

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО


Н.И. Свиридова
« 27 » _____ 2024 г.

ПРИНЯТО

на заседании ученого совета Инсти-
тута НМФО

№ 18 от « 27 » мая 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование обязательной дисциплины: **Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов.**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.17 Детская эндокринология**

Квалификация (степень) выпускника: **врач детский эндокринолог**

Кафедра: **Кафедра внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2023, 2024 года поступления (актуализированная редакция)

Семинары: 2,3 (з.е.) 84 часа

Самостоятельная работа: 1,5 (з.е.) 54 часа

Форма контроля: зачет с оценкой 0,2 (з.е.) 6 часов

Всего: 4 (з.е.) / 144 часа

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода Сергей Владимирович	заведующий кафедрой	д.м.н., профессор	Кафедра Внутренних болезней Института НМФО
2.	Никифорова Елизавета Михайловна	доцент кафедры	к.м.н., доцент	Кафедра Внутренних болезней Института НМФО
3.	Барыкина Ирина Николаевна	доцент кафедры	к.м.н., доцент	Кафедра Внутренних болезней Института НМФО
4.	Попова Екатерина Андреевна	доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра Внутренних болезней Института НМФО
По методическим вопросам				
5.	Болотова Светлана Леонидовна	доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра Внутренних болезней Института НМФО

Программа обязательной дисциплины вариативной части Основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.17 Детская эндокринология** «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов» 144 часа.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол № 4 от «20» мая 2024 года

Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО, д.м.н., профессор

С.В. Недогода



Рецензент: заведующий кафедрой детских болезней ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, профессор, д.м.н. М.Я.Ледяев.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 12 от «27» 06 2024 года

Председатель УМК



/М.М. Королева/

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



/М.Л. Науменко/

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от «27» 06 2024 года

Секретарь Ученого совета



/М.В. Кабытова/

Содержание

	Пояснительная записка
1	Цель и задачи дисциплины
2	Результаты обучения
3	Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы
4	Общая трудоемкость дисциплины
5	Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся
6	Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций
7	Содержание дисциплины
8	Образовательные технологии
9	Оценка качества освоения программы
10	Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины
11	Приложения
11.1	Фонд оценочных средств по дисциплине
11.2	Методические рекомендации к самостоятельной работе для ординаторов по обязательной дисциплине
11.3	Методические рекомендации преподавателю по дисциплине
11.4	Перечень станций объективного структурированного клинического экзамена
11.5	Актуализация программы

Пояснительная записка

Основная профессиональная образовательная программа послевузовского профессионального образования (ординатура) по специальности «Детская эндокринология» разработана в соответствии с ФГОС специальности 31.08.17 «Детская эндокринология», утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ от 2 февраля 2022 г. N 107 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.17 ФГОС специальности 31.08.17 Детская эндокринология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 14.03.2022 N 67739) и порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. N 1258).

1. Цель и задачи обязательной дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации»

Целью освоения обязательной дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов» по специальности 31.08.17 Детская эндокринология является подготовка квалифицированного врача эндокринолога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, в соответствии с ФГОС ВО, обеспечивающих их готовность и способность к самостоятельной профессиональной деятельности по специальности детская эндокринология: первичной медико-санитарной помощи, неотложной, скорой, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения,

Задачи программы ординатуры 31.08.17 «Детская эндокринология»:

1. сформировать знания:

- в области физиологии и патофизиологии, методах диагностики, дифференциальной диагностики, лечения заболеваний по профилю «детская эндокринология», реабилитации пациентов с заболеваниями по профилю «детская эндокринология»
- в области профилактики заболеваний по профилю «детская эндокринология», формирования здорового образа жизни среди населения
- в области экспертизы нетрудоспособности
- законодательства РФ в области охраны здоровья граждан

2. сформировать умения:

- проведения опроса больного, применения объективных методов обследования, выявления общих и специфических признаков заболеваний по профилю «детская эндокринология»;
- определения необходимости специальных методов исследования (биохимических, молекулярно-генетических, инструментальных и др.) и интерпретации полученных результатов;
- осуществления диагностики, дифференциальной диагностики заболеваний по профилю «детская эндокринология»;
- назначения немедикаментозной терапии заболеваний по профилю «детская эндокринология»;
- назначения медикаментозной терапии заболеваний по профилю «детская эндокринология», в т.ч. у отдельных групп пациентов (детям раннего возраста, препубертатного возраста, пубертатного возраста); и оценки ее эффективности и безопасности;
- диспансерно-динамического наблюдения за пациентами с заболеваниями по профилю «детская эндокринология»
- диспансеризации взрослого населения;
- разработки и реализации программ реабилитации пациентов с заболеваниями по профилю «детская эндокринология», оценки их эффективности и безопасности

3. сформировать навыки:

- применения алгоритмов диагностики заболеваний по профилю «детская эндокринология».
- применения алгоритмов подбора немедикаментозной и медикаментозной терапии заболеваний по профилю «детская эндокринология», в т.ч. с учетом особенностей возраста пациента;
- проведение медицинской реабилитации по профилю «детская эндокринология»,
- проведения диспансерно-динамического наблюдения за пациентами с заболеваниями по профилю «детская эндокринология»
- проведения экспертизы нетрудоспособности эндокринных больных
- организации и проведения медицинских осмотров
- разработки и реализации программы формирования здорового образа жизни
- анализа медико-статистической информации,
- ведения медицинской документации,
- организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

2. Результаты обучения

В результате освоения дисциплины «**Детская эндокринология**» обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

Универсальные компетенции (УК)

- способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте (УК-1);

Общепрофессиональные и профессиональная компетенции (ОПК, ПК):

деятельность в сфере информационных технологий:

- способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности (ОПК-1);

медицинская деятельность:

- способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов (ОПК-4);

- способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность (ОПК-5);

- способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (ОПК-6);

- способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу (ОПК-7);

- способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (ОПК-8);

- способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала (ОПК-9);

- способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ОПК-10);

- способен к проведению симуляционных проб с целью установления эндокринной патологии (ПК-1).

Формирование вышеперечисленных универсальных и профессиональных компетенций врача-специалиста детского эндокринолога предполагает овладение ординатором системой следующих знаний, умений и владений:

Знания:

– основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения, относящиеся к детской эндокринологии (ОПК1);

– основы управления здравоохранения, страховой медицины (ОПК1);

- правовые основы деятельности врача детского эндокринолога (ОПК1);
- общие вопросы организации детской эндокринологической службы в стране, организацию работы детского эндокринологического кабинета и стационара (ОПК1);
- общие вопросы организации работы детского эндокринологического центра, детского эндокринологического кабинета в поликлинике и консультативном центре; взаимодействие с другими лечебно-профилактическими учреждениями (ОПК1);
- общие вопросы организации работы детского эндокринологического стационара (ОПК1);
- документацию детского эндокринологического кабинета и стационара (ОПК9);
- эпидемиологию эндокринологических заболеваний у детей и подростков в РФ и в данном конкретном регионе, где работает врач (ОПК1);
- основы медицинской этики и деонтологии в детской эндокринологии (УК1);
- основы нормальной и патологической анатомии и физиологии, взаимосвязь функциональных систем организма (ОПК1);
- теоретические основы детской эндокринологии (ОПК1);
- строение, физиологию и патофизиологию желез внутренней секреции, их взаимоотношение с другими органами и системами организма и особенности у детей (УК1, ОПК4);
- роль генетических факторов в развитии эндокринных заболеваний (УК1);
- современную классификацию гормонов и гормоноподобных веществ (УК1);
- этиологические факторы, патогенетические механизмы и клинические проявления основных эндокринных заболеваний у детей (ОПК4);
- общие и специальные методы исследования в эндокринологии (ОПК4);
- функциональные методы исследования в эндокринологии (ОПК1, ОПК4);
- дифференциальную диагностику эндокринных заболеваний и соматической патологии (ОПК4);
- организацию и оказание неотложной помощи при эндокринных заболеваниях у детей (ОПК10);
- основы иммунологии в эндокринологии (УК1);
- основы фармакотерапии в эндокринологии (ОПК5);
- принципы заместительной гормональной терапии у детей с эндокринной патологией (ОПК5);
- основы организации скрининга у новорожденных на выявление врожденной эндокринной патологии (ОПК4);
- основы рационального питания и диетотерапии у больных с эндокринными заболеваниями (ОПК5);
- принципы медико-социальной экспертизы и реабилитации с эндокринными заболеваниями (ОПК7);
- диспансерное наблюдение больных и профилактика эндокринных заболеваний (ОПК6);
- основы немедикаментозной терапии, лечебной физкультуры, санаторно-курортного лечения больных с эндокринными заболеваниями (ОПК5);
- формы и методы санитарно-просветительной работы (ОПК8);

Умения:

- получать исчерпывающую информацию о заболевании (УК1);
- выявлять возможные причины эндокринных заболеваний у детей и подростков: применять объективные методы обследования больного, выявлять характерные признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии (ОПК1, ОПК10);
- оценивать тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи (ОПК1, ОПК10);
- организовывать неотложную помощь в экстренных случаях (ОПК10);
- определять показания к госпитализации и организовывать её (ОПК1);
- вырабатывать план ведения больного в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в стационаре, определять необходимость применения специальных методов обследования (ОПК6);
- интерпретировать результаты лабораторно-клинических методов исследования, в том числе и эндокринной системы (ОПК4);
- давать оценку результатам показателей гормонального профиля при различной эндокринной

патологии (ПК1);

- интерпретировать результаты специальных методов исследования (ультразвуковые, лабораторные, рентгенологические и др.) (ОПК4);
- проводить дифференциальную диагностику, обосновывать клинический диагноз, схему, план, тактику ведения больного (ОПК4);
- назначать необходимое лечение (специфическое или неспецифическое) с учетом гормонального профиля у данного больного (ОПК5);
- применять на практике фармакотерапевтические методы лечения сопутствующих заболеваний и осложнений у эндокринных больных (ОПК5);
- назначать лечебное питание с учетом общих факторов, характера заболевания и возможной гормональной терапии (ОПК5);
- определять динамику течения болезни и ее прогноз, место и характер долечивания (ОПК6);
- определять вопросы профессионального ориентирования для детей с эндокринными заболеваниями (ОПК6);
- осуществлять меры по комплексной реабилитации больного (ОПК6);
- разрабатывать индивидуальный график иммунопрофилактики для детей с эндокринной патологией (ОПК6);
- организовывать и проводить образовательные программы для больных с сахарным диабетом и ожирением (ОПК8);
- проводить санитарно-просветительную работу среди населения (ОПК8);
- оформлять необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению (ОПК9);
- проводить и рассчитывать инсулинотерапию для детей с сахарным диабетом, с помощью различных средств доставки (ОПК5);
- рассчитывать и назначать гормонотерапию при заболеваниях щитовидной железы у детей (ОПК5);
- рассчитывать и назначать гормонотерапию при заболеваниях половых желез у детей (ОПК5);
- рассчитывать и назначать гормонотерапию при болезнях надпочечников у детей (ОПК5).

Владения:

- методикой сбора и анализа жалоб, анамнеза у детей, с эндокринной патологией, и их родителей (ОПК4);
- методикой объективного обследования больного ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) (ОПК4);
- техникой пальпации щитовидной железы и оценить ее размеры и структуру (ОПК4);
- методикой выявления изменения внешности, характерные для той или иной эндокринной патологии (акромегалия, синдром Иценко-Кушинга, синдром тиротоксикоза и офтальмопатии., синдром гипотироза, синдром гипогонадизма и дисгенезии гонад) (ОПК4);
- методикой оценки состояния наружных гениталий, выраженность и соответствие полу и возрасту вторичных половых признаков (ОПК4);
- методикой интерпретации сонограммы и сцинтиграммы щитовидной железы, определить показания и противопоказания к проведению термографии, КТ и инвазивных методов исследования щитовидной и паращитовидных желез (ОПК4);
- методикой интерпретации рентгенограммы черепа, прицельные снимки турецкого седла, данные компьютерной и магнитно-резонансной томографии мозга, ЭЭГ и эхо-ЭЭГ (ОПК4);
- методикой интерпретации результатов инструментальных исследований надпочечных желез: оксигеносупраренперитонеума, сцинтиграфии коры и мозгового слоя, УЗИ, КТ, МРТ и ангиографии (ОПК4);
- техникой вычисления индекса массы тела, процентное содержание жира в организме, определить окружность талии и бедер с интерпретацией полученных результатов (ОПК4);
- методикой проведения и оценки тестов функциональных проб, применяемых для диагностики и дифференциальной диагностики эндокринных заболеваний (ПК1);
- методикой оценки эффективности терапии методом клинико-лабораторного контроля (ОПК6);

- техникой проведения теста толерантности к глюкозе (ОПК4);
- техникой введения инсулина с помощью различных средств доставки (ОПК5);
- техникой введения гормона роста (ОПК5);
- методами оказания неотложной помощи при эндокринных заболеваниях у детей (диабетические комы, острая надпочечниковая недостаточность, тиреотоксический криз и др.) (ОПК10);
- методикой расчета препаратов при оказании неотложной помощи детям при эндокринной патологии (ОПК10).

3. Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы: обязательная дисциплина «Подготовка к первичной аккредитации специалистов» относится к блоку Б1 вариативной части ОПОП.

Общая трудоемкость дисциплины составляет 4 ЗЕ /144 академических часа (84 академических часа аудиторной работы, 54 академических часа самостоятельной работы и 6 академических часов репетиционный экзамен).

Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся.

Виды учебной работы		Всего часов	Курс	
			I	II
Семинары с ДОТ		84	0	84
Самостоятельная работа (всего)		54	0	54
Репетиционный экзамен		6	0	6
Общая трудоемкость:	часы	144	0	144
	зачетные единицы	4	0	4

6. Учебно-тематический план дисциплины:

Индекс	Наименование разделов дисциплины (модулей) и тем	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу, и трудоемкость (в часах)				Форма контроля	Формируемые компетенции
		Лекции с ДОТ	Семинарские занятия		СР		
			с ДОТ	с СОТ			
	Факультатив						
Б1.В.ОД.3	Обязательная дисциплина «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»						

Б1.В.ОД.3.1	Организация детской эндокринологической службы РФ. Современные методы диагностики и лечения в эндокринологии.	-	12	-	6	собеседование, тестирование, ситуационные задачи, рефераты	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1
Б1.В.ОД.3.2	Детская эндокринология		72	-	48	собеседование, тестирование, ситуационные задачи, рефераты	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1
	Репетиционный экзамен: 6 часов						
	Итого: 144 часа						

Содержание и структура компетенций

Вид деятельности	Код и название компетенции	Содержание и структура профессиональных компетенций		
		знания	умения	навыки
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	методики поиска, сбора и обработки информации	анализировать достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	знаниями по внедрению полученных результатов анализа достижений в области медицины и фармации и применять их на практике в повседневной деятельности
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	основные информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности	использовать основные информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности для ведения медицинской документации	навыками соблюдения правила информационной безопасности
Медицинская деятельность	ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней; показания к лабораторным и инструментальным исследованиям	диагностировать заболевания и патологические состояния в эндокринологии; интерпретировать полученные лабораторные и инструментальные результаты	алгоритмом диагностики и обследования пациентов с эндокринной патологией
	ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.	принципы и методы оказания первичной, специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи	составить план лечения пациента с учетом возраста и пола, особенностей клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи	принципами применения клинических рекомендаций, протоколов и современных методов лечения заболеваний
	ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в т.ч. при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	принципы и основы проведения медицинской реабилитации пациентов, критерии оценки качества реабилитационного процесса	применять различные формы и методы реабилитации пациентов с эндокринной патологией	оценкой эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	правила подготовки медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы	оценить степень утраты или временного нарушения функций какого-либо органа у пациентов	экспертиза нетрудоспособности
	ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	основные принципы проведения и контроля эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни	применить основные принципы проведения и контроля эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни	навыками проведения и контроля эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни
	ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	алгоритм ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях	вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	навыками анализа медико-статистической информации и медицинской документации организации

	ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.	основные симптомы проявления угрожающих жизни состояний, требующих срочного медицинского вмешательства	применить в соответствии с выявленными нарушениями те или иные методы оказания неотложной медицинской помощи	навыками оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
	ПК-1 Способен к проведению симуляционных проб с целью установления эндокринной патологии	показания к проведению симуляционных проб с целью установления эндокринной патологии	применить симуляционные пробы с целью установления эндокринной патологии	проведение симуляционных проб с целью установления эндокринной патологии

7. Содержание дисциплины «подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов».

Индекс	Наименование модуля, темы и вопросов, изучаемых на лекциях, практических занятиях и в ходе самостоятельной работы обучающихся (СР)	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу и трудоемкость (в часах)			Форма контроля	Компетенции
		Лекции с ДОТ	Практические занятия с ДОТ	Самостоятельная работа		
Факультатив						
Б1.В.ОД.3	Обязательная дисциплина «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»					
Б1.В.ОД.3.1	<p>Организация эндокринологической службы РФ. Современные методы диагностики и лечения в эндокринологии.</p> <p>Тема 1. Структура, принципы работы, цель и задачи, оснащение, нормативной документации, принятой в здравоохранении РФ. Заполнение и ведение клинической истории болезни, выписки из истории болезни. Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике. Медико-социальная экспертиза (направление на МСЭ; обоснование решения о состоянии трудоспособности). Участие в составлении индивидуальной программы реабилитационных мероприятий по профилактике инвалидности.</p> <p>Тема 2. Проведение клинико-лабораторных тестов, гормональных исследований, тестов функциональной диагностики. Интерпретация инструментальных данных диагностики эндокринных заболеваний и пограничных состояний. Установление диагноза и оказание квалифицированной помощи эндокринным больным. Качественные показатели лечебно-профилактической помощи больным эндокринного профиля.</p>		12	6	Собеседование, тестирование, рефераты	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1

Б1.В.ОД.3.2	Детская эндокринология		72	48		
Б1.В.ОД.3.2.1	<p>Общие вопросы организации эндокринологической помощи детям и подросткам</p> <p>Тема 1. Система «гипоталамус - гипофиз - надпочечники». Гормоны коры надпочечников, химическое строение, биологическое действие. Гормоны мозгового вещества надпочечников – катехоламины. Физиологическое действие катехоламинов.</p> <p>Тема 2. Анатомо-физиологические особенности системы «гипоталамус - гипофиз - щитовидная железа». Регуляция функции щитовидной железы. Обмен йода в организме.</p>		12	6	собеседование, тест	
Б1.В.ОД.3.2.2	<p>Частная эндокринология</p> <p>Тема 1. Гиперсекреция СТГ (акромегалия и гигантизм). Этиология. Патогенез гигантизма и акромегалии. Основные клинические проявления. Диагностика. Лечение.</p> <p>Тема 2. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность. Патогенез гормональных и метаболических нарушений. Основные клинические проявления. Диагностика. Данные гормонального исследования. Заместительная гормонотерапия.</p> <p>Тема 3. Диабетический кетоацидоз и кетоацидотическая кома (ДКА). Определение. Этиология и патогенез. Биохимические критерии ДКА. Клиническая картина ДКА. Неотложная помощь при ДКА</p> <p>Тема 4. Гиперосмолярное гипергликемическое состояние. Молочнокислый ацидоз (лактатацидоз). Причины. Провоцирующие факторы. Принципы лечения.</p> <p>Тема 5. Гипогликемия. Определение. Причины гипогликемий. Патогенез. Клиническая картина (нейрогликопенические симптомы, автономные симпто-</p>		60	42	решение ситуационных задач, собеседование, тест	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1

	<p>мы). Степени тяжести гипогликемических состояний. Лечение. Профилактика. Неотложная помощь при гипогликемической коме.</p> <p>Тема 6. Врожденный гипотиреоз. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления у новорожденных, на 3-4 месяце жизни, на 5-6 месяце жизни. Неонатальный скрининг. Дифференциальная диагностика. Трактовка результатов (ложноположительные и ложноотрицательные результаты). Лечение.</p> <p>Тема 7. Гипертиреоз. Критерии оценки степени тяжести тиротоксикоза у детей. Особенности течения тиротоксикоза у детей. Лечение.</p> <p>Тема 8. Гиперкортицизм. Синдром Кушинга. Этиологическая классификация СК. Дифференциальная диагностика АКТГ-зависимого и АКТГ-независимого СК. Лечение.</p> <p>Тема 9. Клинические особенности различных форм ожирения у детей. Дифференциальная диагностика ожирения. Лечение.</p> <p>Тема 10. Нарушения полового развития (НПР). Определение. Эпидемиология. Классификация НПР. Диагностика НПР. Нозологические формы НПР. Клинические проявления.</p>					
	Репетиционный экзамен – 6 часов					
	Итого – 144 часа					

8. Образовательные технологии.

В ходе изучения дисциплины используются следующие образовательные технологии: лекция, семинарское занятие, самостоятельная работа ординаторов:

1. **Семинарские занятия с ДОТ** имеют целью закрепить теоретические знания, сформировать у ординатора необходимые профессиональные умения и навыки клинического мышления. С этой целью в учебном процессе используются интерактивные формы занятий: дискуссия, решение ситуационных задач и разбор конкретных ситуаций. Расписание семинарских занятий формируется подразделением, реализующим дисциплину, в начале учебного года в соответствии

учебно-тематическим планом дисциплины и размещается в ЭИОС.

2. Самостоятельная работа ординаторов направлена на совершенствование навыков и умений, полученных во время аудиторных занятий, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины. Поддержка самостоятельной работы заключается в непрерывном развитии у ординатора рациональных приемов познавательной деятельности, переходу от деятельности, выполняемой под руководством преподавателя, к деятельности, организуемой самостоятельно. Контроль самостоятельной работы организуется как единство нескольких форм: самоконтроль, взаимоконтроль, контроль со стороны преподавателя.

9. Оценка качества освоения программы.

Оценка качества освоения программ ординатуры обучающимися включает текущий контроль успеваемости обучающихся и сдачу репетиционного экзамена.

1) Текущий контроль успеваемости

- **собеседование по контрольным вопросам (С)** – средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с ординаторами по контрольным вопросам темы занятия и рассчитанное на выяснение объема знаний ординатора по определенному разделу, проблеме
- **тестирование (Т)** – система стандартизированных заданий, позволяющих автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений ординатора,
- **решение ситуационных задач (ЗС)** – средство контроля, позволяющее оценить объем знаний ординатора, необходимых для решения конкретной клинической ситуации.
- **реферат (Р)** – средство контроля, позволяющее оценить объем знаний ординатора по фундаментальным вопросам специальности.

1. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии трем критериям - Удовлетворительно (3)	1. Краткость
четырем критериям - Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям Отлично (5)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

2. Тестирование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) 76 – 90% Хорошо (4) 91-100 Отлично (5)	% выполнения задания 61 – 75 76– 90 91 – 100

3. Решение ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии трем критериям - Удовлетворительно (3) четырем критериям - Хорошо (4) пяти критериям - Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

4. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

2) Репетиционный экзамен

Репетиционный экзамен по дисциплине «Подготовка к первичной специализирован-

ной аккредитации специалистов» проводится после освоения всех образовательных модулей, предусмотренных рабочей программой, и включает в себя два этапа:

1. Тестирование (60 вопросов) проводится с использованием тестов, разработанных кафедрой по реализуемой дисциплине или тестов, выложенных на сайте методического центра аккредитации специалистов (https://fmza.ru/fos_primary_specialized/);

2. Собеседование проводится по экзаменационному билету, включающему 3 вопроса из разных модулей дисциплины и ситуационную клиническую задачу.

Успешное тестирование (более 70% правильных ответов) является обязательным условием для допуска к собеседованию.

Результаты репетиционного экзамена оцениваются на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и объявляются в день экзамена.

Критерии оценки сформированности компетенций в результате освоения дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации» и шкала оценивания:

Перечень компетенций	Критерии их сформированности	Оценка по 5-ти бальной шкале	Аттестация
УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1	Знания и умения сформированы на продвинутом уровне	Отлично (5)	Зачтено
УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1	Знания и умения сформированы на повышенном уровне	Хорошо (4)	
УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1	Знания и умения сформированы на базовом уровне	Удовлетворительно (3)	Не зачтено
УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1	Знания и умения сформированы на уровне, ниже базового	Неудовлетворительно (2)	

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

а) Основная литература:

1. Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-6514-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html>
2. Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html>
3. Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html>
4. Дедов, И. И. Эндокринология : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. - Москва : Литтерра, 2015. - 416 с. - ISBN 978-5-4235-0159-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501594.html>

б) Дополнительная литература:

1. Эндокринология : национальное руководство / под ред. Дедова И. И., Мельниченко Г. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-5083-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450833.html>
2. Детские болезни : учебник / под ред. Кильдияровой Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-5964-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459645.html>
3. Детские болезни : учебник / под ред. А. А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с. - ISBN 978-5-9704-1116-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411162.html>
4. Кильдиярова, Р. Р. Физикальное обследование ребенка : учебное пособие / Р. Р. Кильдиярова, Ю. Ф. Лобанов, Т. И. Легонькова. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 264 с. - ISBN 978-5-9704-6375-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463758.html>
5. Дедов, И. И. Сахарный диабет у детей и подростков : руководство / Дедов И. И., Кураева Т. Л., Петеркова В. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-2695-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426951.html>

Периодические издания (специальные, ведомственные журналы):

1. Сахарный диабет. – Научно-практический медицинский журнал. Москва : Изд-во ГНЦ РФ ФГБУ, с 1998 г.
2. Проблемы эндокринологии.- Научно-практический медицинский рецензируемый журнал. Москва: Изд-во ФГБУ НМИЦЭ, с 1936 г.
3. Ожирение и метаболизм - Научно-практический медицинский рецензируемый журнал. Москва : Изд-во ФГБУ НМИЦЭ, с 1998 г.
4. Клиническая и экспериментальная тиреоидология - Научно-практический медицинский рецензируемый журнал. Москва : Изд-во ГНЦ РФ ФГБУ с 2005 года.
5. Эндокринная хирургия - Научно-практический медицинский рецензируемый журнал.

. Москва : Изд-во ГНЦ РФ ФГБУ, с 2005 года.

6. Остеопороз и остеопатии - Научно-практический медицинский рецензируемый журнал, Москва : Изд-во ГНЦ РФ ФГБУ, с 1998 г.

7. Вестник репродуктивного здоровья - Научно-практический медицинский рецензируемый журнал. Москва : Изд-во ГНЦ РФ ФГБУ, с 2007 года.

в) Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

Ссылка на информационный ресурс	Доступность
http://www.lehmanns.de/page/ebookcup	Свободный доступ
http://elibrary.ru	Свободный доступ
http://window.edu.ru/	Свободный доступ
http://feml.scsml.rssi.ru/feml?240962	Свободный доступ
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	Свободный доступ
http://endocrincentr.ru	Свободный доступ
http://thyronet.ru	Свободный доступ
http://www.endocrin.ru	Свободный доступ

11. Приложения

11.1 Приложение 1

Фонд оценочных средств по программе освоения обязательной дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов».

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы:

Этапы подготовки к первичной специализированной аккредитации в рамках программы подготовки ординаторов реализуются следующим образом:

1. Тестирование - первый этап аккредитации специалиста - проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых для каждого аккредитуемого автоматически с использованием информационных систем путем выбора **60 тестовых заданий** из единой базы оценочных средств.

Каждый тест содержит **4 варианта ответа**, среди которых, только **один правильный**.

На решение аккредитуемым варианта тестовых заданий отводится **60 минут**.

Результат формируется автоматически с указанием процента правильных ответов от общего количества тестовых заданий:

- "сдано" при результате **70% и более** правильных ответов;
- "не сдано" при результате **69% и менее** правильных ответов;

Ознакомиться с банком тестовых заданий можно путем прохождения репетиционного экзамена в рамках подготовки к первому этапу аккредитации можно на сайте Методического центра аккредитации специалистов (https://fmza.ru/fos_primary_specialized/) - раздел **Репетиционный экзамен**.

В случае отсутствия тестов на портале, ординаторам предоставляется банк тестовых заданий, размещенный на информационном портале ВолГМУ в ЭИОС (<https://elearning.volgmed.ru/>).

1. Примеры типовых тестовых заданий для проведения текущей аттестации, проверяющих знания и умения в рамках компетенций.

Раздел дисциплины	Тестовые задания	Проверяемые компетенции
<p>Б1.В.ОД.3.1</p> <p>Организация детской эндокринологической службы РФ. Современные методы диагностики и лечения в детской эндокринологии.</p>	<p>1. Объем бесплатной медицинской помощи гражданам РФ в соответствии с законодательством РФ определяется...</p> <p>а) Конституцией РФ</p> <p>б) программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи</p> <p>в) трудовым Кодексом РФ</p> <p>г) уголовным законодательством РФ</p> <p>2. В поддержании гомеостаза кальция принимает участие все перечисленное, кроме</p> <p>а) паратгормона</p> <p>б) тиреокальцитонина</p> <p>в) витамина D</p> <p>г) витамина В1</p> <p>3. У здорового человека в норме имеется околощитовидных желез</p> <p>а) 1</p> <p>б) 2</p> <p>в) 3</p> <p>г) 4</p> <p>4. При обследовании щитовидной железы организм не получает лучевой нагрузки</p> <p>а) при ангиографии сосудов щитовидной железы</p> <p>б) при компьютерной томографии</p> <p>в) при лимфографии</p> <p>г) при УЗИ щитовидной железы</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6 ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1</p>
<p>Б1.В.ОД.3.2</p>	<p>Детская эндокринология</p>	

<p>Б1.В.ОД.3.2.1 Раздел 1 «Общие вопросы организации эндокринологической помощи детям и подросткам»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Какой из следующих гормонов синтезируется в гипоталамусе и затем транспортируется в гипофиз? <ol style="list-style-type: none"> а. Окситоцин б. Мелатонин в. Пролактин г. ТТГ 2. Эффекторныe гормоны – это гормоны, которые: <ol style="list-style-type: none"> а. Действуют непосредственно на клетки-мишени фагоцитозом б. Влияют на синтез и высвобождение других гормонов в. Влияют на выделение тропных гормонов из гипофиза г. Оказывают свой эффект на нейроэндокринном уровне 3. Какой из следующих гормонов не является по химическому строению белком? <ol style="list-style-type: none"> а. Альдостерон б. ТТГ в. Пролактин г. Паратгормон 4. Химическим посредником действия гормонов является: <ol style="list-style-type: none"> а. Кальций б. Магний в. Хлор г. Железо 5. «Рилизинг-гормоны» секретируются: <ol style="list-style-type: none"> а. В ядрах гипоталамуса б. В гипофизе в. В эпифизе г. В гипокампе 	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6 ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1</p>
<p>Б1.В.ОД.3.2.2 Раздел 2 «Частная эндокринология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: <ol style="list-style-type: none"> а. избыток тиреотропного гормона б. иммунодефицит в. тиреостимулирующие антитела г. избыток селена в продуктах питания 2. Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: <ol style="list-style-type: none"> а. увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца б. любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы в. плотной консистенции долей щитовидной железы 	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6 ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1</p>

	<p>г. утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см</p> <p>3. Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба:</p> <p>а. коллоидный</p> <p>б. трабекулярный</p> <p>в. аутоиммунный</p> <p>г. фолликулярный</p> <p>4. Суточная потребность 5-летнего ребенка в йоде составляет:</p> <p>а. 90 мкг</p> <p>б. 50 мкг</p> <p>в. 1 мг</p> <p>г. 150 мкг</p> <p>5. Клинические проявления акромегалии:</p> <p>а. все перечисленное</p> <p>б. отеки и гипертрофия мягких тканей</p> <p>в. гипертрофическая артропатия</p> <p>г. прогнатизм</p> <p>6. Клинические проявления церебрально-гипофизарного нанизма, обусловленные дефицитом гормона роста:</p> <p>а. задержка роста, задержка костного возраста</p> <p>б. гипергликемии</p> <p>в. задержка роста, ускорение костного возраста</p> <p>г. ожирение</p> <p>7. В комплексе лечения церебрально-гипофизарного нанизма используются:</p> <p>а. гормон роста, тиреоидные препараты, половые гормоны</p> <p>б. тиреоидные препараты, поливитамины</p> <p>в. хорионический гонадотропин, половые гормоны</p> <p>г. половые гормоны, глюкокортикостероиды</p> <p>8. Опухоли гипофиза можно заподозрить, если обнаруживается:</p> <p>а. все ответы правильные</p> <p>б. эрозия костных стенок турецкого седла, головные боли</p> <p>в. сужение полей зрения</p> <p>снижение слуха, вызванное сдавливанием слухового нерва</p> <p>9. Для болезни Иценко-Кушинга не характерно увеличение секреции:</p> <p>а. катехоламинов</p> <p>б. кортикотропина</p> <p>в. глюкокортикоидов</p> <p>г. андрогенов</p>	
--	---	--

	<p>10. Пробы, имеющие диагностическое значение для глюкостеромы:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. большая дексаметазоновая б. дексаметазон-хориогониновая в. с АКТГ г. гсХГ <p>11. Клинические симптомы, характерные для первичного гиперальдостеронизма:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. артериальная гипертензия и приступы миоплегии б. головные боли и судорожная активность в. слабость и прибавка веса г. полиурия и запах ацетона изо рта <p>12. Этиологические факторы вторичной хронической надпочечниковой недостаточности:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. врожденный дефицит АКТГ б. опухоль надпочечника в. врожденная гипоплазия надпочечников г. аутоиммунное поражение надпочечников <p>13. Недостаточность минералокортикоидов вызывает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. артериальную гипотонию б. отеки в. запоры г. артериальную гипертензию <p>14. Лечение острой недостаточности надпочечников начинают с введения:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Гидрокортизона в вену б. Преднизолона в мышцу в. Преднизолона в вену г. Преднизолона per os <p>15. Клиника острой недостаточности надпочечников у детей старшего возраста включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. боли в животе, жидкий стул б. булимию в. тетанию г. боли в животе, запоры <p>16. При острой надпочечниковой недостаточности наблюдаются следующие изменения электролитов:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. содержание натрия снижено, содержание калия повышено б. содержание калия снижено, содержание натрия повышено в. содержание калия повышено, содержание натрия повышено 	
--	---	--

	<p>г. содержание натрия повышено, содержание калия в норме</p> <p>17. Наиболее часто встречающаяся клиническая форма адреногенитального синдрома:</p> <p>а. Неосложненная (вирильная, простая)</p> <p>б. Сольтертяющая без выраженной вирилизации</p> <p>в. Сольтертяющая с выраженной вирилизацией</p> <p>г. Гипертоническая</p> <p>18. В развитии экзогенно-конституционального ожирения имеют значение:</p> <p>а. все перечисленное</p> <p>б. несбалансированное питание (значительное преобладание углеводов или жиров)</p> <p>в. снижение физической активности</p> <p>г. наследственная предрасположенность</p> <p>19. Ожирение часто наблюдается при следующих эндокринопатиях:</p> <p>а. все перечисленное</p> <p>б. болезни Иценко-Кушинга</p> <p>в. Гипогонадизме</p> <p>г. Гипотиреозе</p> <p>20. В комплекс лечения гипоталамического ожирения не входит:</p> <p>а. инсулинотерапия</p> <p>б. диетотерапия</p> <p>в. физиотерапия</p> <p>г. липотропные препараты</p>	
--	---	--

2. Ситуационные задачи.

Второй этап подготовки – ситуационные задачи (кейс-задания) формирует необходимые компетенции для реализации профессиональных задач.

С ситуационными задачами можно ознакомиться на сайте Методического центра аккредитации специалистов (https://fmza.ru/fos_primary_specialized/) - раздел **Репетиционный экзамен**.

В случае отсутствия ситуационных задач (кейс-заданий) на портале, ординаторам предоставляется банк задач, размещенный на информационном портале ВолгГМУ в ЭИОС (<https://elearning.volgmed.ru/>).

1. Примеры типовых ситуационных задач для проведения текущей аттестации, проверяющих знания и умения в рамках компетенций.

Раздел дисциплины	Ситуационные задачи	Проверяемые компетенции
Б1.В.ОД.3.2	Детская эндокринология	
	<p>Задача (Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный с кетоацидозом) Девочка, 11 мес. Ребенок от 2 беременности, 2 родов. Вес при рождении 3250, рост 51 см. Беременность протекала физиологично. Всю беременность мать ребенка получала йодпрофилактику (йодомарин), в 4 триместре по поводу анемии принимала фенюльс. Неонатальный период без особенностей. В 4 месяца перенесла ОРВИ, по поводу которой проводилась симптоматическая терапия. Грудное вскармливание до 6 месяцев, в дальнейшем искусственное адаптированными смесями.</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1</p>
	<p>В 10 месяцев обратились в поликлинику с жалобами на отсутствие прибавки в массе тела. Ребенок обследовался по поводу дисбактериоза в поликлинике. В течение 2 недель мать отмечает ухудшение состояния ребенка: появилось беспокойство, срыгивания с неприятным запахом, частые мочеиспускания.</p> <p>При поступлении: Состояние средней степени тяжести. Ребенок капризный, во время осмотра плачет, негативен. Температура 37,3°C. Кожные покровы сухие. В области надбровных дуг, подбородка гиперемия. Губы яркие, сухие, единичные корочки, язык яркий, «малиновый». Зев: гиперемия миндалин, задней стенки глотки, лакуны расширены, налетов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия до 140 ударов в минуту. Дыхание жестковатое, одышка 26 в минуту. Живот умеренно, вздут в эпигастральной области, пальпация затруднена из-за выраженного беспокойства ребенка. Стул неоформленный, 4-6 раз в сутки, диурез учащен. ОАК: Нб -101г/л, эр -3,8 Е/л, Ц.П.- 0,8 L -12,0 г/л, п/я- 5%, с/я- 30%, э- 2%, л- 55%, м 8%, СОЭ- 17 мм/ч. ОАМ: цвет желтый, прозрачный, уд. вес- 1037, рН- 5,0, белок - отр., сахар- 4%., ацетон +++++, лейкоц.3-4 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок- 60,2 г/л, общ. билирубин - 7,5 мкмоль/л, прямой -0 мкмоль/л, холестерин- 5,4 ммоль/л, К -3,5 ммоль/л, Na -132,0 ммоль/л., глюкоза -19,3 ммоль/л, щелочная фосфатаза 243 ммоль/л., АСТ-1,23, АСТ 1,32.</p> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p> <p>Задача (Гипогликемический синдром) Ребенок К., 2 года 9 мес., от первой беременности, родилась недоношенной в 34 недели в ягодичном предлежании. При рождении рост 43 см, масса 2070 г. На искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни наблюдалась невропатологом с диагнозом: перинатальная энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром, сходящееся косоглазие, рахит. Впервые в возрасте 1 года 1 месяца на фоне ОРВИ после отказа от завтрака появилось нарушение сознания, судороги. Была госпитализирована: при поступлении в стационар определялся тризм, мышечная гипотония, гипергидроз, холодные конечности, тахикардия до 134 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Гипо-</p>	

	<p>гликемия ниже определяемых значений. Приступ был купирован введением глюкозы. Второй приступ через 10 мес., в возрасте 1г.11 мес. Судороги в ночное время, гликемия 1,8 ммоль/л. Следующий приступ - в возрасте 2 лет 9 мес., доставлен машиной скорой помощи в бессознательном состоянии, сладковатый запах изо рта, гликемия 2,0 ммоль/л. Пришел в сознание после в/в введения раствора глюкозы и преднизолона. Объективно: Рост 93,0 см (25 перцентиль), вес 13,5 кг Телосложение нормостеническое, пропорциональное. Кожные покровы розовые, чистые, обычной температуры и влажности Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 95-100 уд в мин., АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, край ровный, гладкий, эластичный, безболезненный. Стул 1раз в сутки, оформленный. Диурез не нарушен. Половое развитие по мужскому типу, допубертатное, гонады в мошонке.</p> <p>ОАК: Нб 124г/л, эр 5,2 Е/л, L 7,4 г/л, п/я 2%, с/я 50%, э 2%, л 38%, м 8% Биохимический анализ крови: общ. белок - 68,0 г/л, глюкоза -3,2 ммоль/л, холестерин -4,7 ммоль/л, К- 4,0 ммоль/л, Na- 140,0 ммоль/л, щ.ф.-243 ед, АСТ-1,3 ммоль/л, АЛТ -1,6 ммоль/л. Гормональный профиль: Св.Т4 17,1 пмоль/л (норма 10-25) ТТГ 2,44 мЕД/л (норма 0,5-3,5) Кортизол 513 нмоль/л (норма 150-650) Инсулин 6,0 мкЕд/мл (норма 3-25) С-пептид 0,8 моль/мл(норма 0,28-1,32) Проба с 18-часовым голоданием: гликемия через 6 часов 4,1 ммоль/л, через 12 ч. 3,5 ммоль/л, через 15 часов 3,2 ммоль/л, через 18 часов 1,6 ммоль/л, кетонурия (++) Нав/м введение 1,0 мл глюкагона гликемия 5,4 ммоль/л</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз 2. Составьте план обследования 3. Укажите основные принципы лечения <p>Задача (Сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, фаза декомпенсации с кетоацидозом) Больной К, 17 лет. В течение 11 лет страдает сахарным диабетом 1 типа. 3 дня назад заболел ангиной, стала нарастать жажда, появились сильные боли в животе, частая рвота. Доставлен в хирургическую клинику с диагнозом «острый аппендицит». Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Кожные покровы сухие, язык сухой, обложен желтовато-коричневым налетом. Выраженная гипотония мышц, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие, пульс 120 ударов в мин., слабого наполнения. АД 80/55 мм рт.ст. Живот резко болезненный при пальпации, особенно справа в подвздошной области, напряжен, положительный симптом Щеткина. ОАК: лейкоциты - 22,0x10⁹, п/я - 18%, с/я - 80%, мон. - 2%. Биохимический анализ крови: общий белок- 70,2 г/л, К -3,2 ммоль/л, Na -132,0 ммоль/л., глюкоза - 32 ммоль/л, АСТ-45 ЕД (N до 35), АСТ 52 ЕД (N до 40).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз 2. Составьте план обследования 3. Укажите основные принципы лечения <p>Задача (Диффузный токсический зоб 3 степени, тяжелое течение)</p> <p>Девочка, 12 лет. Жалобы на возбудимость, плаксивость, раздражительность, сердцебиение, похудание при сохраненном аппетите, опухолевидное образование на шее. Анамнез заболевания: считает себя больной с лета этого года, когда возникли слабость, раздражительность,</p>	
--	---	--

	<p>быстрая утомляемость, увеличение щитовидной железы. Осенью обратилась в ОДКБ и была госпитализирована для обследования. Анамнез жизни: ранний анамнез не известен. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школу пошла с 7 лет, учиться хорошо. Перенесенные заболевания: частые ангины, в 8 лет-пневмония, ветряная оспа. Аллергологический анамнез: лекарственной и пищевой непереносимости нет. Наследственный анамнез: родители и брат здоровы. Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, активна, слегка возбуждена. Температура тела 37,5⁰ С, периодически повышается до 38,2⁰ С. Астенического телосложения. Кожа чистая, гипергидроз. Стойкий красный дермографизм. Тургор тканей сохранен, подкожно-жировой слой снижен. В области передней поверхности шеи припухлость мягких тканей видна на глаз, пальпаторно мягкой консистенции, диффузная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-16/мин. Тоны сердца усилены, ритмичные, в т.Боткина и на верхушке слабый систолический шум. Пульс 118 уд. в мин., ритмичный. АД 125/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформлен, 1 раз в сутки. Мочеиспускание свободное. Вторичные половые признаки отсутствуют. Неврологический статус: сознание ясное, подвижна, эмоционально лабильна, раздражительна, иногда плаксива. Глазные щели расширены, зрачки правильной формы, небольшой экзофтальм. Слабо положительный симптом Грефе, выраженный симптом Розенбаха (дрожание век при смыкании). Выражен тремор вытянутых пальцев рук. Сухожильные рефлексы повышены. Вес 35 кг, рост 152 см. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. 4,0 x 10¹²/л, Нб-120 г/л, ц.п. 0,82, Лейк.- 4,06 x 10⁹/л, баз.0, эоз.1, п/яд.3, с/яд.68, лимф.45, мон.б, СОЭ 15 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1022, сахар, белок - нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., эп.пл.1-2 в п/зр., цилиндр - нет, слизь 0. Биохимический анализ крови: холестерин 2,0 ммоль/л, уровень йода, связанного с белками (СБЙ)1400 нмоль/л (норма до 630,36 нмоль/л), калий плазмы 3,5 ммоль/л, натрий плазмы 140 ммоль/л. Анализ крови на сахар натошак, сахарная кривая: сахар крови натошак 4,6 ммоль/л, через 60 мин. - 7,7 ммоль/л, через 120 мин. - 6,0 ммоль/л. Уровень гормонов в крови: Т₃ свободная фр. 40 нмоль/л, Т₄ свободная фр. 100 нмоль/л, ТТГ 0,05 мМЕ/л (N 0,17-4,05 мМЕ/л). Анализ крови на антитела к рецепторам фолликулярного эпителия (тиреоглобулину, микросомальным фракциям): титр антител к тиреоглобулину 1:120. Окулист: передний отрезок, глазные среды - прозрачны. Глазное дно в норме. Экзофтальмометрия: OD 19 мм., OS 21 мм. ЭКГ: ритм правильный, синусовый, ЧСС 120/мин. P-0,10 с, P-Q(R)-0,14 с, QRS-0,08с. Заключение: синусовая тахикардия, замедление предсердно-желудочковой проводимости. УЗИ щитовидной железы: УЗ-признаки увеличения размеров, диффузные изменения ткани щитовидной железы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клинический диагноз и его обоснование. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Назначьте лечение. 4. Составьте план диспансерного наблюдения. <p>Задача (Эндемичный зоб). Девочка 15 лет, пришла на прием в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, головные боли,</p>	
--	--	--

	<p>повышенную сонливость. Анамнез заболевания: Данные жалобы появились год назад и постепенно нарастают. В возрасте 13 лет на профилактическом осмотре в школе выявлено увеличение щитовидной железы первой степени. В последующем не обследовалась, не наблюдалась. Размеры щитовидной железы за истекший период несколько выросли. Осмотр при поступлении: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, кожные покровы суховаты, слизистые чистые, розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке, за пределы сердца не проводится. ЧСС 64 - 70 в минуту. АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, стул – со склонностью к запорам. Рост 1565 см, вес 60 кг, формула полового развития: Ма2,Р2,Ах2, менструации с 14 лет. скудные. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации - мягкая, эластичная. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Данные обследования: Общий анализ крови: Нв 112 г/л, лейкоциты $6,5 \times 10^9$, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 6 мм/час. Общий анализ мочи без патологии. Биохимические показатели крови: холестерина 5,1 ммоль/л. Уровень гормонов крови: ТТГ 4,61 мкМЕ/мл (N 0,65 – 4,6). Антитела к ТПО: 0. УЗИ щитовидной железы: объем 24 мл, контур ровный, ткань железы с диффузным снижением эхогенности.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставить диагноз. 2. Провести дифференциальный диагноз. 3. Назначить лечение. 4. Составьте план диспансеризации. <p>Задача (Диффузный токсический зоб 2 степени, легкое течение) Девочка 13 лет, вес 45 кг. Обратилась с жалобами на раздражительность, периодически появляющееся чувство жара, усиление аппетита, несмотря на это снижение массы тела, за последние 1,5 месяца 3 кг. Анамнез заболевания: считает себя больной 3 – 4 месяца, когда появились слабость, раздражительность, быстрая утомляемость. Обратилась к эндокринологу и была госпитализирована для обследования. Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: частые ангины, бронхит, ветряная оспа. Аллергологический анамнез: лекарственной и пищевой непереносимости нет. Наследственный анамнез: родители здоровы, у дяди (по матери) ДЗТ. Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, активна, слегка возбуждена. Температура тела $37,1^0$ С. Астенического телосложения. Кожа чистая, гипергидроз. Стойкий красный дермографизм. Тургор тканей сохранен, подкожно-жировой слой истончен. Щитовидная железа видна на глаз, пальпаторно 2 степени, мягкой консистенции, диффузная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-16/мин. Тоны сердца усилены, ритмичные, в т.Боткина и на верхушке слабый систолический шум. Пульс 98 уд. в мин., ритмичный. АД 125/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформлен, 1 раз в сутки. Мочеиспускание свободное. Вторичные половые признаки отсутствуют. Неврологический статус: сознание ясное, подвижна, эмоционально лабильна, раздражительна, иногда плаксива. Глазные щели расширены, зрачки правильной формы, небольшой экзофтальм. Слабо положительный симптом Грефе, выраженный симптом Розенбаха (дрожание век при</p>	
--	---	--

	<p>смыкании). Выражен тремор вытянутых пальцев рук. Сухожильные рефлексы повышены. Вес 35 кг, рост 152 см. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,0 \times 10^{12}/л$, Нб-120 г/л, ц.п. 0,82, Лейк.- $4,06 \times 10^9/л$, баз.0, эоз.1, п/яд.3, с/яд.68, лимф.45, мон.б, СОЭ 15 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1022, сахар, белок - нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., эп.пл.1-2 в п/зр., цилиндр - нет, слизь 0. Кровь на гормоны: ТТГ 0,061 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т₃ - 9,3 мМЕ/л (N 2,5-5,8 мМЕ/л), Т₄ - 29,8 мМЕ/л (N 11,5-23,0 мМЕ/л).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте необходимое дообследование. 3. Назначьте лечение. 4. Составьте план диспансеризации. <p>Задача (Острый тиреодит). Мальчик 7 лет, вес 32 кг, обратился с жалобами на слабость, нарастающую к вечеру, быструю утомляемость, фебрильную температуру $38,2^{\circ}C$, держащуюся постоянно, чувство неловкости и давления в области шеи. Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет простудными заболеваниями, последняя за 2 недели до обращения (ангина). Объективно: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, кожные покровы бледные, влажные на ощупь, область шеи утолщена, при пальпации щитовидная железа увеличена до 2 степени, плотная, болезненная. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД до 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены, мягкий систолический шум с максимумом на верхушке сердца. ЧСС 115/мин. Живот мягкий и безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Стул через день. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр. $3,2 \times 10^{12}/л$, Нб 122 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. $11,3 \times 10^9/л$, э.-0%, п/я.-5%, с/я-48%, л.-41%, м.-6%. СОЭ-17 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес 1017, белка нет, лейкоциты 1-2 в п/зр., эпителий плоский -1-2 в п.зр., эритроциты 0. Уровень гормонов крови: ТТГ- 1,22 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т₄ свободная фракция 12 нмоль/л (N 10-26 нмоль/л), Т₃ свободная фракция 2,5 нмоль/л (N 4-8 нмоль/л). Захват щитовидной железой ¹³¹I в пределах нормы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Лечение. 4. Составьте план диспансеризации. <p>Задача (Гипофизарный нанизм.) Девочка 5 лет. Жалобы: на отставание в росте. Анамнез болезни: на первом году жизни росла и развивалась в соответствии с возрастом. К пяти годам родители заметили отставание в росте от сверстников. Анамнез жизни: ребенок от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 11 неделе (лечение стационарное). Роды в срок. Масса 3200 г, длина 54 см. На первом году в развитии не отставала, не болела. Семья обеспеченная, в питании не ограничена. Привита по возрасту. Перенесенные заболевания: изредка ОРВИ. Семейный анамнез: Родители здоровы. Рост матери 168 см, отца 184 см. Туберкулез, венерических заболеваний нет. Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, активная. Телосложение пропорциональное.</p>	
--	---	--

Шея относительно короткая, лицо «кукольное», пупок низко расположен. Волосы тонкие, ломкие. Голос высокий. Кожа тонкая, нежная, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. ЧД 32/мин. Дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧСС 108/мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, ясные. Нежный систолический шум выслушивается вдоль левого края грудины, не проводится за пределы области сердца. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул оформленный, раз в 1-2 дня, склонность к запорам. Мочевыделение не нарушено. Половые органы сформированы правильно по женскому типу. Антропометрические данные: рост 94 см, вес 15 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,4 \times 10^{12}$ /л, Нб 118 г/л, цп 0,89, лейкоц. $4,5 \times 10^9$ /л, э-2%, п/я-5, с/я-45, л-44, м-4, СОЭ 5 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 250,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1021, белок - нет, лейкоц. 1-2 в п/зр., эр. 0 в п/зр., цилиндры - нет, слизи и солей - не обнаружено. Анализ крови на сахар: сахар крови натощак 3,5 ммоль/л. Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л, НЭЖК-0,6 ммоль/л, щелочная фосфатаза 5 ед., билирубин общий-9,8 мкмоль/л, прямой-2,0 мкмоль/л, не прямой-7,8 мкмоль/л, АЛАТ-0,2 ммоль/л, АсАТ-0,3 ммоль/л, сулемовая проба-1,9 мл, тимоловая-2,2 ед. Электролиты сыворотки крови: К 4,0 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, Са 2,7 ммоль/л. Протеинограмма крови: общий белок 65 г/л, альбумины 52 %, глобулины 48%: альфа1-5,6 %, альфа2-9,4 %, бета-15,1%, гамма-17,9%. Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мМЕ/л, Т₄ 10 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 5 нмоль/л (N 4-7,4). ЛГ 1,5 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 1,8 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Клофелиновая проба: до - СТГ 2 нг/мл, после - 2,5 нг/мл. Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: появилась трехгранная кость. Компьютерная томография головного мозга: гипоплазия гипофиза. ЭхоКГ: в полости левого желудочка ложная хорда. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме. Невролог: рефлексы D=S, живые. Симптомов поражения ЦНС нет. Кариотип: 46,XX.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансеризации.

Задача (Конституциональный нанизм.)

Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте. Анамнез болезни: до 10 лет не отставал от сверстников, имел возрастные параметры роста и веса. Потом постепенно стала нарастать разница в росте. Не появились вторичные половые признаки. Анамнез жизни: от 3 беременности, вторых родов, протекавших без патологии. Родился без асфиксии. Масса 3,300, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ, ветряная оспа в 5 лет. Привит по возрасту. Семейный анамнез: по мнению отца - поздний пубертат. Родители среднего роста (мать 162 см, отец 174 см), старший брат 18 лет рост 175 см. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Статус при

поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожа и слизистые чистые. В зеве без воспалительных изменений. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы и тоны сердца сохранены. ЧСС 72 в 1 минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот симметрично участвует в дыхании. Пальпация поверхностная и глубокая безболезненна. Печень и селезёнка не пальпируется. Стул оформлен. Половые органы по мужскому типу, сформированы правильно. Формула полового созревания Р 0, Ах 0, I 0. Размер яичек 9,0 см x 1,5 см. Антропометрия: рост 139 см, вес 32 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр $4,8 \times 10^{12}/л$, Hb 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. $6,0 \times 10^9/л$, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты $320 \times 10^9/л$. Общий анализ мочи: Уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, К А/Г=1,4, остаточный азот 20,0 ммоль/л, мочевины 4,3 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,8 ммоль/л. Фосфор неорганический 1,6 ммоль/л (N 1,45-1,78), кальций общий 2,8 ммоль/л, калий 4,0 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л. Тестостерон: в сыворотке крови - 44 мг% (норма в 13 лет от 80 до 1000). После одновременной пробы с ХГ - уровень 91 мг%. Уровень гормонов крови: ЛГ - 2,5 мМЕ/м (N 0,04-3,6), ФСГ - 3,0 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 14 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 8,1 нг/мл. Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансеризации.

Задача (Синдром Шерешевского-Тернера.)

Девочка 13 лет. Жалобы: на низкий рост, отсутствие вторичных половых признаков. Анамнез заболевания: девочка отстает в росте с 7-8 лет, ростовые прибавки в год составляли 3-4 см., за последние 2 года выросла на 3,5 см, вторичные половые признаки не появились. Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, матери 36 лет, заболевания во время беременности отрицает. Роды в срок, масса при рождении 3300 г, рост 50 см. Перенесенные заболевания: в 6 месяцев краснуха. С 4-х летнего возраста состоит на "Д" учете по поводу хронического пиелонефрита, последнее обострение было 2 года назад, 1 раз в год болеет ОРВИ. Наследственный анамнез: родители, родственники здоровы. Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, выражение лица осмысленное, активная, контактная. Рост 136 см, масса тела 28 кг. Длина верхней половины туловища значительно больше нижней. Уши деформированы, расположены низко. Шея широкая, короткая, широкие кожные складки, идущие от сосцевидных отростков к плечам. Низкий рост волос. На кистях рук укорочение IV пальца и искривление V. На стопах III, IV, V пальцы укорочены и деформированы, расстояние между I и II пальцами стоп увеличено. Голени пастозны. Широкая грудная клетка, гипертелоризм сосков. Короткие предплечья. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы II-III и паховые - I размера, единичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, эластичной консистенции, безболезненные. Мышечная система симметрично развита, тонус и сила мышц достаточ-

ны. Тремора, судорог нет. Деформаций костей, суставов нет. Движения в полном объеме. Миндалины не увеличены, задняя стенка глотки без особенностей. Твердое небо низко расположено, узкое. Неправильный рост зубов. Аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, выслушивается систолический шум над всей областью сердца с максимумом звучания на верхушке. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех областях. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в сутки, оформлен. Наружные половые органы по женскому типу, соответствуют 6-7 летнему возрасту. Вторичных половых признаков нет. Психологическая ориентация женская. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр $4,8 \times 10^{12}/л$, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. $6,0 \times 10^9/л$, э- 2%, п/я-3, с/я-57, л-34, м-4, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты $320 \times 10^9/л$. Общий анализ мочи: Уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, К А/Г=1,4, остаточный азот 19,0 ммоль/л, мочевины 4,3 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,8 ммоль/л, Са 2,8 ммоль/л, К 4,0 ммоль/л, Na 138 ммоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 4,7 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ - 7,5 мМЕ/мл (N 0,68-6,7), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, СТГ - 8,1 нг/мл, эстрогены общие - снижены. Суточная экскреция с мочей: 17-КС 0,5 мг/сут (N 1-6). Рентгенография кистей и лучезапястных суставов: деформация IV и V пястных костей, дифференцировка скелета соответствует 11-12 годам (головчатая, крючковидная, трехгранная, полулунная, ладьевидная кости, кость трапеция, гороховидная кость и сесамовидная кость в пятом пястнофаланговом суставе, а также дистальные эпифизы локтевой и лучевой костей, эпифизы фаланг I и шиловидный отросток локтевой кости). ЭКГ: Синусовый ритм. Вертикальное положение ЭОС. ЭхоКГ: дефект межпредсердной перегородки, гемодинамически незначимый. УЗИ гениталий: агенезия яичников и матки. Окулист: глазное дно в норме. ЛОР-врач: патологии не выявлено. УЗИ органов малого таза: гипоплазия матки, яичники не визуализируются. Кариотип: 45,ХО.

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Возможности терапии.
4. Составьте план диспансеризации.

Задача (Гигантизм (доброкачественная ацидофильная аденома гипофиза))

Мальчик 15 лет. Жалобы: на высокий рост, общую слабость, утомляемость, увеличение кистей и стоп. Анамнез болезни: До 12 лет по длине тела не отличался от сверстников. Позднее стал быстро расти. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 2 родов, протекавшей с патологией. Роды в срок. Масса тела 3200 г. Длина 53 см. Развивался нормально. Перенес ветряную оспу, корь, эпидемический паротит. Привит по возрасту. Наследственный анамнез: родители, родственники здоровы. Родители среднего роста. Объективный статус: состояние удовлетворительное. Телосложение пропорциональное. Несколько укрупнены черты лица (нос, губы, подбородок). Крупные кисти и стопы. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые, чистые. ЧД 18/мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧСС 80/мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Пе-

	<p>чень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул оформленный, 1раз/сут. Мочеиспускание не нарушено. Половые органы сформированы по мужскому типу. Р 4, I 1, Ах 3, Г 1. Антропометрические данные: Рост 193 см, масса тела 88,7 кг. Данные обследования:Общий анализ крови: Эр $4,8 \times 10^{12}/л$, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. $6,0 \times 10^9/л$, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты $320 \times 10^9/л$. Общий анализ мочи: уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты отр., эпит.плоский ед. в п.з. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, К А/Г=1,2, остаточный азот 16,6 ммоль/л, мочевины 4,7 ммоль/л, глюкоза крови натощак 4,2 ммоль/л, через 2 часа - 5,7 ммоль/л. Кальций общий 2,7 ммоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 141 ммоль/л. Уровень гормонов крови: ТТГ - 2,9 мкМЕ/л, Т₄ - 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 4,6 нмоль/л (N 4-8), ФСГ 3,2 МЕ/л (N 1,0-7,4), ЛГ 13,1 МЕ/л (N 8,4-17,8). Уровень гормонов крови: ТТГ - 2,9 мкМЕ/л, Т₄ - 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ - 4,6 нмоль/л (N 4-7,4), ФСГ 3,2 МЕ/л (N 1,0-7,4), ЛГ 6,7 мМЕ/л (N 0,2-9,1), СТГ 32 нг/мл (N до 10). Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: в наличии дистальный эпифиз локтевой кости, шиловидный отросток локтевой кости, гороховидная кость, сесамовидные кости в I пястно-фаланговом суставе. Синостоз в I пястной кости. Окулист: глазное дно в норме. Рентгенография черепа в 2-х проекциях: кости свода утолщены, венечный шов склерозирован, сосудистые борозды слабо выражены, турецкое седло значительно увеличено во всех направлениях, клиновидная пазуха уменьшена в высоте. Больной переведен в нейрохирургическое отделение, где проведена гипофизэктомия. Гистологическом исследовании удаленного препарата: доброкачественная ацидофильная аденома гипофиза.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Лечение. 4. Составьте план диспансеризации. <p>Задача (Врожденная дисфункция коры надпочечников: вирильная форма) Мальчик, 7 лет, поступил с жалобами на ускорение физического полового развития. Ребенок от III нормальной беременности, масса тела при рождении 2500, рост 53 см. С рождения отмечено увеличение наружных половых органов. В росте и физическом развитии заметно опережал своих сверстников. В 2-летнем возрасте появилось оволосение лобковой области. При объективном исследовании: физическое развитие соответствует 13 годам, рост 152 см, масса тела 36 кг соответственно. На лице, спине множественные акневульгарис. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. На лобке значительное выраженное оволосение по мужскому типу. Половой член крупный, как у взрослого мужчины. Яички в мошонке, до 2 см в диаметре, эластичные. Данные обследования: ОАК: Нв-121 г/л, эр $4,05 \times 10^{12}/л$, Цв. П. 0,82, L $6,8 \times 10^3$ г/л, Тром. 144 г/л, э 4 %, с 35 %, л 55 %, м 6 %, СОЭ 7 мм/ч ОАМ: цвет желт., прозр., реакция 6,0, плотность 1020. Биохимический анализ крови: белок 81,5 г/л, билирубин 15,0 мкмоль/л, непрямой - 14 ммоль/л, глюкоза 5,3 ммоль/л, холестерин 4,8 ммоль/л, Na 130 ммоль/л, К 5,6 ммоль/л, АСТ 25 ммоль/л, АЛТ 29 ммоль/л, С-реакт. белок отр. Rg-графия кистей и лучезапястных суставов: костный возраст составляет 14 лет.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз 2. Составьте план обследования 	
--	--	--

3. Укажите основные принципы лечения

Задача (Врожденная дисфункция коры надпочечников, смешанная форма (вирильная, сольтеряющая), средней степени тяжести)

Девочка, 1,5 г., обратилась с жалобами насрыгивания, больше в послеобеденное время, неправильное формирование наружных половых органов, избыточную массу тела.

Из анамнеза: Девочка от 2 беременности, первый ребенок погиб от АГС, сольтеряющей формы. Объективно: На момент осмотра состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие не страдает. Реакция на осмотр адекватная, девочка спокойная. Кожные покровы умеренной влажности, бледно-розовые. Отеков нет. Подкожно-жировой слой развит несколько избыточно, распределен равномерно. Зев спокоен, периферические лимфатические узлы не увеличены. При аускультации дыхание пуэрильное, чистое. Тоны сердца громкие, ритмичные, систолический шум в проекции т.Боткина, по правому краю грудины, не проводится. Пульс 110 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень + 1,0 см из-под края реберной дуги, край ровный мягко-эластичный. Мочеиспускание регулярно, стул со склонностью к запорам. Половое развитие соответствует возрасту, отмечается вирилизация клитора до 0,7-1,0 см, 2 степень вирилизации по Прадеру, половое развитие по Таннеру Ах0,Ма0,Р0-1, Ме0 Данные обследования: ОАК: Нб -91г/л, эр -3,8 Е/л, Ц.П.- 0,85 L -9,0 г/л, п/я- 3%, с/я- 30%, э- 1%, л- 57%, м 8%, СОЭ- 7 мм/ч. Биохимический анализ крови: Na 116,0 ммоль/л, К- 5,4 ммоль/л. ОАМ: цвет желтый, прозрачный, уд. вес- 1015, рН- 5,0, белок-отр.,сахар-отр., ацетон отр., лейкоц.-1-2 в п/зр.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

Задача (Хроническая надпочечниковая недостаточность)

Мальчик 9 лет, рост 128 см, масса 23 кг. Обратился с жалобами на слабость, утомляемость, периодически возникающие коллаптоидные состояния. Плохой аппетит. Во время респираторных заболеваний - часто бывает рвота, очень выражена общая слабость. Любит соленую пищу.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы очень смуглые, выражена гиперпигментация гениталий, ореол, темная кайма на деснах, АД 90/50 мм.рт.ст. Со стороны внутренних органов - некоторая приглушенность тонов сердца; живот мягкий, безболезненный. Симптомы холепатии отрицательны. Стул со склонностью к поносам. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр. $3,6 \times 10^{12}/л$, Нб - 88 г/л, ЦП - 0,8, Лейк. $4,3 \times 10^9/л$, э.-3%, п/я - 0%, с/я - 28%, л -70%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: белка нет, осадок без патологии, уд.вес 1006. Анализ мочи по Зимницкому: тенденция к никтурии, колебания удельного веса от 1002 до 1012. Суточное количество мочи 1900 мл. Электролиты сыворотки крови: К - 5,8 ммоль/л, Na - 124 ммоль/л. Уровень кортизола крови в 6.00 - 145 нмоль/л (N 190 - 750)

1. Поставить диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика.

Задача (Надпочечниковый криз)

Мальчик 4 года. Из анамнеза: на фоне назофарингита повысилась температура до $39,7^{\circ}C$, отмечались недомогание,

озноб, сыпь. Через 10 часов температура снизилась до нормы, появились резкая слабость, бледность с цианотичным оттенком. Поступил в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. При осмотре: сознание спутано. АД 65/30 мм.рт.ст., пульс нитевидный, ЧСС 142/мин, одышка. На груди, животе, плечах, ягодицах элементы звездчатой геморрагической сыпи со сливными элементами, не исчезающей при надавливании. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Мочеиспускание редкое. По данным обследования: в периферической крови высокий лейкоцитоз с нейтрофилезом, сдвиг формулы до юных форм, лимфопения, СОЭ 18мм/час; уровень электролитов крови - К 5,9 ммоль/л, Na 123 ммоль/л; при УЗИ почек признаки кровоизлияния в надпочечники.

1. Предположительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Лечение.

Задача (Ожирение экзогенно-конституционального генеза).

Мальчик 10 лет. Жалобы: на избыточный вес, повышенный аппетит, быструю утомляемость. Анамнез заболевания: ребенок родился с крупной массой, на первом году жизни ежемесячная прибавка в массе была выше нормы. Масса в 1 год- 15 кг. На протяжении всего периода детства страдает избыточной массой. Ребенок очень любит сладости, кондитерские изделия, мучное, каши, картофель. В питании себя не ограничивает. Больше калорий получает во второй половине дня.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей без осложнений, с массой при рождении 3900г. Роды первые в срок, без особенностей. На естественном вскармливании до 5 мес. В нервно-психическом развитии не отставал. Привит - по календарю. Из перенесенных заболеваний корь, ангина, грипп. Наследственный анамнез: отец и родной брат с избыточной массой тела. Хронических заболеваний нет. Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, активный. В контакт вступает легко. Телосложение правильное, гиперстеническое. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Подкожно-жировой слой развит избыточно, равномерно распределен по всей поверхности тела. Периферические лимфатические узлы подчелюстные, паховые I-II размера, эластичной консистенции, подвижные, безболезненные. Костно-мышечная система без патологических изменений. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. Пульс 78/мин., хорошего наполнения и напряжения. АД 110/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех областях. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в сутки, оформлен.

Наружные половые органы - по мужскому типу, соответственно возрасту. Формула полового развития: Ах 0, Р 0. Антропометрические данные: масса тела 47 кг, рост 146 см. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,3 \times 10^{12}$ /л, Нб 120 г/л, ЦП 0,87, Лейк. $6,8 \times 10^9$ /л, э-1%, п/я-4, с/я-81, л-28, м-6, СОЭ 10 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 150,0 мл., цвет с/ж., прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1015, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., эп.пл. 0 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 0. Анализ мочи по Нечипоренко: Лейк. - 100, Эр-0. Анализ крови на сахар (натощак): 4,5 ммоль/л.

Сахарная кривая: натощак-4,5 ммоль/л, через 30 мин.-6,0 ммоль/л, через 60 мин.-7,0 ммоль/л, через 90 мин.-6,7 ммоль/л, через 120 мин.-5,0 ммоль/л. Анализ мочи на сахар:

кол-во-200,0 мл, сахар - отрицат., ацетон-отрицат. Холестерин крови: 4,6 ммоль/л. Экскреция 17-КС с мочой: 3,5 мг/сут при диурезе 850,0 мл. Экскреция 17-ОКС с мочой: 1,5 мг/сут (1-5,6). Копрограмма: оформлен., корич., Лейк. 1-2 в п/зр, Эр.- нет, нейтральный жир, жирные кислоты, клетчатка - нет, яйца гельминтов и простейшие - не обнаружены. Окулист: глаз. дно в норме. Поля зрения: снаружи 90 град., кнутри-65, кверху-50, книзу-70. Рентгенография черепа: форма черепа округлая, турецкое седло не изменено.

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. Составьте план диспансеризации.

Задача (Синдром Иценко-Кушинга (кортекостерома).

Девочка 13 лет. Жалобы: на увеличение массы тела, появление полос растяжения на коже, головные боли на фоне повышенного АД. Анамнез болезни: больна около 1,5 лет, когда впервые постепенно стала нарастать масса тела, появились головные боли, ребенок стал хуже расти. Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей без особенностей. Роды в срок с массой при рождении 3900 г, ростом 53 см. Росла и развивалась по возрасту. Привит. Детскими инфекционными болезнями не болела, травм и операций не было. Наследственный анамнез: родственники не страдают избытком массы тела. Туберкулеза, венерических заболеваний в семье нет. Объективный статус: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Активна. Рост 141 см, масса 42 кг. Кожные покровы мраморные, гипертрихоз лица (усы). На коже груди, живота, в подмышечных областях, бедрах большое число сине-багровых стрий длиной 5-7 см., явления фолликулита. Подкожно-жировой слой развит избыточно, с преимущественным отложением на лице и туловище. Лицо округлое, лунообразное, с гиперемированной кожей. Конечности пропорционально худые. Тонус и сила мышц ослаблены. Движения в суставах в полном объеме. Грудная клетка гиперстеническая. Аускультативно: дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет. ЧД 20/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 в мин. АД 135/90 мм.рт.ст. Живот значительно увеличен в размере за счет избыточного жирового отложения, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Формула полового созревания Ма 2, Ах 1, Р 2, Ме 0. Наружные половые органы сформированы по женскому типу, незначительная гипертрофия клитора.

Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,0 \times 10^{12}/л$, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. $9,0 \times 10^9/л$, баз. 0%, эоз. 0%, п/яд. 8%, с/яд. 65%, лимф. 19%, мон. 8%, СОЭ 8 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 100,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1018, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 0-1 в п/зр., Эр. 0-1 в п/зр., эп.пл. 0-1 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 1. Анализ крови на серомукоиды: 0,20, на сиаловые кислоты 2,0 ммоль/л. Электролиты сыворотки крови: К-2,7 ммоль/л, Na-156 ммоль/л. Биохимический анализ крови: общий белок-75 г/л, билирубин общий-13 мкмоль/л, холестерин - 7,1 ммоль/л, тимоловая проба 4 ЕД, сулемовая проба 1,8 мл, АлАТ-0,37 ммоль/л, АсАТ-0,42 ммоль/л, остаточный азот-19 ммоль/л, мочевины-6,5 ммоль/л, креатинин-44,25 мкмоль/л. Гликемический профиль: 8.00 - 5,5 ммоль/л, 10.00 - 7,6 ммоль/л, 14.00 - 5,1 ммоль/л. Пероральный глюкозотолерантный тест: 5,5 ммоль/л -7,7 ммоль/л. Уровень гормонов крови: кортизол в 8.00 -1165 нмоль/л (N 83-580), СТГ-0,7 нг/мл (N 0,5-5,0), ТТГ 1,2

	<p>мкМЕ/л (N 0,7-4,5). Экскреция с мочей: 17-КС - 9,1 мг/сут (N 1-6), 17-ОКС - 13,3 мг/сут (N 1-5,6). Проба с дексаметазоном: до пробы 17-КС - 9,1 мг/сут, после пробы - 7,9 мг/сут. Анализ мочи на кетоновые тела: отрицательно. Рентгеногр. черепа в 2-х проек.: форма черепа обычная. Турецкое седло не изменено. Ренгенография кистей, лучезапястных суставов: костный возраст соответствует 12 г. УЗИ органов брюшной полости: почки размером 9,3 x 4,7 см, контуры ровные, четкие. Визуализируется объемное образование в области правого надпочечника.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. 3. Лечебная тактика. 4. Составьте план диспансеризации. 	
--	--	--

3. Перечень вопросов к собеседованию

Раздел дисциплины	Перечень вопросов
<p>Б1.В.ОД.3.1</p> <p>Организация детской эндокринологической службы РФ. Современные методы диагностики и лечения в детской эндокринологии.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Принципы организации детской эндокринологической службы. 2. Маршрутизация пациентов в условиях Волгоградского региона. 3. Качественные показатели работы детской эндокринологической службы. 4. Современные принципы и методы диагностики в детской эндокринологии. 5. Современные методы лечения в детской эндокринологии. 6. Реабилитация эндокринных пациентов 7. Особенности наблюдения детской эндокринных больных в амбулаторном звене
<p>Б1.В.ОД.3.2</p> <p>«Детская эндокринология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поджелудочная железа: анатомо-физиологические особенности, пищеварительные функции, эндокринные функции. 2. Сахарный диабет 1 типа. Современное понятие. Эпидемиология сахарного диабета. Патогенетические механизмы. Классификация. 3. Сахарный диабет. Классификация. Возможные варианты сахарного диабета в детском возрасте.
	<ol style="list-style-type: none"> 4. Сахарный диабет 1 типа. Триггерные механизмы. Клинические проявления манифестации. Критерии диагноза. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями, 2014. 5. Сахарный диабет. Клинические проявления в зависимости от длительности течения заболевания. 6. Критерии компенсации и декомпенсации сахарного диабета. Причины декомпенсации. 7. Сахарный диабет 1 типа. Осложнения. Основные механизмы.

	<p>мы их развития. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Профилактика.</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Хронические осложнения сахарного диабета. Причины. Классификация. Алгоритмы диагностики и мониторинга развития и течения возникших осложнений. 9. Диабетическая нефропатия. Диагностические критерии. Алгоритмы профилактики и терапии. Прогноз. 10. Диетотерапия сахарного диабета. Гликемический индекс. Расчет питания. Хлебные единицы. 11. Контроль диетотерапии, пищевой дневник. Возможности индивидуальной коррекции диеты. 12. Инсулинотерапия. Классификация инсулинов. Способы введения инсулина. Осложнения инсулинотерапии. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями, 2014. 13. Особенности инсулинотерапии в детском возрасте, критерии эффективности. 14. Особенности и преимущества помповой инсулинотерапии, критерии эффективности. 15. Мониторинг больных сахарным диабетом. Профилактика развития осложнений. 16. Группа риска развития сахарного диабета. Нарушение толерантности к глюкозе. Критерии диагноза. Профилактика. 17. Гипогликемия. Определение. Диагностика. Классификация. Клинические проявления. Лечение. Профилактика. 18. Гипогликемическая кома. Причины. Диагностические критерии. Особенности оказания неотложной помощи. Алгоритм мониторинга. 19. Гипергликемическая кома. Виды ком. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. Кетоацидотическая кома. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. 20. Гиперосмолярная кома. Причины. Диагностические критерии. Особенности оказания неотложной помощи. Алгоритм мониторинга. 21. Лактацидотическая кома. Причины. Диагностические критерии. Особенности оказания неотложной помощи. Алгоритм мониторинга. 22. Щитовидная железа анатомо-физиологические особенности. 23. Щитовидная железа. Гормоны и их функции, влияние на развитие различных органов и систем ребенка. 24. Гипотиреоз. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями, 2014. 25. Врожденный гипотиреоз. Группа риска. Клинические признаки в периоде новорожденности. Скрининг новорожденных. Критерии диагноза. Тактика неонатолога и участкового врача. Приказ Министерства здравоохранения и со-
--	--

циального развития РФ от 22 марта 2006 г. № 185-ФЗ «[О массовом обследовании новорождённых детей на наследственные заболевания](#)»

26. Гипотиреоз. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями, 2014.
27. Гипертиреоз. Болезнь Грейвса. Эпидемиология. Этиология. Патогенетические механизмы. Классификация. Клиника. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями, 2014.
28. Гипертиреоз. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями, 2014.
29. Тиреотоксический криз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Неотложная терапия. Прогноз. Профилактика.
30. Йододефицитные состояния. Определение. Эпидемиология. Профилактика. Рекомендации экспертной группы ВОЗ и ЮНИСЕФ по профилактике дефицита йода у беременных и кормящих женщин и детей до 2 лет, 2007
31. Аутоиммунный тиреоидит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Современные алгоритмы терапии. Прогноз.
32. Соматотропный гормон и другие факторы роста. Физиология роста у детей. Критерии оценки физического развития.
33. Патология роста. Физиологические особенности роста у детей различных возрастов. Критерии оценки физического развития. Биологический и паспортный возраст. Конституциональные особенности роста у детей.
34. Низкорослость. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
35. Низкорослость гипофизарного генеза. Причины. Клинические проявления. Возможности ранней диагностики. Алгоритмы терапии.
36. Конституциональная задержка роста. Этиологические факторы. Критерии диагноза. Возможности коррекции.
37. Соматогенный нанизм. Причины. Диагностические критерии. Возможности терапии.
38. Высокорослость. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
39. Надпочечники. Анатомо-физиологические особенности.
40. Гипокортицизм. Определение. Этиопатогенетические механизмы развития. Классификация. Клинические проявления.
41. Гипокортицизм. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение.
42. Острая надпочечниковая недостаточность. Основные при-

	<p>чины. Клиника. Диагностические критерии.</p> <p>43. Острая надпочечниковая недостаточность. Алгоритмы неотложной помощи. Критерии эффективности терапии и мониторинг качества оказания помощи.</p> <p>44. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Этиопатогенетические механизмы. Клиника. Диагностические критерии. Принципы и тактика терапии.</p> <p>45. Гиперкортицизм. Определение. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>46. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциально-диагностические критерии.. Лечение. Прогноз. Профилактика.</p> <p>47. Гиперальдостеронизм. Определение. Этиология. Клиника. Патогенез. Лечение. Прогноз.</p> <p>48. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.</p> <p>49. Врожденная дисфункция коры надпочечников у девочек. Особенности клиники. Диагностические критерии. Особенности лечебной тактики.</p> <p>50. Врожденная дисфункция коры надпочечников у мальчиков. Особенности клиники. Диагностические критерии. Особенности лечебной тактики.</p> <p>51. Врожденная дисфункция коры надпочечников: сольтеряющая форма. Диагностические критерии. Алгоритмы неотложной помощи. Терапевтическая тактика.</p> <p>52. Ожирение. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.</p> <p>53. Конституционально-экзогенное ожирение. Этиология. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.</p> <p>54. Классификация ожирения у детей. Диагностические критерии различных форм ожирения. Принципы терапии. Прогноз.</p> <p>55. Алгоритмы дифференциально- диагностического поиска при различных формах ожирения у детей.</p> <p>56. Метаболический синдром в детской практике. Диагностика. Возможности коррекции. Прогноз.</p> <p>57. Диетотерапии приразличных формах ожирения у детей.</p> <p>58. Возможности фармакологической коррекции ожирения у детей.</p> <p>59. Особенности применения фармакологических препаратов в детском возрасте. Тактика дозирования. Возрастные ограничения. Показания и противопоказания в детском возрасте. Особенности развития побочных эффектов.</p> <p>60. Сахарный диабет 1 типа. Инсулинотерапия. Классификация инсулинов. Фармакологические особенности различных инсулинов.</p> <p>61. Сахарный диабет 1 типа. Инсулинотерапия. Короткодействующие инсулины. Классификация. Особенности фар-</p>
--	---

	<p>макокинетики и фармакодинамики. Возрастные особенности их применения.</p> <p>62. Сахарный диабет 1 типа. Инсулинотерапия. Прологированные инсулины. Классификация. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики. Возрастные особенности их применения.</p> <p>63. Препараты применяемые при гипофункции щитовидной железы. Показания и противопоказания. Особенности дозирования и возможности контроля эффективности.</p> <p>64. Препараты применяемые при гиперфункции щитовидной железы. Показания и противопоказания. Особенности дозирования и возможности контроля эффективности.</p> <p>65. Препараты применяемые при ожирении у детей. Показания и противопоказания. Особенности дозирования и возможности контроля эффективности.</p> <p>66. Цитостатики применяемые в детской практике. Показания и противопоказания. Особенности дозирования и возможности контроля эффективности.</p> <p>67. Препараты глюкокортикоидов. Показания и противопоказания. Особенности дозирования и возможности контроля эффективности. Схемы терапии различных заболеваний. Возможности контроля развития побочных эффектов и их профилактика.</p> <p>68. Гормон роста: современные препараты. Показания и противопоказания. Особенности дозирования и возможности контроля эффективности.</p> <p>69. Препараты применяемые для оказания неотложной помощи у детей с эндокринными заболеваниями. Возрастные ограничения. Тактика дозирования. Возможности контроля эффективности.</p>
--	---

11.2 Приложение 2

Методические рекомендации к самостоятельной работе для ординаторов по дисциплине «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 54 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Раздел дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации»	Объем СР
Б1.В.ОД.3.1	Организация эндокринологической службы РФ. Современные методы диагностики и лечения в эндокринологии.	6
Б1.В.ОД.3.2	Детская эндокринология	48

Б1.В.ОД.3.2.1	Раздел 1 Болезни гипоталамо-гипофизарной системы и эпифиза у детей и подростков	16
Б1.В.ОД.3.2.2	Раздел 2 «Болезни поджелудочной железы у детей и подростков»	12
Б1.В.ОД.3.2.3	Раздел 3 «Болезни щитовидной железы и околощитовидных желез у детей и подростков»	12
Б1.В.ОД.3.2.4	Раздел 4 «Болезни надпочечников у детей и подростков»	6
Б1.В.ОД.3.2.5	Раздел 5 «Ожирение у детей и подростков»	6
Б1.В.ОД.3.2.6	Раздел 6 «Нарушения полового развития и созревания у детей и подростков»	6

Темы рефератов:

Раздел дисциплины	Темы рефератов
Б1.В.ОД.3.1 Организация детской эндокринологической службы РФ. Современные методы диагностики и лечения в детской эндокринологии.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Организация детской эндокринологической службы в РФ. 2. Врачебная этика и деонтология в деятельности врача детского эндокринолога. 3. Иммунная система и ее связь с эндокринной системой. 4. Оценка иммунологического статуса при эндокринных заболеваниях <p>Медико-генетическое консультирование эндокринных больных</p>
Б1.В.ОД.3.2	Детская эндокринология
Б1.В.ОД.3.2.1 Раздел 1 Болезни гипоталамо-гипофизарной системы и эпифиза у детей и подростков	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром Ларона у детей. 2. Опухоли гипофиза. 3. Дифференциальная диагностика низкорослости у детей. 4. Дифференциальная диагностика экзогенного и эндогенного АКТГ синдрома

<p>Б1.В.ОД.3.2.2 Раздел 2 «Болезни поджелудочной железы у детей и подростков»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сахарный диабет 1 типа у детей. Патогенетические механизмы развития клинических симптомов манифестации. 2. Гипергликемическая кома. Алгоритм неотложной помощи. 3. Инсулинотерапия. Современные способы доставки. 4. Фармакологические особенности инсулинов. Особенности назначения в детской практике. 5. Гипогликемические состояния: причины, патогенетические механизмы. Клинические проявления. 6. Диабетическая гипогликемическая кома: причины, этапы развития, клинические проявления.
<p>Б1.В.ОД.3.2.3 Раздел 3 «Болезни щитовидной железы и околощитовидных желез у детей и подростков»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Врожденный гипотиреоз: причины, механизмы развития, ранняя диагностика. 2. Аутоиммунный тиреоидит: патогенетические механизмы, клиничко-лабораторные критерии, исходы. 3. Йоддефицитные состояния: распространенность, причины, заболевания, связанные с дефицитом йода. 4. Специфическая и не специфическая профилактика дефицита йода. 5. Особенности заболеваний щитовидной железы у детей, сопровождающиеся гипертиреозом. 6. Тиреотоксический криз: алгоритм диагностики и неотложной помощи.
<p>Б1.В.ОД.3.2.4 Раздел 4 «Болезни надпочечников у детей и подростков»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Надпочечники. Анатомо-физиологические особенности. 2. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность. Основные причины. Клиника. Диагностика. Лечение. 3. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности. Плановая заместительная терапия хронической надпочечниковой недостаточности. 4. Гиперплазия коры надпочечников: биохимические механизмы развития, классификация. 5. Адреногенитальный синдром возможности ранней диагностики, особенности у мальчиков. 6. Адреногенитальный синдром возможности ранней диагностики, особенности у девочек.
<p>Б1.В.ОД.3.2.5 Раздел 5 «Ожирение у детей и подростков»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Генетические и эндокринные детерминанты развития ожирения в детском возрасте. 2. Дифференциально-диагностические критерии различных форм ожирения у детей. 3. Возможности коррекции простого ожирения (диета, физические нагрузки, медикаментозная терапия). 4. Особенности состояния функций сердечнососудистой системы у детей с ожирением. 5. Особенности метаболического синдрома в детском возрасте.

<p>Б1.В.ОД.3.2.6 Раздел 6 «Нарушения полового развития и созревания у детей и подростков»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Возрастные особенности применения фармакологических препаратов у детей с эндокринными заболеваниями.2. Особенности инсулинотерапии у новорожденных и детей раннего возраста.3. Особенности применения фармакологических препаратов у детей с заболеваниями щитовидной железы.4. Фармакологические свойства препаратов глюкокортикоидов, показания к применению, критерии эффективности.5. Особенности применения фармакологических препаратов у детей с отставанием в физическом развитии
--	--

11.3 Приложение 3

Методические рекомендации преподавателю по дисциплине

При реализации образовательных технологий компетентностно-деятельностный подход ориентирован на формирование универсальных и профессиональных компетентностей в соответствии с видом профессиональной деятельности врача-детского эндокринолога и предусматривает использование современных образовательных технологий формирования эффективной коммуникативной компетентности ординаторов.

Обучение базируется на андрагогической модели. Семинарские и лекционные занятия имеют целью отработку предметно-методических умений и формирование мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-эндокринолога.

Самостоятельная работа проводится под руководством преподавателей, включает аудиторную и внеаудиторную работу ординаторов. Самостоятельная работа предназначена как для закрепления предметно-методических умений и формирования мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача-детского эндокринолога, так и для реализации возможности личностно-профессионального совершенствования и развития карьерного потенциала.

Предусмотрено постоянное совершенствование организации и методики проведения занятий для формирования соответствующих ФГОС компетенций выпускника, с учетом новых достижений науки и потребностей здравоохранения, возрастающих требований и интенсификации учебно-воспитательного процесса.

В процессе изучения дисциплины принципиальное значение имеет систематический контроль качества обучения, для чего используются различные методы текущего и рубежного контроля теоретических знаний и практических умений ординатора.

Преподавание факультативной дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов» строится в соответствии со следующими принципами:

- принцип модульного и тематического представления профессионально-ориентированного материала;
- принцип технологичности;
- принцип организации самостоятельной работы и формирование рефлексивной культуры через систему творческих методик.

11.4 Приложение 4

Перечень станций объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) для проверки освоения трудовых функций профессионального стандарта при первичной специализированной аккредитации специалистов по специальности «Детская эндокринология»

Проверяемые практические навыки разработаны в соответствии с Проектом профессионального стандарта «Специалист по детской эндокринологии».

Полный перечень станций и паспорта к ним выложены на сайте Методического центра аккредитации специалистов в разделе «ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

(https://fmza.ru/fos_primary_specialized/detscayy ENdokrinoLogiya/)

№ п/п	Название станции	Ситуации	Проверяемые трудовые функции	Симуляционное и вспомогательное оборудование	Расходные материалы
1	Базовая сердечно-легочная реанимация 1 детей от 1 года до 8 лет	Нарушения функции кровообращения, у ребенка от 1 года до 8 лет на амбулаторно-поликлиническом приеме при наличии АНД с детскими электродами.	Оказание медицинской помощи в экстренной форме	Телефонный аппарат (на видном месте, имитация). Напольный коврик. Манекен ребенка 6-8 лет с возможностью регистрации (по завершении) следующих показателей в процентах: 1) глубина компрессий; 2) положение рук при компрессиях; 3) высвобождение рук между компрессиями; 4) частота компрессий; 5) дыхательный объём; 6) скорость вдоха. Учебный автоматический наружный дефибрилятор (АНД)	Кожный антисептик в пульверизаторе 3 спрей-порции (10 мл) Салфетки для высушивания антисептика после его экспозиции 1 шт. Запас батареек (если тренажер предусматривает их использование) 2 шт.
2	Экстренная медицинская помощь ребенку от 1 года до 8 лет	1. Гиповолемический шок (желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК)) 2. Анафилактический шок 3. Гипогликемия 4. Спонтанный пневмоторакс (обструктивный шок) 5. Септический шок (менингококцемия) 6. Бронхообструктивный синдром (БОС) 7. Судорожный синдром	Оказание медицинской помощи в экстренной форме Назначение лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности	Стол рабочий (рабочая поверхность) 1 шт. Стул 2 шт. Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава 1 шт. Устройство для трансляции видео - и аудиозаписей с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции 1 шт. Компьютер, обеспечивающий управление симулятором (при необходимости), с программным обеспечением и с установленными (прописанными) сценариями в соответствии с приложениями 1 и 2 настоящего паспорта 1 шт. Пленки ЭКГ 4 шт. Чек - листы в бумажном виде (на случай возникновения технических неполадок,	Смотровые перчатки нестерильные: размеры S, M, L По 1 паре, Спиртовая салфетка 3 шт., Шприц 2 мл с иглой 0,1- 0,25 мм 2 шт., Шприц 10 мл с иглой 0,25- 0,6 мм 2 шт., Шприц 20 мл с иглой 0,4- 0,8 мм 2 шт. Периферический венозный катетер (ПВК), размеры: 22, 24 G По 1 шт., Вакуумная пробирка для забора крови 2 шт., Аспиратор медицинский 1 шт., Катетер для санации верхних дыхательных путей разных

				<p>при работе в штатном режиме не применяются)</p> <p>По количеству аккредитуемых лиц</p> <p>Шариковая ручка 2 шт.</p> <p>Источник кислорода (имитация) 1 шт.</p> <p>Пульсоксиметр 1 шт.</p> <p>Фонендоскоп 1 шт.</p> <p>Тонометр для измерения артериального давления с манжетами детских размеров (допустима имитация) 1 шт.</p> <p>Дыхательный мешок с резервуаром 1 шт.</p> <p>Электрокардиограф с электродами детских размеров (если дефибриллятор не имеет функции монитора) (допустима имитация) 1 шт.</p> <p>Мануальный дефибриллятор (с возможностью применения ложек для детей) 1 шт.</p> <p>Гель для электродов (имитация) 1 шт.</p> <p>Устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца 1 шт.</p> <p>Фонарик- ручка 1 шт. Бутылка питьевой воды без газа (имитация) 1 шт. Термометр инфракрасный (допустима имитация) 1 шт. Экспресс- анализатор глюкозы (допустима имитация) 1 шт. Штатив для длительных инфузионных вливаний 1 шт.</p> <p>Ингалятор аэрозольный компрессорный (небулайзер) портативный 1 шт. Венозный жгут 1 шт. Контейнер для сбора отходов класса А 1 шт. Контейнер для сбора отходов класса Б 1 шт. Непрокальываемый контейнер для сбора отходов класса Б 1 шт. Укладка Анти- ВИЧ (допустима имитация) 1 шт.</p>	<p>размеров 1 шт.</p> <p>Орофарингеальный воздуховод (№ 2, №3, №4) По 1 шт., Детская кислородная маска с резервуаром 1 шт.</p> <p>Детская лицевая маска для ИВЛ 1 шт., Пластырь для фиксации ПВК 1 шт., Маска медицинская одноразовая 1 шт., Система для внутривенных инфузий 1 шт., Бинт нестерильный 1 шт., Пластиковый одноразовый стаканчик (условно одноразовый) 1 шт., Шпатель в одноразовой упаковке 1 шт.,</p> <p>Лекарственные средства в алфавитном порядке:</p> <p>Амиодарон, концентрат для приготовления раствора для внутривенного введения 50 мг/мл; ампула 3 мл (имитация) 1 амп.</p> <p>Будесонид суспензия для ингаляций 250 мкг, контейнер (имитация) 4 конт.</p> <p>Глюкоза, раствор 10%, флакон 200 мл (имитация) 1 фл.</p> <p>Глюкоза, раствор 40%, ампула 10 мл (имитация) 5 амп.</p>
--	--	--	--	---	---

					<p>Гидрокортизон (лиофилизат), флакон 100 мг (имитация) 1 амп.</p> <p>Диазепам, раствор 5 мг/мл, ампула 2 мл (имитация) 2 амп.</p> <p>Дистиллированная стерильная вода для инъекций, ампула 10 мл 5 амп.</p> <p>Ипратропия бромид, раствор для ингаляций 500 мкг флакон-капельница 20 мл (имитация) или Ипратропия бромид+фенотерол раствор для ингаляций 500 мкг + 250 мкг/1 мл, флакон - капельница 20 мл (имитация) 1 шт.</p> <p>Натрия хлорид, раствор 0,9%, флакон 500 мл (имитация) 1 фл.</p>
3	Сбор жалоб и анамнеза	Мать ребенка с предполагаемой эндокринной патологией	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний эндокринной системы, установления диагноза	<p>Стол рабочий (рабочая поверхность) 1 шт.</p> <p>Стул 2 шт.</p> <p>Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава 1 шт.</p> <p>Устройство для трансляции видео и аудио-записей с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции 1 шт.</p> <p>Чек - листы в бумажном виде (на случай возникновения технических неполадок, при работе в штатном режиме не применяются)</p> <p>По количеству аккредитуемых лиц Шариковая ручка 2 шт.</p>	<p>Форма заключения для самостоятельного заполнения аккредитуемым лицом 1 шт.</p> <p>Лист бумаги для черновых записей аккредитуемого 1 шт.</p> <p>Ручка для записей 1 шт.</p>

				Весы (для кабинета педиатра) 1 шт. Горизонтальный ростомер (для кабинета педиатра) 1 шт.	
4.	Физикальное обследование пациента	Осмотр ребенка 7 лет с различной эндокринной патологией	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний эндокринной системы, установления диагноза	Стол рабочий, Стул, Кушетка, Раковина с однорычажным смесителем, Диспенсер для одноразовых полотенец (допускается имитация), Диспенсер для жидкого мыла (допускается имитация), Настенные часы с секундной стрелкой (допускается имитация), Компьютер с установленной компьютерной программой ВОЗ для оценки физического развития AnthroPlus3, Шариковая ручка, Блокнот для записей с отрывными листами, Ростомер, Весы, Тонмометр для измерения артериального давления с манжетамидетских размеров, Стетофонендоскоп	Спиртовая салфетка, Медицинская карта пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях, Бланк информированного добровольного согласия (заполненный)
5.	Функциональные пробы в детской эндокринологии	1 Стандартный протокол проведения СТГ-стимуляционной пробы с клонидином 2 Стандартный протокол проведения СТГ-стимуляционной пробы с инсулиновой гипогликемией 3 Развитие тяжелой гипогликемии в ходе проведения СТГ-стимуляционной пробы с инсулиновой гипогликемией 4 Развитие артериальной гипотонии в ходе проведения СТГ-стимуляционной пробы с клонидином	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний эндокринной системы, установления диагноза	Стол рабочий (рабочая поверхность) 1 шт. Стул 2 шт. Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе аккредитации специалистов 1 шт. здравоохранения Минздрава России Устройство для трансляции видео - и аудиозаписей с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции 1 шт. Чек-листы в бумажном виде (на случай возникновения технических неполадок, при работе в штатном режиме не применяются) По количеству аккредитуемых лиц 6 Шариковая ручка 2 шт.	Одноразовые перчатки разных размеров 1 пара Антисептическая салфетка 2 шт. Катетер внутривенный, размер G22 (синий) 1 шт. Шприц инсулиновый (100 EU) 1 шт. Шприц объемом 10 мл 2 шт. Шприц объемом 5 мл 7 шт. Шприц объемом 2 мл 1 шт. Пробирка для забора крови (1 пробирка может использоваться во всех точки забора крови на СТГ) 1 шт. Тест-полоски для глюкозы

					<p>кометра (допускается имитация) 1 шт.</p> <p>Ланцет одноразовый (допускается имитация) 1 шт.</p> <p>Гидрокортизон (в виде гидрокортизона сукцината натрия 2 мл - 100мг) (допускается имитация) 1 амп.</p> <p>Глюкоза 40% (10 мл) (допускается имитация) 1 амп.</p> <p>Препарат инсулина короткого действия (допускается имитация), 3 мл 300 МЕ 1 пенфилл</p> <p>Клонидин 0,15 мг 1 табл.</p> <p>Раствор натрия хлорида 0,9% (500 мл) 1 фл.</p> <p>Пеленка медицинская (условно одноразовая) 1 шт.</p> <p>Бланк информированного добровольного согласия пациента 1 шт.</p> <p>Данные из медицинской карты пациента 1 шт.</p>
--	--	--	--	--	---