надчреве, «кошачье мурлыканье». При перкуссии границы относительной и абсолютной тупости. Тоны сердца на типичных точках. Сердечные шумы. Систолическое и диастолическое АД (при наличии артериальной

гипертензии указать до каких цифр наблюдались подъемы АД, факторы риска). ЧСС (склонность к тахикардии, брадикардии, нарушениям ритма).

7. *Органы пищеварения.* Рот, зубы, слизистая щеки, неба, десен. Полость рта: цвет, пигментация, изъязвления, рубцы, налет. Язык: влажный или сухой, чистый или обложен налетом (характер), цвет, трещины, язвы и т.д. Зев, миндалины. Живот: форма, симметричность. Перкуссия живота, пальпация живота: поверхностная и глубокая (скользящая) по Образцову-Стражеско. Чувствительность, тонус, защитное напряжение мышц брюшной стенки.

5. *Мочеполовые органы.* Осмотр поясницы. Симптом Пастернацкого. Наружные половые органы у мальчиков: развитие, опущение яичка. Имеются ли нарушения половой системы (оволосение, развитие вторичных половых признаков по формуле Таннера, состояние гонад). Бимануальное исследование у девочек (детским гинекологом). Определить, имеются ли клинические признаки сопутствующего хронического пиелонефрита, автономной нейропатии мочевого пузыря, признаки ХПН (отеки, интоксикация, высокое АД).

6. *Нервная система.* Походка. Речь. Сон. Зрачки: реакция на свет (прямая и содружественная). Чувствительность кожи: гипо-, гипер-, анестезия, дермографизм (красный, белый, стойкий, нестойкий). Болезненность по ходу периферических нервов. Нарушения двигательной сферы. Вегетативная функция: дермографизм - красный, белый, усилен, ослаблен. Гипергидроз - не отмечается или выражен. Саливация. Частота пульса в горизонтальном и вертикальном положении (ортостатическая тахикардия).

6. *Эндокринная система.* Осмотр: соответствие физического и умственного развития возрасту, полу. Нарушение роста тела (гигантизм, карликовость), размеров и соотношения частей лицевого скелета и других частей тела. Уточняются скорость роста, строится индивидуальная кривая роста, сравнивается с нормативами (центили).. Определяется целевой рост по формуле: $ЦР = (Ротца + (Рматери+13))/2$ (для мальчиков) и $ЦР = (Рматери + (Ротца-13))/2$ (для девочек). Выясняются особенности роста у отца/матери, старших братьев/сестер. Пропорциональность тела. Оценивается ИМТ по центилям в зависимости от возраста ребенка (показатели >97 позволяют констатировать ожирение). Определяется соотношение ОТ/ОБ, отражающее тип распределения ПЖК (андроидный или гиноидный). Состояние кожи: гиперпигментации, истончение, огрубление, влажность, стрии, витилиго. Распределение волосяного покрова. Лицо - его выражение, изменение со стороны глаз, экзофтальм резкий, умеренный. Глазные симптомы. Щитовидная железа. Пальпаторное исследование (консистенция, структура, подвижность, болезненность), определение степени увеличения по классификации ВОЗ. Клиническая оценка функции щитовидной железы, состояние шейных лимфоузлов. Первичные и вторичные половые признаки: явления вирилизма, евнухоидизма, феминизма. При объективном обследовании обращается внимание на оценку состояния наружных гениталий (степень развития, признаки гермафродитизма, крипторхизм, микропенис у мальчиков). Оценить физическое развитие, формирование скелета, мышечной массы, жировой клетчатки. Оценить стадию полового развития с учетом вторичных половых признаков (P, Ма, Ме – для девочек, P, G, объем яичек – для мальчиков (по орхидометру Прадера)) и с помощью схем определения стадии пубертата (по Таннеру).

VI. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Основной:

Осложнения основного:

Сопутствующие заболевания:

В этом разделе рекомендуется этап за этапом разворачивать историю заболевания, объясняя каждый симптом болезни, устанавливая между ними логическую связь. На основании жалоб, данных анамнеза и клинического осмотра поставить предварительный диагноз и наметить план обследования больного. Обращается внимание на критерии диагностики сахарного диабета (ISPAD 2009).

VI. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Перечень дополнительных методов обследования, которые следует назначить для уточнения диагноза, его степени тяжести, осложнений и сопутствующей патологии.

VII. ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В этом разделе приводится краткое описание результатов проведенных лабораторных и дополнительных методов исследования в хронологическом порядке для уточнения диагноза, его осложнений, дифференциального диагноза, а также для контроля компенсации заболевания. Вписывать результаты обследований курируемого больного. По каждому обследованию нужно сделать заключение.

- Общий анализ мочи (возможно наличие кетоновых тел, белка, изменение мочевого осадка, удельного веса).
- Общий анализ крови (повышение гемоглобина и гематокрита).
- Биохимический анализ крови, липиды сыворотки крови, содержание мочевины, креатинина, печеночные пробы, электролиты.
- Гликемический профиль при поступлении в клинику и на фоне проводимого лечения.
- Определение скорости клубочковой фильтрации.
- Тест на альбуминурию или суточная экскреция белка.
- Гликированный гемоглобин.
- ЭКГ.
- УЗИ внутренних органов (указать каких).
- Контроль массы тела I раз в неделю (если необходимо).
- Заключение офтальмолога, если необходимо — других специалистов с указанием цели.

VII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Дается полная формулировка основного заболевания, осложнения основного заболевания и сопутствующего заболевания. Указать тип диабета, наличие осложнений (ретинопатия, нефропатия, хайропатия). Сопутствующие заболевания.

VIII. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Обоснование клинического диагноза проводится на основании жалоб больного, анамнеза болезни, жизни, характерных объективных симптомов в динамике, полученных результатов лабораторного и других дополнительных, специальных методов исследования.

IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Проводится дифференциальный диагноз между настоящим заболеванием и сходными по клинической картине заболеваниями. При этом разбираются и определяются различия появления одинаковых субъективных и объективных признаков при настоящем и сходном заболевании. Дифференциальный диагноз сахарного диабета I и II типа, с заболеваниями, сопровождающимися глюкозурией, полиурией,

X. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

Говоря об этиологии заболевания, необходимо указывать только те причины, которые привели к развитию болезни у больного. Следует помнить, что куратор пишет историю болезни данного конкретного больного – он не должен переписывать сведения об этиологии того или иного заболевания из учебников, руководств и пособий. В разделе патогенез дается обобщающая картина механизма развития болезни у данного больного с указанием главных и второстепенных звеньев этого

механизма, с документацией функционального состояния физиологических систем организма больного, с указанием механизма возникновения осложнений и предстоящего исхода болезни.

XI. ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение: принципы лечения, лист назначений, обоснование каждого назначения. Режим. Диета. Медикаментозная терапия с указанием препарата, его дозы, способа введения, кратности и длительности приема. Выписать рецепты на два основных препарата. Для пациентов с сахарным диабетом 1 типа и сахарным диабетом 2 типа, получающих инсулин рассчитать суточную потребность в ХЕ. Для расчета дозы инсулина пользоваться следующими ориентировочными цифрами суточной дозы: при впервые выявленном диабете (1 год) – 0,2-0,5 ед/кг, при анамнезе заболевания более 1 года – 0,5 – 0,7 ед/кг, у подростков – 0,8 – 1,0 ед/кг, при кетоацидозе – до 1 – 1,2 ед/кг. Распределение доз рекомендуется для схемы интенсифицированной инсулинотерапии: инсулин пролонгированный – по 25% суточной дозы (утром и вечером), инсулин короткого действия (простой инсулин) – всего – 50% от суточной дозы. На основании дневника питания рассчитать пищевые коэффициенты для расчета дозы простого инсулина перед приемами пищи. Расписать какие продукты следует рекомендовать, какие исключить. Меню-раскладка.

XIV. ДНЕВНИК ЗА ВСЕ ДНИ КУРАЦИИ (кроме первого)

Дневник курации содержит следующие положения:

1. Дата.
2. Жалобы больного.
3. Данные физического обследования.
4. Интерпретация дополнительных методов исследования на данный день.
5. Назначения:

- Режим
- Диета
- Медикаменты

XV. ЭПИКРИЗ

Эпикриз бывает, этапным, выписным, посмертным. Этапный эпикриз оформляется через каждые 10 дней пребывания больного, в нем отражается динамика заболевания за эти прошедшие дни, смена клинического диагноза, указывается необходимость в проведении дополнительных лечебно-диагностических мероприятий. При выписке оформляется выписной эпикриз с подробным указанием клинического диагноза, анамнеза заболевания, продолжительности лечения в клинике, результатов диагностических мероприятий, всех выполненных лечебных мероприятий, рекомендаций. Посмертный эпикриз оформляется при летальном исходе.

СХЕМА ЭПИКРИЗА

Больной (Ф.И.О.) _____ лет, находился в _____ отделении с _____ по _____ 20 г.

Клинический диагноз _____

Поступил с жалобами:

Анамнестические данные:

При физическом исследовании больного:

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

Больному проводилось следующее лечение:

В результате проведенного лечения отмечалась следующая динамика (улучшение:....., без изменений.....). Больной выписывается (переводится, планируется) со следующими ре-комендациями: (режим, диета), прием медикаментов (указывается точная доза и кратность приема).

Дальнейшая тактика ведения пациента.

Рекомендовано наблюдение врача по месту жительства (повторная госпитализация)

Подпись куратора

XVI. ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни, здоровья следует обосновать фактами, которые добываются наблюдениями за течением болезни, повторными лабораторными и инструментальными исследованиями больного в процессе лечения.

XVII. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Приводится список литературных источников, использованных при написании истории болезни: учебники, руководства, учебные пособия, монографии, журнальные статьи, лекции.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ» Курс 4, семестр 8, ЗЕ – 2, Отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	граф ик контро ля
Модуль 1					
Диабетология. Сахарный диабет у детей	Текущий	1. Фронтальный опрос 2. Курация больного, ситуационная задача. 3. Оценка самостоятельной работы	15	25	4 неде ля
	Рубежный	Тестовый контроль	5	10	
Модуль 2					
Основные эндокринные заболевания у детей	Текущий	1. Фронтальный опрос 2. Курация больного, ситуационная задача 3. Оценка самостоятельной работы	15	25	8 неде ля
	Рубежный	Тестовый контроль	5	10	
ВСЕГО за семестр			40	70	9 неде ля
Промежуточный контроль (Зачет)	1. Подведение итогов по истории болезни 2. Вопросы по билетам 3. Ситуационная задача		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

ОЦЕНИВАНИЯ ПОСЕЩАЕМОСТИ ЛЕКЦИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ (текущий контроль)

Все пропущенные лекции и практические занятия отрабатываются, однако баллы за каждое пропущенное занятие (**0,25 баллов**) и лекции снимаются (**0,5 баллов**) (кроме пропущенных по уважительным причинам), так как отработки не восполняют пропущенные аудиторные занятия совместно с преподавателем.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Знание заданной темы учебного материала	0-40

2	Ответы отличаются точностью использованных терминов (уместность и достоверность сведений)	0-30
3	Материал излагается последовательно и логично	0-20
4	Активность на практическом занятии, показывающая усвоение заданной темы программного материала	0-10
Всего в %		

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ
(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Провести расспрос больного с СД, собрать анамнез	0-10
2	Провести физикальное обследование больного	0-15
3	Провести оценку результатов лабораторного и инструментального обследования	0-15
4	Интерпретировать результаты, провести диф. диагноз и поставить клинический диагноз	0-40
5	Составить план обследования, лечения конкретного больного	0-20
Всего в %		

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
ФОРМА		0-10
1	Правильное оформление титульного листа, деление текста на введение, основную часть и заключение	
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		0-20
1	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов, логическая последовательность слайдов, текст легко читается, фон сочетается с текстом, просмотр презентации не утомителен	0-10
2	Краткость, точность, законченность информации, сформулированные идеи ясно изложены хорошо и структурировано	0-10
СОДЕРЖАНИЕ		0-50
1	Соответствие теме	0-10
2	Сформулирована цель работы, понятны поставленные задачи	0-10

3	Содержание адекватно отражает решение поставленной задачи, основные положения раскрыты, подкреплены аргументами и фактами, есть выводы	0-30
ДОКЛАД		0-20
1	Правильность и точность речи во время презентации	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-10
3	Выполнение регламента	0-5
Всего %		

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (текущий контроль, рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
Всего %		

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в %).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Общие сведения о больном	0-2
2	Жалобы (кратко и четко перечисляются все жалобы больного в настоящее время)	0-8
3	Анамнез болезни	0-8

4	Анамнез жизни	0-8
5	Объективное исследование	0-10
6	Лабораторные, дополнительные методы исследования	0-8
7	Клинический диагноз и обоснование клинического диагноза	0-11
8	Дифференциальный диагноз	0-9
9	Этиология и патогенез развития болезни данного больного	0-8
10	Лечение	0-10
11	Дневники наблюдения	0-8
12	Эпикриз и прогноз	0-10
Всего в %		
Сумма баллов		

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ВОПРОСОВ ПО БИЛЕТАМ
(промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
Всего в %		Среднее арифметическое (сумма /4)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;

- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.
« менее 60%»
- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

Тема: Сахарный диабет

Задача № 1.

На приеме - больной диабетом 1 типа, 13 лет. Болен 4 года, находится на интенсифицированной инсулинотерапии (с самоконтролем). В субботу целый день катался на лыжах. В ночь на воскресенье - резкая слабость, чувство голода, обильное потоотделение, «озноб». Состояние улучшилось после приема глюкозы.

Объективно: рост - 152 см, масса - 42 кг. Кожные покровы чистые теплые умеренно влажные. Температура нормальная. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 в мин. АД - 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Формула пубертата: A0, P2, L0, F0, V0.

По данным недавней диспансеризации - гликемия - от 4,7 до 8,0 ммоль/л, аглюкозурия, гликированный гемоглобин (HbA1c - 7,0%), самочувствие хорошее. Находится на интенсифицированной инсулинотерапии (35 ед/сутки).

Причина ухудшения состояния? Возможные пути профилактики такого состояния?

Выбрать правильный ответ:

- 1) Гипогликемия после нагрузки. Следовало уменьшить дозы инсулина в субботу до и после нагрузки при контроле уровня гликемии;
- 2) Гипергликемия. Следовало увеличить дозы инсулина в субботу до и после нагрузки при контроле уровня гликемии;
- 3) Вегетативно-сосудистая дистония: ваго-инсулярный криз. Следовало ввести симпатомиметики.

Задача № 2

Алеша Г., 12 лет, болен сахарным диабетом в течение 7 лет. Поступил в клинику с жалобами на ухудшение самочувствия, утомляемость, головные боли, учащение мочеиспусканий. Мальчик получает инсулин в суммарной дозе 20 ед/сут. Самоконтроль не проводится. **Объективно:** рост - 146 см, масса - 38 кг. Кожные покровы - чистые, бледные, суховатые. Подкожно-жировой слой развит умеренно. В местах инъекций инсулина (плечи, бедра) - уплотнение тканей (плюс ткань). Тоны сердца умеренно приглушены. АД - 120/75 мм рт.ст., ЧСС - 86 в мин. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень: на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Число мочеиспусканий - 8 раз в сутки. Гликемия натощак, перед едой - от 10,8 до 14,5 ммоль/л. Глюкозурия - 1,5-2%. Ацетон мочи - отрицательно. Клиренс эндогенного креатинина - 90 мл/мин. Тест на микроальбуминурию - 120 мг/сутки.

- 1) Сформулировать клинический диагноз.
- 2) Адекватна ли доза вводимого инсулина?

Выбрать правильный ответ:

- а) Сахарный диабет 1 типа, стадия декомпенсации, без кетоза. Осложнения: диабетическая нефропатия 3 стадии; липодистрофия по гипертрофическому типу;
- б) Доза 20 ед, что составляет 0,53 ед/кг в сутки, недостаточна: постоянно - гипергликемия (более 10 ммоль/л, увеличена печень, клинически - декомпенсация). Учитывая длительность заболевания и вступление в пубертатный возраст, рекомендуемая доза инсулина - 0,6 - 0,8 ед/кг в сутки;
- в) Сахарный диабет 1 типа, стадия компенсации.
- г) Доза 20 ед, что составляет 0,53 ед/кг в сутки, достаточна: постоянно - гипергликемия (более 10 ммоль/л, увеличена печень, клинически - декомпенсация). Учитывая

длительность заболевания и вступление в пубертатный возраст, рекомендуемая доза инсулина – 0,6 – 0,8 ед/кг в сутки;

д) Доза 20 ед, что составляет 0,53 ед/кг в сутки, недостаточна: постоянно – гипергликемия (более 10 ммоль/л, увеличена печень, клинически – декомпенсация). Учитывая длительность заболевания и вступление в пубертатный возраст, рекомендуемая доза инсулина – 1,0-1,2 ед/кг в сутки;

Задача №3

Пациенту 7 лет. Он заболел сахарным диабетом 1 месяц назад. В настоящее время хорошо себя чувствует и имеет нормальные показатели сахара крови в течение дня.

1) Какой суточный калораж пищи должен быть у этого пациента?

- а) 1500 ккал;
- б) 2000 ккал;
- в) 1700 ккал.

2) На сколько углеводных единиц (УЕ) Вы рассчитаете диету?

- а) на 12 УЕ;
- б) на 17 УЕ;
- в) на 10 УЕ.

3) Суточная доза инсулина составляет (Ед/кг/сут)

- а) 0,3-0,5;
- б) 0,6-0,8;
- в) 1-1,2.

Задача №4

Пациентке 10 лет. Она больна сахарным диабетом 3 года. В настоящее время хорошо себя чувствует, в физическом развитии от сверстников не отстаёт и имеет нормальные показатели сахара крови в течение дня.

1) Какой суточный калораж пищи должен быть у этой пациентки?

- а) 2000 ккал;
- б) 1800 ккал;
- в) 1500 ккал.

2) На сколько углеводных единиц (УЕ) вы рассчитаете диету?

- а) на 20 УЕ;
- б) на 25 УЕ;
- в) на 10 -12 УЕ.

Задача №5

Пациент с сахарным диабетом должен быть с 17 до 18 часов на занятии в спортивной секции по теннису, но занятия не состоялись - заболел тренер. Режим питания во 2-ую половину дня:

- полдник 16.30+дополнительно 1 яблоко в день занятий спортом
- ужин 19 час

Получает следующий режим инсулинотерапии:

- перед завтраком - 4 ед. инсулина короткого и 6 ед. инсулина длительного действия;
- перед обедом - 4 ед. инсулина короткого действия;
- перед ужином - 4 ед. инсулина короткого и 6 ед. инсулина длительного действия

У больного - состояние компенсации.

Как следует поступить в этой ситуации ?

(выбрать правильные ответы)

- 1) проследить, чтобы пациент получил в обычные часы занятий спортом достаточную физическую нагрузку;
- 1) предложить пациенту почитать книгу вместо спортивного занятия;

- 2) если адекватную физическую нагрузку пациент не получит, то нужно:
- а) уменьшить углеводы на полдник;
 - б) увеличить углеводы на полдник;
 - в) не изменять углеводы в полдник
 - г) увеличить дозу инсулина короткого действия;
 - д) уменьшить дозу инсулина короткого действия

Задача № 6

Пациент с сахарным диабетом получает перед завтраком - 6 ед. инсулина короткого и 8 ед. инсулина длительного действия; перед обедом - 6 ед. инсулина короткого действия и перед ужином - 4 ед. инсулина короткого и 12 ед. инсулина длительного действия.

Отмечает, что сон беспокойный, пробуждается с трудом, до завтрака - слабость, головная боль. В трёхразовом профиле мочи: с утра до обеда - глюкозурия 20 грамм; с обеда до ужина - глюкозурия 15 грамм; с ужина до утра - глюкозурия 2 грамма. Сахар крови натощак - 15,2 ммоль/л

1. С чем связано плохое самочувствие пациента утром?

(выбрать правильные ответы)

- а) с гипогликемией в ночные часы в результате передозировки "вечернего" инсулина пролонгированного действия;
- б) гипергликемией из-за недостатка инсулина в ночное время.

2. Почему у больного отмечается высокий уровень сахара крови натощак?

(выбрать правильные ответы)

- а) в результате передозировки инсулина в ночные часы (феномен "постгипогликемической" гипергликемией);
- б) в результате дефицита инсулина в ночные часы.

3. Какая будет ваша тактика в отношении инсулинотерапии?

(выбрать правильные ответы)

- а) уменьшить дозу инсулина пролонгированного действия перед ужином;
- б) увеличить дозу инсулина короткого действия перед ужином;
- в) не изменять дозу инсулина.

Тема: Осложнения сахарного диабета

Задача 1.

Мальчик 13 лет болен сахарным диабетом с 6-летнего возраста, находится на заместительной терапии инсулином (короткого и пролонгированного действия) в суточной дозе 20 ед. Поступил в стационар с жалобами на жажду и сухость во рту, похудание, тошноту, обильное мочеиспускание. Вышеперечисленные жалобы отмечаются в течение недели.

При поступлении рост 148 см, масса - 38 кг. Состояние тяжелое. Сознание сохранено, но ребенок заторможен, на вопросы отвечает с задержкой. Отмечается запах ацетона изо рта, сухость кожи, слизистых. Подкожно-жировая клетчатка слабо выражена. Тоны сердца ритмичны - 100 уд/мин, приглушены. АД - 100/60 мм рт.ст.. Живот мягкий, печень - на 1 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускания свободные, диурез - 2800 мл. Половое развитие: P2 A1 V0 L0 F0.

Сахар крови - 17 ммоль/л, глюкозурия - 3%, ацетон - резко положительный (++++).

Определите тактику неотложной терапии у данного больного.

Ответ: 1) инсулин короткого действия - дробно - в среднем - 0,8 ед/кг/сут; 2) инфузионная терапия - до 100 мл/кг/сут: физиологический раствор хлорида натрия или р-р Рингера; 3) р-р калия хлорида - 3-5 ммоль/кг/сут

Задача 2.

На приеме - больной диабетом 1 типа, 13 лет. Болен 4 года, находится на интенсифицированной инсулинотерапии (с самоконтролем). В субботу целый день

катался на лыжах. В ночь на воскресенье - резкая слабость, чувство голода, обильное потоотделение, «озноб». Состояние улучшилось после приема глюкозы.

Объективно: рост - 152 см, масса - 42 кг. Кожные покровы чистые теплые умеренно влажные. Температура нормальная. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 в мин. АД - 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Формула пубертата: A0, P2, L0, F0, V0.

По данным недавней диспансеризации - гликемия - от 4,7 до 8,0 ммоль/л, аглюкозурия, гликированный гемоглобин (HbA1c - 7,0%), самочувствие хорошее. Находится на интенсифицированной инсулинотерапии (35 ед/сутки).

Причина ухудшения состояния? Возможные пути профилактики такого состояния?

Ответ: Гипогликемия после нагрузки. Следовало уменьшить дозы инсулина в субботу до и после нагрузки при контроле уровня гликемии.

Тема: Патология щитовидной железы

Задача 1

12-летний мальчик направлен к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением школьной успеваемости. Согласно записи педиатра, мальчик потерял в весе со времени своего предыдущего посещения 6 месяцами ранее около 2,5 кг.

При осмотре: Рост - 150 см, М - 30 кг, астенического телосложения, кожные покровы теплые влажные. Тоны сердца ритмичные, громкие; систолический шум на верхушке, в точке Боткина. ЧСС - 110 ударов в минуту. АД - 130/50 мм рт.ст. Щитовидная железа заметна при осмотре, деформирует переднюю поверхность шеи. При пальпации: увеличены обе доли и перешеек, щитовидная железа диффузной мягко-эластичной консистенции. В позе Ромберга - мелкоамплитудный тремор пальцев рук. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Пубертатная формула: A0, P1, L0, F0, V0.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислить типичные клинические и лабораторные признаки заболевания.
3. Составить план обследования.
4. Дифференциальный диагноз
5. Терапевтическая тактика

Задача 2.

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

Объективно: масса - 4600 г, рост - 52 см. Поза флексорная, на осмотр реагирует криком с низким тембром. Кожные покровы - чистые, суховатые с иктеричным оттенком. Стопы холодные. Отмечается пастозность лица. Стигмы: широкая седловидная переносица, гипертелоризм глаз, низкое расположение ушных раковин. Живот «распластанный», слабость пупочного кольца.

Дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, ЧСС во сне - 100 уд/мин. Живот мягкий. Печень - на 3 см ниже края реберной дуги. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Щитовидная железа не пальпируется.

1. Предполагаемый диагноз

2. Назовите формы заболевания в зависимости от времени возникновения и уровня поражения.
3. Перечислите возможные причины возникновения заболевания.
4. Что лежит в основе патогенеза заболевания?
5. Составить план обследования.
6. Перечислить основные клинические проявления заболевания.
7. Провести дифференциальный диагноз.
8. Тактика педиатра и эндокринолога.

Задача 3.

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

Объективно: Рост - 152 см, масса - 46 кг. Нормостенического телосложения. Кожные покровы теплые чистые, умеренно-влажные. Дистальный гипергидроз. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, умеренная дыхательная аритмия. ЧСС_{ср.} - 70 в мин. АД - 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Выявлено диффузное увеличение щитовидной железы 2 степени. При пальпации железа мягко-эластичной консистенции, увеличена равномерно. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Формула пубертата: А2, Р2, Ма3, Ме0.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. План обследования.
4. Терапевтическая тактика.
5. Назначения при показателях:
 - гормоны: Т4 - 52 нмоль/л (норма: 60-140 нмоль/л), ТТГ - 6 МЕ/л (0,5-5,0 МЕ/л).

Задача 4

12-летняя девочка направлена к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением школьной успеваемости. Согласно записи педиатра, девочка потеряла в весе со времени своего предыдущего посещения 6 месяцами ранее около 2,5 кг.

При осмотре: Рост - 150 см, М - 30 кг, астенического телосложения, кожные покровы теплые влажные. Тоны сердца ритмичные, громкие; систолический шум на верхушке, в точке Боткина. ЧСС - 110 ударов в минуту. АД - 130/50 мм рт.ст. Щитовидная железа заметна при осмотре, деформирует переднюю поверхность шеи. При пальпации: увеличены обе доли и перешеек, щитовидная железа диффузной мягко-эластичной консистенции. В позе Ромберга - мелкоамплитудный тремор пальцев рук. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Пубертатная формула: А0, Р1, Ма2. По данным УЗИ – щитовидная железа увеличена в объеме, однородная, пониженной эхоплотности. В крови высокий титр тиреостимулирующих антител.

Наиболее вероятный диагноз?

- А. Диффузный эндемический зоб
- В. Аутоиммунный тиреоидит, «хаси-токсикоз»
- С. Подострый тиреоидит
- Д. Диффузный токсический зоб
- Е. Острый тиреоидит

Задача 5

Ребенок 1 г. 10 мес. не ходит, не разговаривает, вялый, неактивный. Головку удерживает с одного года, сидит неустойчиво. Бледный, отечный. Широкая переносица, седловидный нос, голос грубый, язык большой, высунут изо рта. Большой родничок 1,0 x 1,0 см, зубов нет.

1. Секретция каких гормонов нарушена у ребенка?
2. Какому клиническому синдрому соответствует данная клиническая картина?

Тема: Патология надпочечников

Задача 1.

В отделение интенсивной терапии доставлена девочка в возрасте 3-х недель. Со слов мамы, девочка в течение недели часто срыгивала после кормления, снизился аппетит, стала вялой, стул участился до 8-9 раз в сутки - жидкий. Накануне и в день поступления отмечалась рвота. Температура не повышалась. Девочка потеряла в массе около 600 г.

Из анамнеза известно, что девочка от I-й нормально протекавшей беременности, роды в срок, самостоятельные, без осложнений. Мр - 3200 г, Рр - 48 см. На естественном вскармливании - прибавка за первые 2 недели около 200г. На момент поступления - при росте 49 см, масса - 2700 г.

Объективно: состояние девочки крайне тяжелое за счет выраженной дегидратации. На осмотр реагирует вяло, крик «стонущий», общая мышечная гипотония. Кожные покровы бледные, сухие. Тургор мягких тканей резко снижен. Тоны сердца ослаблены, глухие. ЧСС - 110 в мин. Живот запавший. Печень на 3 см ниже края реберной дуги. Селезенка не увеличена. При осмотре наружных половых органов отмечается гипертрофия клитора, единое мочепооловое отверстие. Гиперпигментация половых губ, сосков. Результаты кариотипирования в роддоме - 46 XX. Лечение ранее не проводилось.

Электролиты плазмы: калий - 5,8 ммоль/л, натрий - 120 ммоль/л; глюкоза плазмы - 2,6 ммоль/л. В анализе мочи - сахар отрицательный, ацетон положительный (+ +). Кислотно-щелочное состояние: рН - 7,3, ВЕ = - 4 мэкв/л, рСО₂ - 40 мм рт. ст..

-
1. Диагноз, его обоснование?
 2. Патогенетическая основа заболевания.
 3. Назовите формы заболевания в зависимости от выраженности минералокортикоидной недостаточности.
 4. Назовите признаки андрогенизации.
 5. Дополнительные исследования для подтверждения диагноза и ожидаемые результаты?
 6. Неотложные терапевтические мероприятия?

Эталон ответа к задаче № 1:

1. Врожденная гиперплазия коры надпочечников (недостаточность 21-гидроксилазы), сольтеряющая форма. Острая надпочечниковая недостаточность.
Диагноз выставлен с учетом быстро прогрессирующего синдрома «потери соли» (срыгивания, рвота, потеря массы, гипотония, гипонатриемия, гиперкалиемия, декомпенсированный метаболический ацидоз (рН < 7,35, ВЕ > - 2), в сочетании с вирилизацией наружных половых органов: гипертрофия клитора и уrogenитальный синус при женском кариотипе. А также: брадикардии, гиперпигментации и кетотической гипогликемии.
2. В основе заболевания лежит дефицит фермента - 21-гидроксилазы, участвующего в синтезе глюко- и минералокортикоидов. В результате нарушения синтеза жизненно важных гормонов происходит усиленная секреция адренкортикотропного гормона (АКТГ) с последующей гиперплазией коры надпочечников и избыточной продукцией 17-гидроксипрогестерона, являющегося субстратом для избыточного синтеза андрогенов. Высокий уровень андрогенов надпочечников у плода женского рода вызывает вирилизацию наружных гениталий.
3. а). Простая вирильная (неосложненная) форма.

- б). Сольтеряющая форма.
4. У девочек - гермафродитный тип строения гениталий, проявляющийся: гипертрофией клитора, сращением половых губ, единым урогенитальным синусом или полностью мужским типом строения.

У мальчиков - наружные половые органы не изменены.

После рождения андрогенизация проявляется в виде: ускоренных темпов физического развития, преждевременной дифференцировки костного скелета, формирования мужского типа телосложения, преждевременного появления вторичных половых признаков в виде полового оволосения, аспеae vulgaris, мутации голоса.

5. Для подтверждения диагноза (дифференциальной диагностики с другими формами ложного женского гермафродитизма) необходимо:

- исследование сывороточного уровня 17 - гидроксипрогестерона - патогенетический маркер (будет повышен при врожденной дисфункции коры надпочечников).
- экскреция 17 - кетостероидов с мочой (повышена).
- УЗИ надпочечников (увеличение объема с гиперплазией коры обоих надпочечников).
- Кортизол и АКТГ сыворотки крови (кортизол - снижен, АКТГ - повышен).

6. У девочки - клиника острой надпочечниковой недостаточности (дефицит глюкокортикоидов и минералокортикоидов - синдром «потери соли»).

- Суточное количество жидкости - 120 мл/кг. Инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами (10% глюкоза и 0,9% раствор хлорида натрия).
- Растворы калия не вводят!
- Гидрокортизона гемисукцинат (или «солю-кортеф») - внутривенно струйно, капельно, внутримышечно: по 50 - 100мг.
- Масляный 0,5% раствор ДОКСА - 1 мл.
- Каждые 6 часов - контроль электролитов, КЩС, гликемия, ацетон мочи.
- контроль АД, ЭКГ, диурез, масса тела.

Задача 2.

Девочка 12 лет обратилась с жалобами на низкий рост, избыточный вес. Объективно: физическое развитие ниже среднего, соответствует 9 годам, избыточного питания. Распределение подкожно-жирового слоя неравномерное: лунообразное лицо, избыток на туловище, меньше – на конечностях. На коже живота, груди – широкие красновато-фиолетовые стрии. Гиперпигментация, гирсутизм. Артериальное давление – 150/90 мм рт.ст. Вторичные половые признаки отсутствуют. Наиболее вероятный диагноз?

- A. Феохромоцитома
- B. Синдром Иценко-Кушинга
- C. Дизэнцефальное ожирение
- D. Хроническая надпочечниковая недостаточность
- E. Гипогонадизм

Тема: Патология роста

Задача 1

Мальчик 10 лет обратился с жалобами на низкий рост. Отставание в росте отмечено с 3-х лет. Постоянно низкие темпы роста (3 см в год).

Объективно: рост 106 см, масса тела 22 кг.

Телосложение пропорциональное, мелкие черты лица, лицо округлое, небольшой избыток массы тела. По внутренним органам без особенностей. Наружные половые органы

сформированы по мужскому типу, яички в мошонке, объемом 1 мл. Костный возраст соответствует 5 годам.

1. Наиболее вероятный диагноз:
 - 1) врожденный диагноз;
 - 2) конституциональная задержка роста и пубертата;
 - 3) соматотропная недостаточность;
 - 4) семейная низкорослость;
 - 5) гипогонадизм.
2. Для уточнения диагноза необходимо проведение:
 - а) R^o зон роста;
 - б) УЗИ щитовидной железы;
 - в) исследование уровня Т3, Т4, ТТГ;
 - г) проведение клофелиновой пробы;
 - д) определение уровня ЛГ, ФСГ, тестостерона.

Задача 2

Мальчик 14 лет обратился с жалобами на задержку роста. Хронических соматических заболеваний не имеет. Отставание в росте отмечено в течение 2-х последних лет. Темпы роста 6-7 см/год. Рост родителей - средний.

Объективно: рост 145 см, масса тела 36 кг.

Телосложение правильное. По внутренним органам патологии не выявлено. Щитовидная железа не увеличена. Наружные половые органы сформированы правильно. Вторичные половые признаки: testis 6 мл, P2 G2 A1

1. Ваш диагноз:
 - а) неклассическая форма врожденного гипотиреоза;
 - б) конституциональная задержка роста и пубертата;
 - в) соматотропная недостаточность;
 - г) семейная низкорослость.
2. Для уточнения диагноза необходимо проведение:
 - а) R^o зон роста;
 - б) УЗИ щитовидной железы;
 - в) исследование уровня Т3, Т4, ТТГ;
 - г) проведение клофелиновой пробы;
 - д) определение уровня ЛГ, ФСГ, тестостерона.

Задача №3

Девочка 14 лет обратилась с жалобами на низкий рост, отсутствие вторичных половых признаков. Объективно: физическое развитие ниже среднего, соответствует 9 годам (SDS роста -2,9), пропорциональное. Отмечается «птеригиум», гипертелоризм сосков. Кожа чистая, умеренно-влажная. ЧСС – 76 в мин. Тоны сердца – ясные, ритмичные. Живот мягкий безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Щитовидная железа не увеличена. Вторичные половые признаки отсутствуют. Из семейного анамнеза известно, что родители девочки - среднего роста.

Наиболее вероятный диагноз?

- A. Семейная низкорослость
- B. Синдром Иценко-Кушинга
- C. Синдром Шерешевского-Тернера
- D. Врожденный гипотиреоз
- E. Конституциональная задержка роста и пубертата

Ответ: С

Каков необходимый минимум исследований?

Ответ: 1) кариотипирование, 2) УЗИ внутренних гениталий.

Тема: Патология полового развития

Задача 1

У доношенного ребёнка, родившегося с массой 3500 г и ростом 50 см с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов имеется anomальное строение наружных половых органов: расщеплённая мошонка, урогенитальный синус, пенисообразный клитор или половой член с промежностной гипоспадией. Яички в мошонке и по ходу пахового канала не определяются.

Ваша тактика определения пола, выберите правильные ответы:

- 1) определить костный возраст;
- 2) исследовать уровень Na, K сыворотки крови;
- 3) определить кариотип;
- 4) оценить состояние внутренних гениталий по данным УЗИ;
- 5) определить уровень 17 - оксипрогестерона.

Задача 2

В клинику обратились родители ребенка (мальчика) 2 лет с anomальным строением наружных гениталий: промежностная форма гипоспадии уретры, расщепленная мошонка. Объективно: физическое развитие – среднее, гармоничное. Кожа – чистая, умеренно влажная. Щитовидная железа не пальпируется. Наружные гениталии гермафродитного строения. Яички объемом 1 мл пальпируются у входа в мошонку.

Наиболее вероятный вариант гермафродитизма?

- A. Ложный мужской гермафродитизм.
- B. Истинный гермафродитизм.
- C. Ложный женский гермафродитизм.

Дифференциальный диагноз следует проводить между:

- A. Врожденной дисфункцией коры надпочечников (дефицит 21-гидроксилазы).
- B. Дисгенезией яичек.
- C. Синдромом тестикулярной феминизации (неполным).
- D. Дефектом 5 α – редуктазы.
- E. Синдромом Тернера (мужским вариантом).

Тема: Ожирение

Задача 1

На обследование в клинику направлен мальчик 13 лет с жалобами на избыточный вес, частые головные боли, головокружение, утомляемость. Со слов мамы, мальчик начал полнеть с 7-летнего возраста, однако за последние 1,5 года отмечается особенно большая прибавка в массе. Головная боль и головокружение беспокоят в течение года.

Из семейного анамнеза известно, что избыточный вес имеют мать, отец, бабушка мальчика по материнской линии. У матери ребенка - повышенное АД, у бабушки - сахарный диабет 2 типа. В рационе семьи преобладают мучные, макаронные изделия, картофель. Часто - выпечка.

Объективно: рост ребенка - 171 см, масса - 92 кг. Избыточное неравномерное отложение подкожно-жировой клетчатки: преимущественно на груди, животе. Фолликулит, цианотический оттенок кожи на предплечьях, кистях рук, бедрах, ягодицах. На коже груди, живота - яркие багрово-синюшные стрии. Дистальный гипергидроз. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 80 в мин. АД - 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул оформленный, регулярный. Пальпируется перешеек

щитовидной железы. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Длина яичек - 3,5 см. Формула пубертата: A2 P2 L1 V1 F0.

1. Наиболее вероятный диагноз
2. Назовите основные клинико-патогенетические формы заболевания.
3. План обследования
4. Дифференциальная диагностика
5. План лечения

Задача 2.

На обследование в клинику направлена девочка 12 лет с жалобами на избыточный вес, частые головные боли, головокружение, утомляемость. Со слов мамы, ребенок начал полнеть с 6-летнего возраста, однако за последние 1,5 года отмечается особенно большая прибавка в массе. Головная боль и головокружение беспокоят в течение года.

Из семейного анамнеза известно, что избыточный вес имеют мать, отец, бабушка мальчика по материнской линии. У отца ребенка - повышенное АД, у бабушки - сахарный диабет 2 типа. В рационе семьи преобладают мучные, макаронные изделия, картофель. Часто - выпечка.

Объективно: рост ребенка - 170 см, масса - 82 кг. Избыточное неравномерное отложение подкожно-жировой клетчатки: преимущественно на груди, животе. Фолликулит, цианотический оттенок кожи на предплечьях, кистях рук, бедрах, ягодицах. На коже груди, живота - розовые стрии. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 80 в мин. АД - 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул оформленный, регулярный. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Формула пубертата: A2 P3 M3 Me0.

Наиболее вероятный диагноз?

- A. Гипоталамический синдром пубертатного периода, ожирение 2 степени
- B. Конституционально-экзогенное ожирение 3 степени
- C. Адипозо-генитальная дистрофия
- D. Синдром Лоуренса-Муна-Барде-Бидля
- E. Синдром Иценко-Кушинга

Тема: Патология паращитовидных желез

Задача 1

Ребенок 10 лет жалуется на ощущение “онемения”, ползания “мурашек” в кистях, раздражительность, периодические судороги пальцев рук в виде “руки акушера”. Две недели тому перенес субтотальную струмактомию по поводу диффузного токсического зоба. Симптомы постепенно нарастали. Резко позитивные симптомы Хвостека, Труссо. Уровень кальция в крови снижен.

1. О поражении каких эндокринных желез могут свидетельствовать представленные симптомы?
2. Причины возникновения данного состояния?
3. Какому заболеванию соответствует такая клиническая картина?

Задача 2:

У мальчика 12 лет с судорожным синдромом уровень кальция в крови снижен, фосфора – повышен.

1. При поражении какого эндокринного органа могут наблюдаться такие лабораторные показатели?

4. Какое заболевание можно предположить?

Задача 3

Мальчик 14 лет. В течение 3-х лет беспокоят жажда, полиурия, слабость. Два года тому установлен диагноз: мочекаменная болезнь. За этот период трижды наблюдались переломы бедра и два раза – лучевой кости.

1. Функция какой эндокринной железы нарушена?
2. Какому заболеванию соответствует такая симптоматика?

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО РАЗДЕЛУ №1 «ДИАБЕТОЛОГИЯ»

1. Основные этапы обследования ребенка при подозрении на сахарный диабет:

1. определение уровня гликемии натощак,
2. сбор анамнеза,
3. определение глюкозурии,
4. определение суточного диуреза,
5. определение толерантности к глюкозе

2. Проведение стандартного глюкозотолерантного теста предусматривает:

- 1) определение уровня гликемии натощак, расчет нагрузки глюкозой,
- 2) подготовка ребенка за сутки
- 3) определение гликемии через 2 часа,
- 4) определение уровня гликемии через 4-6 часов

3. Установите соответствие:

Диагноз	Уровень глюкозы цельной капиллярной крови натощак:
А) сахарный диабет,	1) 2,0 ммоль/л,
Б) нарушенная толерантность к глюкозе	2) менее 6,1 ммоль/л,
	3) более 6,1 ммоль/л
	4) более 7,0 ммоль/л
	5) более 11,0 ммоль/л

4. К клинической группе риска по сахарному диабету относятся дети и подростки с такими заболеваниями, как:

- 1) несахарный диабет,
- 2) хронический панкреатит,
- 3) нейродермит,
- 4) муковисцидоз,
- 5) ожирение

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

- 1) характерно
- 2) не характерно

6. Наследственная предрасположенность к сахарному диабету:

- 1) имеется
- 2) не имеется.

7. У больных сахарным диабетом процесс депонирования гликогена в печени:

- 1) повышается
- 2) не изменяется
- 3) снижается.

8. При подозрении на сахарный диабет 1 типа дифференциальный диагноз необходимо проводить:

- 1) с несахарным диабетом
- 2) с рахитом.

9. Инсулин короткого действия по сравнению с пролонгированными инсулинами действует:

- 1) быстрее и более продолжительно,
- 2) быстрее и менее продолжительно,

3) медленнее и более продолжительно,

4) медленнее и менее продолжительно

10. Провоцирующие факторы при сахарном диабете 1 типа:

- 1) корь, 3) ветряная оспа, 5) цитомегаловирусная инфекция.
2) краснуха, 4) эпидемический паротит,

11. Глюкозурия характерна:

- 1) для сахарного диабета, 4) для пиелонефрита,
2) для несахарного диабета, 5) для мочекаменной болезни,
3) для почечного диабета,

12. Установите соответствие:

- | Заболевание | Клинические проявления |
|---------------------------|--|
| А) сахарный диабет 1 типа | 1) быстрое развитие всех симптомов, похудание при повышенном аппетите, лабильное течение, начало в детском возрасте,
2) медленное развитие симптомов, ожирение, начало в старшем возрасте, стабильное течение,
3) быстрая прибавка массы, стрии, повышение артериального давления. |
| Б) сахарный диабет 2 типа | |

13. Инсулин короткого действия начинает действовать через:

- 1) 5 минут, 3) 1 час. 5) 4-6 часов.
2) 30 мин, 4) 2,5 часа,

14. При оптимальном контроле сахарного диабета уровень глюкозы в крови натощак не должен превышать (ммоль/л):

- 1) 5, 2) 7, 3) 10, 4) 11, 5) 14.

15. Прививки больным сахарным диабетом проводят:

- 1) через 2 месяца компенсации, 4) по эпидемиологическим показаниям,
2) при достижении компенсации, 5) по жизненным показаниям.
3) через 6 мес. компенсации,

16. Установите соответствие:

- | Заболевание | Препараты |
|---------------------------|---|
| А) сахарный диабет 1 типа | 1) новорапид, левемир, актрапид, |
| Б) сахарный диабет 2 типа | 2) глюренорм, сиофор,
3) но-шпа, папаверин,
4) липостабил, эссенциале |

17. Какие из указанных факторов могут быть причиной сахарного диабета 1 типа?

- 1) генетические факторы
2) стрессовые воздействия
3) вирусные инфекции
4) аутоиммунные процессы
5) лечение глюкокортикоидами

18. Для нарушения толерантности к глюкозе характерно:

- 1) глюкозурия 2) отсутствие клинических признаков диабета
3) нормогликемия натощак 4) патологический глюкозотолерантный тест
б) ацетонурия

19. Какие органы и ткани являются инсулинзависимыми?

- 1) мышечная 2) нервная 3) жировая 4) сетчатка 5) сердце

20. Какие дозы инсулина (ед/кг) используются для лечения диабета на первом году заболевания?

- 1) 0,05 – 0,1 2) 0,25 – 0,5 3) 0,6 – 0,8
4) 0,8 – 1,0 5) более 1,0

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

- 1) менее 5,6 ммоль/л
2) 6,7 ммоль/л
3) 9,7 ммоль/л
4) 11,3 ммоль/л
5) 15 ммоль/л

22. Морфологическим проявлением какого из типов сахарного диабета является инсулит?

- 1) Сахарного диабета типа 2
2) Сахарного диабета типа 1
3) Гестационного сахарного диабета
4) Вторичного сахарного диабета, обусловленного синдромом гиперкортицизма
5) Генетических форм СД (MODY и др.)

23. Инсулин лизпро (Хумалог) при сахарном диабете типа 1 обычно вводится:

- 1) до приема пищи за 30–40 минут
2) до приема пищи за 20–15 минут
3) за 1 час до еды
4) непосредственно перед или сразу после еды

24. К генетическим факторам, реализующим сахарный диабет, можно отнести:

- 1) предрасположенность инсулярного аппарата к аутоиммунным поражениям
2) наличие определенных гаплотипов HLA
3) ослабление противовирусного иммунитета
4) повышенная чувствительность б-клеток к вирусным антителам

25. Нарушение жирового обмена при сахарном диабете характеризуется:

- 1) гиперлипидемией
2) жировой инфильтрацией печени
3) гиперкетонемией и кетонурией
4) дислипидемией

26. Сахарный диабет 1 типа характеризуется:

- 1) острым началом
2) инсулинопенией
3) склонностью к кетоацидозу
4) сочетанием с ожирением

27. К этиологическим факторам сахарного диабета 2 типа относятся:

- 1) инфекционные заболевания
2) алиментарные факторы (ожирение)
3) психические и физические травмы

4) генетические факторы

28. Сахарный диабет может выявляться при следующих эндокринопатиях:

- 1) акромегалии
- 2) болезни Иценко-Кушинга
- 3) феохромоцитоме
- 4) ожирении

29. Лечение при сахарном диабете 1 типа включает:

- 1) заместительную терапию инсулином
- 2) диетотерапию и планирование питания
- 3) режим дозируемых физических нагрузок
- 4) обучение больного и самоконтроль заболевания

30. Основным стимулятором секреции инсулина является:

- 1) адреналин
- 2) норадреналин
- 3) глюкоза
- 4) пролактин
- 5) соматостатин

31. К клиническим типам сахарного диабета относятся:

- 1) сахарный диабет 1 типа
- 2) потенциальный сахарный диабет
- 3) сахарный диабет 2 типа
- 4) субклинический сахарный диабет

32. Сахарный диабет 1 типа ассоциируется с гаплотипами HLA:

- 1) DR3
- 2) DR4
- 3) DQ
- 4) B25

33. Патогенез гипергликемии при сахарно диабете обусловлен:

- 1) снижением транспорта глюкозы в ткани
- 2) усилением гликогенолиза
- 3) увеличением глюконеогенеза
- 4) усилением гликогенеза

34. Дифференцировать сахарный диабет следует с:

- 1) несхарным диабетом
- 2) психогенной полидипсией
- 3) почечной глюкозурией
- 4) опухолью б-клеток поджелудочной железы

35. Препаратом выбора лечения тучных больных с сахарным диабетом типа 2 без осложнений является:

- 1) инсулин
- 2) метформин
- 3) репаглинид
- 4) глибенкламид

36. Согласно классификации ISPAD (2009 г) понятие «сахарный диабет» включает:

- 1) сахарный диабет 1 и 2 типа
- 2) гестационный сахарный диабет
- 3) другие виды сахарного диабета
- 4) латентный сахарный диабет

37. В патогенезе нарушения белкового обмена при сахарном диабете имеет значение:

- 1) усиление распада белков
- 2) увеличение глюконеогенеза
- 3) снижение синтеза белков
- 4) активация липогенеза

38. Абсолютная недостаточность инсулина может развиваться при:

- 1) опухолях поджелудочной железы
- 2) остром панкреатите
- 3) геохроматозе
- 4) панкреотомии

39. Лечение при сахарном диабете 2 типа включает:

- 1) диетотерапию и планирование питания
- 2) фитотерапию
- 3) режим дозируемых физических нагрузок
- 4) пероральные антидиабетические препараты

40. Характерными клиническими симптомами декомпенсации сахарного диабета служат:

- 1) полидипсия
- 2) полифагия
- 3) сухость кожи и слизистых
- 4) снижение массы тела

41. К гормональным антагонистам инсулина относятся:

- 1) глюкагон
- 2) адреналин
- 3) гормон роста (СТГ)
- 4) глюкокортикоиды

42. Сахарный диабет 2 типа возникает чаще:

- 1) у детей
- 2) у лиц среднего возраста
- 3) у лиц молодого возраста
- 4) у лиц старше 60 лет

43. Полидипсия при сахарном диабете обусловлена:

- 1) дегидратацией организма
- 2) полиурией
- 3) повышением уровня мочевой кислоты крови
- 4) гипергликемией

44. Препаратом выбора лечения сахарного диабета типа 1 является:

- 1) метформин
- 2) манинил (глибенкламид)

- 3) амарил (глимеперид)
- 4) инсулин
- 5) диабетон (гликлазид)

45. Сахарный диабет типа 2 характеризуется:

- 1) отягощенным наследственным анамнезом
- 2) склонностью к развитию кетоацидоза
- 3) относительным дефицитом инсулина на момент манифестации заболевания
- 4) гиноидным типом ожирения у большинства больных

46. Для гестационного сахарного диабета характерно:

- 1) манифестация в 1-ом триместре
- 2) связь с генами главного комплекса гистосовместимости
- 3) манифестация в 3-ем триместре
- 4) макросомия плода

47. Патогенез гипергликемии при сахарном диабете 2 типа обусловлен:

- 1) снижением чувствительности клеток к глюкозе
- 2) уменьшением массы β -клеток поджелудочной железы
- 3) снижением активности инсулина на периферии и в печени
- 4) развитием инсулита

48. Диагностика сахарного диабета 1 типа в доклинической стадии основывается на выявлении:

- 1) генетических маркеров
- 2) ацетонурии
- 3) положительного титра специфических антител
- 4) протеинурии

49. Для большинства подтипов сахарного диабета типа MODY характерно:

- 1) начало в молодом возрасте
- 2) наследственный характер
- 3) относительно благоприятное течение заболевания
- 4) начало в зрелом, чаще пожилom возрасте

50. Полидипсия является клиническим симптомом при следующих заболеваниях:

- 1) сахарный диабет
- 2) несахарный диабет
- 3) гиперпаратиреоз
- 4) почечный диабет

51. О декомпенсации сахарного диабета свидетельствуют показатели HbA1c более:

- 1) 7,0% 2) 7,5% 3) 8% 4) 9%

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

- 1) 24 ммоль/л
- 2) 14 ммоль/л
- 3) 10 ммоль/л
- 4) 8 ммоль/л

53. Возможные показания для применения бикарбоната натрия при диабетической коме:

- 1) кетоацидоз 2) дыхание Куссмауля 3) рН менее 7,0
4) бессознательное состояние 5) гипергликемия более 20 ммоль/л

54. Наиболее частые осложнения при сахарном диабете:

- 1) ретинопатия 2) нефропатия 3) нейропатия
4) плеврит 5) артрит

55. Для гиперосмолярной комы характерно:

- 1) кетоацидоз 2) дыхание Куссмауля 3) гипернатриемия
4) гиперосмолярность 5) гипергликемия

6. Для диабетического кетоацидоза характерно:

- 1) боли в животе
2) периферические отеки
3) снижение внутриглазного давления
4) гипергидроз
5) рвота

56. В патогенезе сахарного диабета 1 типа играют роль:

- 1) гиперпроинсулинемия
2) генетический дефект противовирусного иммунитета
3) генетический дефект Т-лимфоцитов
4) контринсулярные гормоны
5) первичный деструктивный процесс в поджелудочной железе

57. Лабораторный контроль состояния больного при кетоацидотической коме включает:

- 1) креатинин сыворотки
2) проба Реберга
3) газоанализ и рН крови
4) почасовой контроль диуреза
5) билирубин сыворотки

58. Какие пути введения инсулина используются при кетоацидотической коме?

- 1) подкожно 2) внутримышечно 3) в/в струйно 4) в/в капельно

10. Инсулин короткого действия начинает действовать через:

- 1) 5 минут 3) 1 час 5) 4-6 часов
2) 30 мин 4) 2,5 часа

59. Установите соответствие:

	Дозы инсулина (ед/кг/сут)
А) «медовый месяц»	1) 0,6 – 0,8
Б) длительный диабет	2) < 0,5
В) декомпенсация (кетоацидоз)	3) 1,0 – 2,0
Г) препубертат	4) 1,0 - 1,5
Д) пубертат	5) 0,6 – 1,0

60. Провоцирующие факторы кетоацидоза и диабетической комы:

- 1) интеркуррентные заболевания
2) пропуск введения инсулина
3) передозировка инсулина
4) хирургическое вмешательство

- 5) пропуск приема пищи

61. Лабораторный контроль состояния больного при кетоацидотической коме включает:

- 1) анализ гликемии
- 2) анализ мочи на желчные пигменты
- 3) анализ мочи на ацетон
- 4) общий анализ крови и мочи
- 5) натрий, калий плазмы

62. Методы лечения гипогликемической комы:

- 1) введение глюкозы перорально
- 2) в/в введение 40% глюкозы струйно
- 3) в/в введение 5-10% глюкозы капельно
- 4) введение глюкагона подкожно
- 5) в/в введение бикарбоната натрия

63. Провоцирующие факторы развития гипогликемии:

- 1) недостаточное содержание углеводов в пище
- 2) прием алкоголя
- 3) передозировка инсулина
- 4) физические нагрузки
- 5) нарушение функции печени или почек

64. Клиническими проявлениями диабетического кетоацидоза являются:

- 1) сухость кожи, жажда
- 2) выраженная потливость
- 3) снижение тургора кожи, тонуса глазных яблок
- 4) прибавка в весе

65. К адренергическим симптомам гипогликемии относятся:

- 1) тошнота
- 2) судороги
- 3) потливость
- 4) нарушения зрения

66. В лечении диабетического кетоацидоза используются следующие препараты:

- 1) инсулин
- 2) хлористый калий
- 3) физиологический раствор
- 4) глюкагон

67. К факторам риска развития диабетической макроангиопатии относят:

- 1) гипертриглицеридемию
- 2) гиперхолестеринемию
- 3) артериальную гипертензию
- 4) HbA1c > 7,5%

68. У больных сахарным диабетом типа 1 длительная интенсивная физическая нагрузка приведет к:

- 1) при кетоацидозе - к значительному улучшению состояния больных
- 2) увеличению активности (гипогликемизирующему действию) инсулина
- 3) Увеличению действия введенных инсулинов
- 4) Высокому риску развития гипогликемии

69. К сахарозаменителям при сахарном диабете относятся:

- 1) ксилит
- 2) сорбит
- 3) аспартам
- 4) мед

70. Осложнениями сахарного диабета являются:

- 1) ограничение подвижности мелких суставов (хайропатия)
- 2) недостаточность коры надпочечников
- 3) гломерулосклероз
- 4) гипертрихоз

71. Больной поступил в стационар в состоянии диабетической кетоацидотической комы. При поступлении необходимо исследовать следующие показатели:

- 1) пульс и частоту дыхания
- 2) кислотно-щелочное равновесие
- 3) гематокрит
- 4) гликемию

72. К состояниям, способствующим развитию и усугублению гиперосмолярной комы при сахарном диабете относятся:

- 1) рвота
- 2) прием диуретиков
- 3) понос
- 4) избыточное употребление жидкости больным

73. К неврологическим проявлениям гипогликемии относят:

- 1) чувство голода
- 2) головную боль
- 3) раздражительность
- 4) амнезию

74. Клинические проявления кетоацидоза:

- 1) дыхание Куссмауля
- 2) снижение тонуса глазных яблок
- 3) запах ацетона изо рта
- 4) периферические отеки

75. Для гипогликемической комы характерны:

- 1) влажность кожных покровов
- 2) повышение артериального давления
- 3) гликемия менее 3 ммоль/л
- 4) дыхание Куссмауля

76. О чем свидетельствует уровень гликированного гемоглобина?

- 1) об уровне гликемии в данный момент времени
- 2) прогностический критерий развития поздних осложнений сахарного диабета
- 3) об угрозе гипогликемических состояний
- 4) об уровне гликемии в последние 3 месяца

77. Хроническая передозировка инсулина проявляется:

- 1) прибавкой массы тела
- 2) гипогликемическими реакциями

- 3) гипергликемией
- 4) прогрессирующим снижением веса

78. Основные лечебные мероприятия по выводу больных из кетоацидоза включают:

- 1) инсулинотерапию
- 2) восстановление электролитного баланса
- 3) восстановление кислотно-щелочного баланса
- 4) регидратацию

79. Гиперосмолярная некетоацидотическая кома характеризуется:

- 1) нормальным КЩС
- 2) высокими цифрами гликемии
- 3) отсутствием выраженных изменений содержания калия в крови
- 4) выраженной дегидратацией

80. В диетотерапии для больных с неосложненным СД типа 1 учитывают:

- 1) количество белков в граммах
- 2) суточное потребление калорий
- 3) количество жиров в граммах
- 4) хлебные единицы

81. Диабетический кетоацидоз возникает у больных СД типа 1 вследствие:

- 1) отказа от инсулинотерапии
- 2) присоединения тяжелых инфекционных заболеваний
- 3) беременности
- 4) добавления к инсулинотерапии производных сульфаниламочевины

82. Гипогликемия характеризуется:

- 1) быстрым развитием
- 2) признаками нейрогликопении
- 3) симптомами гиперкатехоламинемии
- 4) постепенным развитием

83. Наиболее частые изменения у новорождённых от матерей с сахарным диабетом:

- 1) гипогликемия
- 2) респираторный дистресс-синдром
- 3) изменения со стороны ЦНС
- 4) гипергликемия

84. Для диабетического кетоацидоза характерно:

- 1) гипергликемия и ацетонурия
- 2) гипергликемия и ацетонурия
- 3) нормогликемия и ацетонурия
- 4) нормогликемия и ацетонурия

85. В лечении диабетической нефропатии существенную роль играют:

- 1) хорошая компенсация углеводного обмена
- 2) низкобелковая диета
- 3) назначение ингибиторов АПФ
- 4) назначение сулодексида

86. Лечение гиперосмолярной комы направлено на:

- 1) регидратацию
- 2) снижение гликемии
- 2) нормализацию электролитного состава крови
- 4) нормализацию кислотно-щелочного равновесия

87. Какие из перечисленных продуктов Вы не рекомендуете включать в рацион питания ребенка с сахарным диабетом:

- 1) грибы
- 2) виноград, инжир, хурма
- 3) сметана, сливки, сыры, масло сливочное
- 4) белый хлеб
- 5) свекла

88. Постнатальными последствиями «диабетической фетопатии» могут быть:

- 1) задержка полового развития
- 2) сахарный диабет новорожденного
- 3) порки развития плода
- 4) нет последствий
- 5) поражения ЦНС различной степени выраженности

89. Установите соответствие:

Вид препаратов инсулина	Препараты инсулина
А) Продленного действия	1) Актрапид
Б) Короткого действия	2) Хумалог
В) Ультракороткого действия	3) Лантус
	4) Новорапид
	5) Протафан
	6) Левемир

90. В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет:

- 1) накопление кетоновых тел
- 2) накопление молочной кислоты
- 3) гиперкалиемия
- 4) гиперосмолярность сыворотки крови
- 5) гиперлипидемия

91. Осложнения наиболее часто развивающиеся при сахарном диабете 1 типа у детей:

- 1) глаукома
- 2) нефропатия
- 3) катаракта
- 4) нейропатия
- 5) макроангиопатия
- 6) остеохондроз

92. Клинические симптомы, характерные для гипогликемической комы:

- 1) частый пульс слабого наполнения
- 2) гипертонус мышц
- 3) постепенное развитие
- 4) бледность кожных покровов
- 5) тремор рук

93. Для сахарного диабета характерно наличие:

- 1) никтурии
- 2) оксалурии
- 3) глюкозурии
- 4) низкого удельного веса мочи
- 5) лейкоцитурии

94. Установите соответствие:

Осложнения сахарного диабета

- А) Диабетическая нейропатия
- Б) Диабетическая нефропатия
- В) Диабетическая катаракта
- Г) диабетическая ретинопатия

Средства для лечения

- 1) Лазерная фотокоагуляция
- 2) Тауфон
- 3) Альфа-липоевая кислота
- 4) Ингибиторы АПФ

95. Диабетическая кетоацидотическая кома развивается:

- 1) внезапно
- 2) постепенно в течение нескольких дней
- 3) в течение 12 часов
- 4) растянуто во времени
- 5) в ночные часы

96. Инсулин ультракороткого действия желательно вводить в следующие места:

- 1) под лопатку
- 2) в плечо
- 3) в область живота
- 4) в ягодицу
- 5) в бедро

97. Профилактика гипогликемии заключается в:

- 1) рациональном режиме питания
- 2) адекватной инсулинотерапии
- 3) планируемой физической нагрузке
- 4) дополнительном приеме легкоусвояемых углеводов

98. Об инсулинорезистентности можно говорить, если потребность в инсулине (ЕД/кг массы тела) составляет:

- 1) до 1,0
- 2) 1,0-1,5
- 3) 1,5-2
- 4) более 2,5

99. Основной показатель контроля компенсации диабета:

1. инсулин крови
2. гликолизированный гемоглобин
3. глюкозурии
4. С-пептид

100. Выберите проявления, характерные для передозировки инсулина:

1. жажда
2. похудание
3. расчесы на коже
4. тошнота, рвота
5. потливость, чувство внутренней дрожи

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО РАЗДЕЛУ №2 «ОСНОВНЫЕ ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ»

1. Причины первичного врожденного гипотиреоза:

- 1) дисгенезия щитовидной железы
- 2) дисгормоногенез
- 3) внутриутробный избыток йода
- 4) дефицит тиреотропного гормона (ТТГ)

2. При первичном гипотиреозе уровень ТТГ в крови:

- 1) повышен
- 2) не изменен
- 3) снижен

3. Диффузный токсический зоб аутоиммунным заболеванием:

- 1) является
- 2) не является

4. Запоры при гипотиреозе:

- 1) характерны
- 2) не характерны

5. Психомоторное развитие при гипотиреозе:

- 1) замедляется
- 2) не изменяется
- 3) ускоряется

6. Уровень глюкозы в крови при тиреотоксикозе:

- 1) повышается
- 2) не изменяется
- 3) снижается

7. Хирургическому лечению подлежат дети с диффузным токсическим зобом и:

- 1) увеличением щитовидной железы 1 степени
- 2) увеличением щитовидной железы 2 степени и симптомами компрессии
- 3) сопутствующими соматическими заболеваниями
- 4) тахикардией более 140 в минуту
- 5) отсутствием эффекта от консервативной терапии

8. Мерказолил может вызвать следующие побочные действия:

- 1) кожную сыпь
- 2) зобогенный эффект
- 3) лейкопению
- 4) агранулоцитоз
- 5) тромбоцитопению

9. Детям с диффузным токсическим зобом в состоянии декомпенсации проведение оперативного лечения:

- 1) показано
- 2) не показано

10. Причины врожденного гипотиреоза у детей являются:

- 1) пороки развития щитовидной железы
- 2) воздействие стресса на организм матери
- 3) токсическое действие лекарственных веществ на организм матери

- 4) дефекты биосинтеза тиреоидных гормонов
- 5) аутоиммунный процесс в щитовидной железе

11. Препараты для лечения гипотиреоза:

- 1) левотироксин
- 2) тиреоккомб
- 3) мерказолил
- 4) калия йодид
- 5) трийодтиронин

12. Наиболее типичные клинические проявления врожденного гипотиреоза:

- 1) затяжная желтуха
- 2) муцинозный отек кожи и ПЖК
- 3) зоб
- 4) отставание в психомоторном развитии
- 5) запоры

13. Изменения кожи и ПЖК при диффузном токсическом зобе:

- 1) кожа сухая, иктеричная
- 2) кожа влажная
- 3) кожа горячая
- 4) стойкий красный дермографизм
- 5) уменьшение массы тела

14. Причины приобретенного гипотиреоза у детей:

- 1) эндемический зоб
- 2) хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы
- 3) аутоиммунное поражение щитовидной железы
- 4) гнойно-воспалительные заболевания щитовидной железы
- 5) психическая травма

15. Клиническими и лабораторными показателями эффективности лечения гипотиреоза являются:

- 1) улучшение физического развития
- 2) снижение уровня холестерина в крови
- 3) нормализация уровня глюкозы в крови
- 4) нормализация уровня тироксина в крови
- 5) нормализация уровня тиреотропного гормона в крови

16. Физиологическое действие тиреоидных гормонов в организме:

- 1) снижают уровень сахара в крови
- 2) формируют пол ребенка
- 3) участвуют в процессах роста и дифференцировки тканей
- 4) оказывают влияние на формирование головного мозга
- 5) влияют на калиево-натриевый баланс

17. Что такое симптом Грефе?

- 1) один из глазных симптомов тиреотоксикоза
- 2) из всех заболеваний, протекающих с тиреотоксикозом, встречается только при диффузном токсическом зоба
- 3) указывает на наличие эндокринной офтальмопатии
- 4) позволяет косвенно оценить тяжесть тиреотоксикоза

5) все перечисленное верно

18. Какова суточная потребность взрослого человека в йоде?

- 1) 150–200 мкг
- 2) 150–200 мг
- 3) 60–80 мкг
- 4) 500 мкг и более

19. Диагноз аутоиммунного тиреоидита может быть поставлен на основании:

- 1) УЗИ щитовидной железы
- 2) определения уровня антител к тиреоглобулину и микросомальной фракции
- 3) сцинтиграфии щитовидной железы
- 4) исследования уровня тиреоидных гормонов и ТТГ
- 5) ни на одном из отдельно взятых перечисленных исследований

20. У больных с диффузным токсическим зобом щитовидная железа при пальпации:

- 1) мягко-эластической консистенции
- 2) пальпируются плотные узловые образования в обеих долях
- 3) при ДТЗ железа не пальпируется из-за атрофии
- 4) неравномерно плотная железа с участками мягко-эластической консистенции
- 5) гладкая и плотная

21. Патогенез вторичного гипотиреоза связан с:

- 1) увеличением секреции тиреолиберина
- 2) уменьшением секреции тиреолиберина
- 3) невосприимчивостью щитовидной железы к влиянию ТТГ
- 4) увеличением секреции ТТГ
- 5) уменьшением секреции ТТГ

22. Причины развития гипотиреоза:

- 1) хронический аутоиммунный тиреоидит
- 2) лечение ДТЗ радиоактивным йодом
- 3) краниофарингиома
- 4) лучевая терапия шейной лимфомы

23. Эндокринная офтальмопатия характеризуется:

- 1) ощущением «песка» в глазах
- 2) диплопией
- 3) экзофтальмом
- 4) анизокорией

24. Признаками злокачественного новообразования щитовидной железы являются:

- 1) быстрый рост узла
- 2) спаянность узла с окружающими тканями
- 3) увеличение шейных лимфатических узлов
- 4) мелкозернистые обызвествления (псаммозные тельца) при рентгенологическом исследовании шеи

25. Диффузный токсический зоб встречается наиболее часто:

- 1) у детей
- 2) у мужчин среднего и пожилого возраста
- 3) у женщин пожилого возраста

4) у женщин молодого и среднего возраста

26. Тиростатики используются при следующих заболеваниях:

- 1) подострый тиреоидит
- 2) аутоиммунный тиреоидит Хашимото
- 3) острый гнойный тиреоидит
- 4) диффузный токсический зоб

27. Первичный гипотиреоз является следствием:

- 1) лечения радиоактивным йодом
- 2) аномалий развития щитовидной железы
- 3) оперативного лечения ДТЗ
- 4) синдрома Симмондса

27. В лечении эндемического (диффузного эутиреоидного) зоба предпочтительнее использовать:

- 1) глюкокортикоиды
- 2) левотироксин (L-тироксин)
- 3) трийодтиронин
- 4) препараты йода

29. Для тиреотоксикоза характерны:

- 1) мерцательная аритмия
- 2) постоянная тахикардия
- 3) потливость и гипертермия
- 4) потливость и гипотермия

30. Что из ниже перечисленного верно в отношении ТТГ?

- 1) находится под стимулирующим влиянием тиролиберина
- 2) находится под ингибирующим влиянием дофамина и соматостатина
- 3) стимулирует продукцию и секрецию тироидных гормонов (Т3 и Т4)
- 4) является стероидным гормоном

31. Избыточное действие тироидных гормонов вызывает в организме:

- 1) усиление процессов синтеза белка и торможение катаболизма
- 2) усиление катаболизма
- 3) усиление продукции ТТГ
- 4) усиление синтеза липидов
- 5) увеличивает активность инсулина

32. Какое вещество является базовым (стандартным) в профилактике йодного дефицита в

КР?

- 1) йодид калия
- 2) йодат калия
- 3) йодат натрия
- 4) неорганический йод
- 5) все вышеперечисленное

33. Симптом Штельвага это:

- 1) отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх
- 2) отставание верхнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вниз

- 3) отставание нижнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вверх
- 4) редкое мигание
- 5) потемнение кожи на веках

34. Основной причиной транзиторной формы врожденного первичного гипотиреоза чаще всего служит:

- 1) агенезия щитовидной железы
- 2) дефицит ТТГ
- 3) нарушение чувствительности тканей к тиреоидным гормонам
- 4) пренатальный дефицит йода

35. Ранние симптомы, позволяющие заподозрить врожденный гипотиреоз:

- 1) переносенная беременность
- 2) длительное отхождение мекония
- 3) отечность, замеченная при рождении
- 4) гипотермия

36. Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при:

- 1) любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы
- 2) увеличении долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги I пальца
- 3) плотной консистенции долей щитовидной железы
- 4) увеличении долей щитовидной железы сверх размера проксимальной фаланги I пальца

БОЛЕЗНИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

37. Причиной развития синдрома Иценко-Кушинга является:

- 1) опухоль надпочечников
- 2) нарушение регуляции секреции АКТГ
- 3) гипоплазия надпочечников
- 4) опухоль аденогипофиза
- 5) опухоль гонад

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

- 1) наследственная ферментопатия,
- 2) родовая травма с поражением передней доли гипофиза

39. Для ВДКН характерны:

- 1) гиперпигментация кожных складок
- 2) «кофейные» пятна на коже
- 3) участки депигментации

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

- 1) повышается
- 2) не изменяется
- 3) снижается

41. При болезни Иценко-Кушинга уровень АКТГ в плазме крови:

- 1) повышается
- 2) понижается
- 3) не изменяется

42. При болезни Иценко-Кушинга лечение проводится в следующей последовательности:

- 1) консервативное
- 2) хирургическое
- 3) лучевая терапия

43. При сольтеряющей форме ВДКН реабсорбция натрия и хлора в почечных канальцах:

- 1) увеличивается
- 2) уменьшается

44. Сольтеряющая форма ВДКН обусловлена блоком 21-гидроксилазы:

- 1) полным
- 2) неполным

45. Врожденная дисфункция коры надпочечников наследуется по типу:

- 1) аутосомно-рецессивному
- 2) аутосомно-доминантному
- 3) сцепленному с X-хромосомой
- 4) сцепленному с Y-хромосомой
- 5) полигенному

46. ДЛЯ новорожденных с сольтеряющей формой ВДКН характерны:

- 1) запоры
- 2) позднее отхождение мекония
- 3) жидкий стул
- 4) отсутствие изменений
- 5) раннее отхождение мекония

47. У детей с врожденной дисфункцией коры надпочечников отмечается:

- 1) ускорение костного возраста по отношению к паспортному
- 2) отставание костного возраста по отношению к паспортному
- 3) соответствие костного возраста паспортному

48. Симптомами, характерными для простой формы ВДКН, являются:

- 1) гермафродитное строение наружных половых органов
- 2) анемия
- 3) гиперпигментация крупных складок и ареол
- 4) запоры
- 5) анорексия

49. Симптомами, характерными для сольтеряющей формы ВДКН, являются:

- 1) гермафродитное строение гениталий
- 2) запоры
- 3) сухость кожных покровов
- 4) жидкий стул
- 5) упорная рвота фонтаном, не связанная с приемом пищи

50. Основными проявлениями острой надпочечниковой недостаточности являются:

- 1) гипертонус
- 2) вялость
- 3) бледность
- 4) цианоз

5) судороги

51. Клинические симптомы врожденной дисфункции коры надпочечников при диагностике заболевания у детей старше 2 лет:

- 1) ускоренный рост
- 2) задержка полового развития
- 3) ускоренное половое развитие
- 4) маскулинное телосложение

52. Наиболее частые причины хронической надпочечниковой недостаточности:

- 1) туберкулез надпочечников
- 2) токсическое поражение надпочечников
- 3) аутоиммунное поражение
- 4) опухоли гипофиза
- 5) кровоизлияние в надпочечники при родовой травме

53. Наиболее характерные признаки болезни Иценко-Кушинга:

- 1) повышение АД
- 2) ожирение
- 3) стриарный синдром
- 4) остеопороз
- 5) сердечная декомпенсация

54. Для первичного гипокортицизма характерно:

- 1) гиперпигментация кожных покровов
- 2) снижение кортизола крови
- 3) снижение АКТГ сыворотки крови
- 4) понижение АД
- 5) слабость, адинамия

55. Какие симптомы первичного гипокортицизма не будут встречаться при вторичном:

- 1) похудение
- 2) гиперпигментация кожи и слизистых
- 3) общая слабость, астения
- 4) пристрастие к соленой пище

56. Выбрать типичные для болезни Кушинга клинические симптомы:

- 1) задержка роста
- 2) яркие поверхностные стрии
- 3) диспластическое ожирение
- 4) нормальный рост

57. Укажите мероприятия по лечению острой надпочечниковой недостаточности:

- 1) немедленное и массивное введение глюкокортикоидов
- 2) немедленное назначение препаратов с выраженной минералокортикоидной активностью
- 3) регидратационная терапия большим количеством 0,9% раствора хлорида натрия
- 4) введение калийсодержащих препаратов (из расчета 1,5–2,0 г сухого вещества в первые 3 часа)

58. В клубочковой зоне надпочечников синтезируются:

- 1) кортизол
- 2) андрогены
- 3) эстрогены
- 4) альдостерон

59. При сольтеряющей форме адреногенитального синдрома нарушен биосинтез:

- 1) глюкокортикоидов

- 2) андрогенов
- 3) минералокортикоидов
- 4) катехоламинов

60. Для кортикостеромы надпочечника характерно:

- 1) чаще встречается у детей
- 2) лечение - адреналэктомия
- 3) после адреналэктомии по поводу кортикостеромы всегда развивается стойкая надпочечниковая недостаточность за счет атрофии второго надпочечника
- 4) отсутствует подавление секреции кортизола как в малой, так и в большой дексаметазоновых пробах
- 5) по клинической картине неотличима от гипофизарной формы синдрома Кушинга (болезнь Куценко-Кушинга)

61. Гипертоническая форма аденогенитального синдрома характеризуется:

- 1) снижением биосинтеза кортизола
- 2) повышенной секрецией андрогенов
- 3) повышенной секрецией минералокортикоидов
- 4) повышенной секрецией катехоламинов

62. Укажите наиболее вероятные причины возникновения острой надпочечниковой недостаточности:

- 1) двустороннее кровоизлияние в надпочечник
- 2) аутоиммунная деструкция коры надпочечника
- 3) отмена терапии глюкокортикоидов после их длительного приема
- 4) кровоизлияние в гипофиз

63. Терапия сольтеряющей формы аденогенитального синдрома включает:

- 1) применение глюкокортикоидов
- 2) применение минералокортикоидов
- 3) регидратацию
- 3) симптоматическую терапию

НАРУШЕНИЯ РОСТА У ДЕТЕЙ

64. Патогенез гигантизма и акромегалии в детском возрасте обусловлен:

- 1) низким уровнем тестостерона в крови
- 2) избыточной продукцией соматотропного гормона (СТГ)
- 3) снижением секреции соматостатина
- 4) снижением чувствительности соматотрофов к действию соматостатина
- 5) гиперпродукцией соматомединов

65. Гормон роста (соматотропный гормон - СТГ) вырабатывается:

- 1) в нейрогипофизе
- 2) в аденогипофизе
3. Гормон роста оказывает на уровень глюкозы в крови следующее действие:
 - 1) инсулиноподобное
 - 2) контринсулярное
 - 3) двухфазное

66. Наиболее часто задержку роста, обусловленную церебрально-гипофизарным нанизмом, начинают замечать:

- 1) при рождении
- 2) на первом году жизни
- 3) в 2-4 года
- 4) в 8-9 лет
- 5) в пубертате

67. Характерные черты лица детей с церебрально-гипофизарным нанизмом:

- 1) антимонголоидный разрез глаз
- 2) гипертелоризм глаз
- 3) микрогнатия
- 4) кукольное лицо
- 5) акромегалоидные черты

68. При конституциональной задержке роста отставание костного возраста:

- 1) имеется
- 2) не имеется

69. Для акромегалии диспропорциональность роста:

- 1) характерна
- 2) не характерна

70. Лечебная тактика при акромегалии и гигантизме:

1. оперативное лечение
2. рентгенотерапия
3. медикаментозное лечение

71. Избыточная секреция гормона роста к развитию акромегалии привести:

- 1) может
- 2) не может

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

- 1) 1 раз в день
- 2) через день
- 3) 1 раз в неделю
- 4) 2 раза в неделю
- 5) 1 раз в месяц

73. Критериями диагностики гипофизарного нанизма являются:

- 1) отставание в росте более -2 SDS роста
- 2) отставание костного возраста на 3 года и более
- 3) раннее закрытие зон роста
- 4) отставание в росте на 1-2 года
- 5) темпы роста - менее 4 см в год

74. Низкорослость эндокринного генеза может быть обусловлена:

- 1) дефицитом тропных гормонов
- 2) изолированным дефицитом СТГ
- 3) избытком глюкокортикоидов
- 4) врожденным дефицитом глюкокортикоидов и минералокортикоидов
- 5) повышением тиреоидных гормонов и снижением ТТГ

75. Для семейной низкорослости характерно:

- 1) невысокие темпы роста

- 2) отставание костного возраста
- 3) остеопороз
- 4) позднее вступление в пубертат
- 5) нормальные показатели физического развития при рождении

76. В патогенезе клинических проявлений церебрально-гипофизарного нанизма имеет значение дефицит следующих гормонов:

- 1) ТТГ
- 2) СТГ
- 3) АКТГ
- 4) гонадотропинов

77. Основным способом лечения акромегалии, вызванной аденомой гипофиза с экстраселлярным ростом является:

- 1) лучевая терапия
- 2) оперативное вмешательство (гипофизэктомия)
- 3) длительный прием стимуляторов дофамина
- 4) применение соматостатина

78. Как изменится уровень СТГ у больных с акромегалией в ответ на нагрузку глюкозой?

- 1) не изменится
- 2) незначительно снизится
- 3) повысится
- 4) значительно снизится

79. Клинические проявления гигантизма:

- 1) увеличение скорости роста с момента заболевания
- 2) скорость роста увеличена с рождения
- 3) нормальные пропорции тела
- 4) хондродистрофические пропорции тела
- 5) задержка полового развития

НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

80. Секрция гонадотропинов при первичной патологии гонад:

- 1) снижена
- 2) повышена

81. В каком возрасте у мальчиков появляются вторичные половые признаки при преждевременном половом развитии?

- 1) до 10 лет
- 2) в 10-12 лет
- 3) 12-14 лет
- 4) 14-15 лет
- 5) до 8 лет

82. При проведении пробы с хорионическим гонадотропином в случае первичного гипогонадизма уровень тестостерона в крови:

- 1) понижается
- 2) повышается
- 3) остается без изменений

83. Причиной гипергонадотропного гипогонадизма (первичного) может быть:

- 1) ветряная оспа
- 2) эпидемический паротит
- 3) краснуха
- 4) корь
- 5) грипп
- 6) туберкулез
- 7) скарлатина.

84. При преждевременном годовом созревании костный возраст:

- 1) соответствует паспортному
- 2) опережает паспортный
- 3) отстает от паспортного возраста.

85. Для первичных форм гипогонадизма характерны:

- 1) высокий уровень гонадотропных гормонов и низкий уровень половых гормонов
- 2) низкий уровень гонадотропных гормонов и низкий уровень половых гормонов
- 3) низкий уровень гонадотропных гормонов и резко положительная проба с хорионическим гонадотропином
- 4) нормальный уровень гонадотропных гормонов и высокий уровень половых гормонов
- 5) высокий уровень гонадотропных гормонов и нормальный уровень половых гормонов

86. Для истинного преждевременного полового созревания характерны следующие симптомы:

- 1) ускорение костного возраста
- 2) резкое повышение уровня лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов в крови
- 3) пубертатные значения ЛГ и ФСГ в крови
- 4) гиперплазия одного или двух надпочечников
- 5) повышение уровня 17-оксипрогестерона в крови

87. Первым манифестным симптомом гиперандрогении у детей является:

- 1) гирсутизм
- 2) угревая болезнь
- 3) жирная себорея волос
- 4) изолированное пубархе
- 5) алопеция

88. Развитие первичного гипогонадизма может быть обусловлено:

- 1) аутоиммунным поражением половых желез
- 2) травмой половых органов
- 3) инфекцией
- 4) дисгенезией половых желез

89. Больные с синдромом Клайнфельтера:

- 1) высокорослы с евнухоидными пропорциями тела
- 2) бесплодны
- 3) имеют гинекомастию
- 4) низкорослы

ОЖИРЕНИЕ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ.

90. К развитию ожирения наиболее предрасполагает конституциональный тип:

- 1) гиперстенический
- 2) астенический
- 3) нормостенический

91. При гипоталамическом ожирении стрии на коже:

- 1) характерны
- 2) не характерны

92. В лечении конституционально-экзогенной формы ожирения 1-2 степени используются:

- 1) анорексигенные препараты,
- 2) диетотерапия,
- 3) рассасывавшая терапия,
- 4) лечебная физкультура,
- 5) половые гормоны.

93. Для конституционально-экзогенного ожирения характерно:

- 1) развитие ожирения в первые годы жизни
- 2) симптомы внутричерепной гипертензии
- 3) ускорение развития скелета
- 4) задержка роста
- 5) наследственная предрасположенность

94. При развитии конституционально-экзогенного ожирения предрасполагающими факторами являются:

- 1) наследственная предрасположенность
- 2) длительное лечение стероидными препаратами
- 3) алиментарный фактор
- 4) нейроинфекция
- 5) гиподинамия

95. Ожирение является фактором риска развития:

- 1) сахарного диабета
- 2) гипертонической болезни
- 3) желчно-каменной болезни
- 4) тиреотоксикоза

96. Индекс массы тела (ИМТ) определяется как:

- 1) масса тела (кг) / площадь поверхности тела (м²)
- 2) масса тела (кг) / рост (м)
- 3) масса тела (кг) - рост (см)

97. Симптомы гипопаратиреоза у детей все, кроме:

1. судорожные сокращения скелетных мышц, парестезии
2. судорожные сокращения гладких мышц
3. ломкость ногтей
4. нарушение роста волос
5. увеличение щитовидной железы

98. Лабораторные показатели гипопаратиреоза:

1. Гипокальциемия
2. Гиперкальциемия
3. Повышение паратгормона в сыворотке крови

99. Клиническая картина гиперпаратиреоза у детей, все кроме:

1. расшатывание зубов или их позднее прорезывание
2. гематурия и почечные колики
3. нарушение походки
4. компрессионные переломы позвонков
5. ожирение

100. Лечение первичного гиперпаратиреоза

1. Паратиреоидэктомии
2. Препараты кальция и фосфора
3. Лечение радиоактивным йодом

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

(Т И Т У Л Ь Н Ы Й Л И С Т)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра терапии №1 специальности педиатрии и стоматологии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

БОЛЬНОГО _____ (фамилия, имя и отчество) _

Куратор: студент (ка) фамилия, имя, отчество, группа, курс, факультет, семестр.

Преподаватель: фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень,

Начало курации _____

Окончание курации _____

Отметка преподавателя о зачёте _____

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ:

1. Фамилия, имя, отчество (независимо от возраста).
2. Возраст (год, месяц, дата рождения).
3. Пол.
4. Место жительства.
5. Адрес и место работы родителей
6. Ребенок посещает детский сад, школу (указать, какие конкретно учреждения) не посещает
7. Дата выписки из клиники.
8. Количество койко-дней.
9. Поступил в экстренном порядке, в плановом порядке.
10. Диагноз: а) направившего лечебного учреждения. б) при поступлении в клинику, в) клинический: * основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, г) окончательный: * основное заболевание, * осложнение основного заболевания, * сопутствующее заболевание.
11. Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть).

II. ЖАЛОБЫ:

Жалобы родителей или сопровождающих лиц.

Подробно опросить жалобы ребенка или его родителей (общее самочувствие, имеется ли жажда, сколько жидкости выпивает и выделяет в сутки, динамика массы тела, аппетит, утомляемость).

III. АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ (Anamnesis morbi).

Отмечается исходное состояние (фон), на котором развернулось данное заболевание, определяется последующий ход болезни, вплоть до момента обращения заболевшего за врачебной помощью. Когда заболел ребенок, начало заболевания (острый, постепенный, из которых симптомов), изменения общего состояния и поведения ребенка, главные проявления течения болезни и лечения до начала поступления в стационар. Начальные симптомы заболевания (первые признаки болезни и детализация их особенностей). Факторы, провоцирующие развитие декомпенсации сахарного диабета (вирусная инфекция, погрешности питания, неадекватность инсулинотерапии, неадекватные физические нагрузки и др.). Проведенное лечение (амбулаторное, стационарное) и эффект от него. Уточняется наличие осложнений (при СД острые и поздние) и время их установления. Частота наблюдений у врача (амбулаторное, стационарное), дата последней госпитализации. Поддерживающая терапия с указанием названия лекарств, их дозы, эффективности, характера побочных действий, продолжительности приема (постоянно или периодически), назначены ли эти средства врачом или лечение проводится бесконтрольно и носит характер самолечения. Как оценивалось состояние больного, какие

проводились дополнительные лабораторные, функциональные и другие исследования, консультации специалистов (результаты).

IV. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

В этом разделе отражаются:

- **Обще биографические сведения** (место рождения, возраст родителей, вредные привычки родителей и состояние их здоровья на момент рождения, отмечается состав семьи, каким по счету ребенком родился; наследственность; вес при рождении, течение родов, врожденные пороки, заболевания, патология, связанная с рождением, вскармливание, психическое и психомоторное развитие ребенка на 1-м году жизни и дальше; заболевания, которыми болел ребенок, в хронологическом порядке, аллергические реакции, когда и как проявлялись, с чем были связаны; как проходило развитие в детстве, начало и как учился; время наступления полового развития; появление и характер, регулярность менструации у девочек; социальных анамнез - жилищно-бытовые условия, режим, воспитание).

V. ОБЩИЙ ОСМОТР И КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОРГАНАМ И СИСТЕМАМ

1. Общее состояние больного. Рост, вес, индекс массы тела. Психическое состояние больного, контактен, правильны ли его ответы на вопросы, память.

2. Кожа и подкожно-жировая клетчатка. Имеется ли диабетический румянец на лице, цвет сухость/влажность кожи, тургор тканей, наличие участков липодистрофии в местах инъекций инсулина, состояние подкожно-жировой клетчатки. Состояние слизистой полости рта (сухая, влажная), запах ацетона. Подкожная клетчатка. Тип жировотложения. Места введения инсулина (наличие липодистрофии). Есть ли отеки, с указанием локализации. Оценить показатели физического развития, дефицит/избыток массы тела. У подростков оценить пубертатные черты.

3. Лимфатическая система. Пальпация подчелюстных, шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, локтевых, бедренных, паховых лимфатических узлов: величина, форма, плотность, болезненность, сращение между собой и окружающими тканями.

4. Костно-мышечная система. Общий мышечный тонус, плотные или дряблые мышцы конечностей, болезненность при осмотре, есть ли гипотрофия мышц. Костная система. Наличие артропатий, увеличение суставов, их болезненность, нарушение функции. конфигурация (правильная, неправильная — деформация, дефигурация); изменения величины, цвета тканей и кожной температуры над суставами; наличие болезненности при движениях или пальпации; объем активных движений, объем пассивных движений при ограничении объема активных.

5. Органы дыхания. Форма грудной клетки, тип дыхания, ритм, глубина, частота в минуту, дыхание Чейн-Стокса, Кусмауля, Биота. Одышка: инспираторная, экспираторная, смешанная. Перкуссия грудной клетки: сравнительная перкуссия, границы легких. Перкуторный звук над легкими: ясный легочный, коробочный, металлический. Притупление легочного звука: границы, выраженность, локализация. Аускультация: дыхание везикулярное, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхания; хрипы сухие и влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые). Шум трения плевры. Бронхофония, голосовое дрожание.

6. Органы кровообращения. Пульс: частота в минуту, ритмичность, напряжение, наполнение, выраженность на разных участках. Сердце: верхушечный толчок, «сердечный горб». Пульсация в надчреве, «кошачье мурлыканье». При перкуссии границы относительной и абсолютной тупости. Тоны сердца на типичных точках. Сердечные шумы. Систолическое и диастолическое АД (при наличии артериальной гипертензии указать до каких цифр наблюдались подъемы АД, факторы риска). ЧСС (склонность к тахикардии, брадикардии, нарушениям ритма).

7. *Органы пищеварения.* Рот, зубы, слизистая щеки, неба, десен. Полость рта: цвет, пигментация, изъязвления, рубцы, налет. Язык: влажный или сухой, чистый или обложен налетом (характер), цвет, трещины, язвы и т.д. Зев, миндалины. Живот: форма, симметричность. Перкуссия живота, пальпация живота: поверхностная и глубокая (скользящая) по Образцову-Стражеско. Чувствительность, тонус, защитное напряжение мышц брюшной стенки.

5. *Мочеполовые органы.* Осмотр поясницы. Симптом Пастернацкого. Наружные половые органы у мальчиков: развитие, опущение яичка. Имеются ли нарушения половой системы (оволосение, развитие вторичных половых признаков по формуле Таннера, состояние гонад). Бимануальное исследование у девочек (детским гинекологом). Определить, имеются ли клинические признаки сопутствующего хронического пиелонефрита, автономной нейропатии мочевого пузыря, признаки ХПН (отеки, интоксикация, высокое АД).

6. *Нервная система.* Походка. Речь. Сон. Зрачки: реакция на свет (прямая и содружественная). Чувствительность кожи: гипо-, гипер-, анестезия, дермографизм (красный, белый, стойкий, нестойкий). Болезненность по ходу периферических нервов. Нарушения двигательной сферы. Вегетативная функция: дермографизм - красный, белый, усилен, ослаблен. Гипергидроз - не отмечается или выражен. Саливация. Частота пульса в горизонтальном и вертикальном положении (ортостатическая тахикардия).

6. *Эндокринная система.* Осмотр: соответствие физического и умственного развития возрасту, полу. Нарушение роста тела (гигантизм, карликовость), размеров и соотношения частей лицевого скелета и других частей тела. Уточняются скорость роста, строится индивидуальная кривая роста, сравнивается с нормативами (центили).. Определяется целевой рост по формуле: ЦР = (Ротца + (Рматери+13))/2 (для мальчиков) и ЦР = (Рматери + (Ротца-13))/2 (для девочек). Выясняются особенности роста у отца/матери, старших братьев/сестер. Пропорциональность тела. Оценивается ИМТ по центилям в зависимости от возраста ребенка (показатели >97” позволяют констатировать ожирение). Определяется соотношение ОТ/ОБ, отражающее тип распределения ПЖК (андроидный или гиноидный). Состояние кожи: гиперпигментации, истончение, огрубление, влажность, стрии, витилиго. Распределение волосяного покрова. Лицо - его выражение, изменение со стороны глаз, экзофтальм резкий, умеренный. Глазные симптомы. Щитовидная железа. Пальпаторное исследование (консистенция, структура, подвижность, болезненность), определение степени увеличения по классификации ВОЗ. Клиническая оценка функции щитовидной железы, состояние шейных лимфоузлов. Первичные и вторичные половые признаки: явления вирилизма, евнухоидизма, феминизма. При объективном обследовании обращается внимание на оценку состояния наружных гениталий (степень развития, признаки гермафродитизма, крипторхизм, микропенис у мальчиков). Оценить физическое развитие, формирование скелета, мышечной массы, жировой клетчатки. Оценить стадию полового развития с учетом вторичных половых признаков (Р, Ма, Ме – для девочек, Р, G, объем яичек – для мальчиков (по орхидометру Прадера)) и с помощью схем определения стадии пубертата (по Таннеру).

VI. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Основной:

Осложнения основного:

Сопутствующие заболевания:

В этом разделе рекомендуется этап за этапом развертывать историю заболевания, объясняя каждый симптом болезни, устанавливая между ними логическую связь. На основании жалоб, данных анамнеза и клинического осмотра поставить

предварительный диагноз и наметить план обследования больного. Обращается внимание на критерии диагностики сахарного диабета (ISPAD 2009).

VI. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Перечень дополнительных методов обследования, которые следует назначить для уточнения диагноза, его степени тяжести, осложнений и сопутствующей патологии.

VII. ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В этом разделе приводится краткое описание результатов проведенных лабораторных и дополнительных методов исследования в хронологическом порядке для уточнения диагноза, его осложнений, дифференциального диагноза, а также для контроля компенсации заболевания. Вписывать результаты обследований курируемого больного. По каждому обследованию нужно сделать заключение.

- Общий анализ мочи (возможно наличие кетоновых тел, белка, изменение мочевого осадка, удельного веса).
- Общий анализ крови (повышение гемоглобина и гематокрита).
- Биохимический анализ крови, липиды сыворотки крови, содержание мочевины, креатинина, печеночные пробы, электролиты.
- Гликемический профиль при поступлении в клинику и на фоне проводимого лечения.
- Определение скорости клубочковой фильтрации.
- Тест на альбуминурию или суточная экскреция белка.
- Гликированный гемоглобин.
- ЭКГ.
- УЗИ внутренних органов (указать каких).
- Контроль массы тела 1 раз в неделю (если необходимо).
- Заключение офтальмолога, если необходимо — других специалистов с указанием цели.

VII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Дается полная формулировка основного заболевания, осложнения основного заболевания и сопутствующего заболевания. Указать тип диабета, наличие осложнений (ретинопатия, нефропатия, хайропатия). Сопутствующие заболевания.

VIII. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Обоснование клинического диагноза проводится на основании жалоб больного, анамнеза болезни, жизни, характерных объективных симптомов в динамике, полученных результатов лабораторного и других дополнительных, специальных методов исследования.

IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Проводится дифференциальный диагноз между настоящим заболеванием и сходными по клинической картине заболеваниями. При этом разбираются и определяются различия появления одинаковых субъективных и объективных признаков при настоящем и сходном заболевании. Дифференциальный диагноз сахарного диабета 1 и 2 типа, с заболеваниями, сопровождающимися глюкозурией, полиурией,

X. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

Говоря об этиологии заболевания, необходимо указывать только те причины, которые привели к развитию болезни у больного. Следует помнить, что куратор пишет историю болезни данного конкретного больного – он не должен переписывать сведения об этиологии того или иного заболевания из учебников, руководств и пособий. В разделе патогенез дается обобщающая картина механизма развития болезни у данного больного с указанием главных и второстепенных звеньев этого механизма, с документацией функционального состояния физиологических систем организма больного, с указанием механизма возникновения осложнений и предстоящего исхода болезни.

XI. ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение: принципы лечения, лист назначений, обоснование каждого назначения. Режим. Диета. Медикаментозная терапия с указанием препарата, его дозы, способа введения, кратности и длительности приема. Выписать рецепты на два основных препарата. Для пациентов с сахарным диабетом 1 типа и сахарным диабетом 2 типа, получающих инсулин рассчитать суточную потребность в ХЕ. Для расчета дозы инсулина пользоваться следующими ориентировочными цифрами суточной дозы: при впервые выявленном диабете (1 год) – 0,2-0,5 ед/кг, при анамнезе заболевания более 1 года – 0,5 – 0,7 ед/кг, у подростков – 0,8 – 1,0 ед/кг, при кетоацидозе – до 1 – 1,2 ед/кг. Распределение доз рекомендуется для схемы интенсифицированной инсулинотерапии: инсулин пролонгированный – по 25% суточной дозы (утром и вечером), инсулин короткого действия (простой инсулин) – всего – 50% от суточной дозы. На основании дневника питания рассчитать пищевые коэффициенты для расчета дозы простого инсулина перед приемами пищи. Расписать какие продукты следует рекомендовать, какие исключить. Меню-раскладка.

XIV. ДНЕВНИК ЗА ВСЕ ДНИ КУРАЦИИ (кроме первого)

Дневник курации содержит следующие положения:

1. Дата.
2. Жалобы больного.
3. Данные физического обследования.
4. Интерпретация дополнительных методов исследования на данный день.
5. Назначения:
 - Режим
 - Диета
 - Медикаменты

XV. ЭПИКРИЗ

Эпикриз бывает, этапным, выписным, посмертным. Этапный эпикриз оформляется через каждые 10 дней пребывания больного, в нем отражается динамика заболевания за эти прошедшие дни, смена клинического диагноза, указывается необходимость в проведении дополнительных лечебно-диагностических мероприятий. При выписке оформляется выписной эпикриз с подробным указанием клинического диагноза, анамнеза заболевания, продолжительности лечения в клинике, результатов диагностических мероприятий, всех выполненных лечебных мероприятий, рекомендаций. Посмертный эпикриз оформляется при летальном исходе.

СХЕМА ЭПИКРИЗА

Больной (Ф.И.О.) _____ лет, находился в _____ отделении с _____ по _____ 20 г.

Клинический диагноз _____

Поступил с жалобами:

Анамнестические данные:

При физическом исследовании больного:

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

Больному проводилось следующее лечение:

В результате проведенного лечения отмечалась следующая динамика (улучшение:....., без изменений.....). Больной выписывается (переводится, планируется) со следующими ре-комендациями: (режим, диета), прием медикаментов (указывается точная доза и кратность приема).

Дальнейшая тактика ведения пациента.

Рекомендовано наблюдение врача по месту жительства (повторная госпитализация)

Подпись куратора

XVI. ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни, здоровья следует обосновать фактами, которые добываются наблюдениями за течением болезни, повторными лабораторными и инструментальными исследованиями больного в процессе лечения.

XVII. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Приводится список литературных источников, использованных при написании истории болезни: учебники, руководства, учебные пособия, монографии, журнальные статьи, лекции.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ» Курс 4, семестр 8, ЗЕ – 2, Отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	граф ик конт роля
Модуль 1					
Диабетология. Сахарный диабет у детей	Текущий	1. Фронтальный опрос 2. Курация больного, ситуационная задача. 3. Оценка самостоятельной работы	15	25	4 неде ля
	Рубежный	Тестовый контроль	5	10	
Модуль 2					
Основные эндокринные заболевания у детей	Текущий	1. Фронтальный опрос 2. Курация больного, ситуационная задача 3. Оценка самостоятельной работы	15	25	8 неде ля
	Рубежный	Тестовый контроль	5	10	
ВСЕГО за семестр			40	70	9 неде ля
Промежуточный контроль (Зачет)	1. Подведение итогов по истории болезни 2. Вопросы по билетам 3. Ситуационная задача		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

ОЦЕНИВАНИЯ ПОСЕЩАЕМОСТИ ЛЕКЦИЙ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ (текущий контроль)

Все пропущенные лекции и практические занятия отрабатываются, однако баллы за каждое пропущенное занятие (**0,25 баллов**) и лекции снимаются (**0,5 баллов**) (кроме пропущенных по уважительным причинам), так как отработки не восполняют пропущенные аудиторные занятия совместно с преподавателем.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Знание заданной темы учебного материала	0-40

2	Ответы отличаются точностью использованных терминов (уместность и достоверность сведений)	0-30
3	Материал излагается последовательно и логично	0-20
4	Активность на практическом занятии, показывающая усвоение заданной темы программного материала	0-10
Всего в %		

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ
(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Провести расспрос больного с СД, собрать анамнез	0-10
2	Провести физикальное обследование больного	0-15
3	Провести оценку результатов лабораторного и инструментального обследования	0-15
4	Интерпретировать результаты, провести диф. диагноз и поставить клинический диагноз	0-40
5	Составить план обследования, лечения конкретного больного	0-20
Всего в %		

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
ФОРМА		0-10
1	Правильное оформление титульного листа, деление текста на введение, основную часть и заключение	
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		0-20
1	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов, логическая последовательность слайдов, текст легко читается, фон сочетается с текстом, просмотр презентации не утомителен	<i>0-10</i>
2	Краткость, точность, законченность информации, сформированные идеи ясно изложены хорошо и структурировано	<i>0-10</i>
СОДЕРЖАНИЕ		0-50
1	Соответствие теме	0-10
2	Сформулирована цель работы, понятны поставленные задачи	0-10

3	Содержание адекватно отражает решение поставленной задачи, основные положения раскрыты, подкреплены аргументами и фактами, есть выводы	0-30
ДОКЛАД		0-20
1	Правильность и точность речи во время презентации	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-10
3	Выполнение регламента	0-5
Всего %		

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ
(текущий контроль, рубежный контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
Всего %		

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА
(рубежный контроль)**

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в %).

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
(промежуточный контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Общие сведения о больном	0-2
2	Жалобы (кратко и четко перечисляются все жалобы больного в настоящее время)	0-8
3	Анамнез болезни	0-8

4	Анамнез жизни	0-8
5	Объективное исследование	0-10
6	Лабораторные, дополнительные методы исследования	0-8
7	Клинический диагноз и обоснование клинического диагноза	0-11
8	Дифференциальный диагноз	0-9
9	Этиология и патогенез развития болезни данного больного	0-8
10	Лечение	0-10
11	Дневники наблюдения	0-8
12	Эпикриз и прогноз	0-10
Всего в %		
Сумма баллов		

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ВОПРОСОВ ПО БИЛЕТАМ (промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
Всего в %		Среднее арифметическое (сумма /4)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;

- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.
« менее 60%»
- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.