

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

«УТВЕРЖДАЮ»
директор Института НМФО

_____ Н.И.Свиридова
«27» _____ июня 2024 г.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.

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)

Волгоград, 2024

Разработчики:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода С.В.	Зав. кафедрой внутренних болезней ИНМФО	д.м.н./ профессор	Внутренних болезней Института НМФО
2.	Никифорова Е.М.	Доцент кафедры внутренних болезней ИНМФО	к.м.н./ доцент	Внутренних болезней Института НМФО
3.	Барькина И.Н.	Доцент кафедры внутренних болезней ИНМФО	к.м.н./ доцент	Внутренних болезней Института НМФО
4.	Попова Е.А.	Старший преподаватель кафедры	к.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.17 «Детская эндокринология»

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: заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения РФ, д.м.н., профессор, Болотова Н.В.

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/

Перечень универсальных и общепрофессиональных компетенций выпускников и индикаторы их достижения

Коды компетенций	Название компетенции	Краткое содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	навыки
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
УК-2	способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	основные методы оценки разных способов решения профессиональных задач	разработать концепцию проекта и сформировать план реализации в рамках обозначенной проблемы	навыками разработки плана реализации проекта
УК-3	способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	методологию социальных и трудовых отношений	планировать и корректировать работу команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов	способностью организации дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы команды
УК-4	способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	стили профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками	использовать стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками	способностью анализировать ситуации профессионального взаимодействия с коллегами, пациентами и их родственниками
УК-5	способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	перспективные сферы и направления личной и профессиональной самореализации	эффективно планировать и контролировать собственное время и личностное развитие	приёмами планирования траектории собственного профессионального и личностного развития
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
ОПК-2	способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан	производить оценку качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	навыками работы с основными медико-статистическими программами, используемыми в деятельности врача
ОПК-3	способен осуществлять педагогическую деятельность	цели, принципы, формы, методы обучения и воспитания	отбирать адекватные формы, методы и средства обучения и воспитания	обучение и воспитание в соответствии с государственным образовательным стандартом, учебным планом и программой
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	диагностировать заболевания и патологические состояния в детской эндокринологии и интерпретировать полученные лабораторные и инструментальные результаты	алгоритм диагностики и обследования пациентов с эндокринной патологией у детей

		и инструментальным исследованиям		
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 детям	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	применение 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 том числе 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	оценка 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

**Оценочные средства для проведения аттестации
Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины,
используемой как источник информации для составления оценочных средств**

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>

б) Дополнительная литература:

1. 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>
2. 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>
3. 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>
4. 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>
5. 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>

6. 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>

8. Ерёмичева, Г. Г. Сахарный диабет детей : учебно-методическое пособие / Г. Г. Ерёмичева. — Караганда : КарГМУ, 2010. — 877 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/209474> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.

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 тиреодология - 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.lehmans.de/page/ebookcup	Свободный доступ
http://elibrary.ru	Свободный доступ
http://window.edu.ru/	Свободный доступ

Ссылка на информационный ресурс	Доступность
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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Детская эндокринология»

ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>1. Задачами врача эндокринологического кабинета являются все перечисленные, за исключением (ОПК2)</p> <p>а. вакцинопрофилактики</p> <p>б. консультаций больных эндокринными заболеваниями</p> <p>в. специфической диагностики</p> <p>г. специфической гормонотерапии</p>	а	<p>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</p>
2.	<p>Возможными этиологическими факторами болезни Иценко-Кушинга не является: (ОПК1)</p> <p>а. гормонально-активные опухоли коры надпочечников</p> <p>б. опухоли гипофиза</p> <p>в. травмы черепа</p> <p>г. воспалительные процессы в гипоталамо-гипофизарной области</p>	а	<p>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 :</p>

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
3	<p>2. Первичным в патогенезе клинических симптомов несахарного диабета является: (ОПК4)</p> <p>а. полиурия б. полидипсия в. дегидратация г. желудочно-кишечные расстройства</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
4	<p>б. Опухоли гипофиза можно заподозрить, если обнаруживаются: (ОПК4)</p> <p>а. все ответы правильные б. эрозия костных стенок турецкого седла, головные боли в. сужение полей зрения г. снижение слуха, вызванное сдавливанием слухового нерва</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
5	<p>7. В комплексе лечения церебрально-гипофизарного нанизма используются: (ОПК5)</p> <p>а. гормон роста, тиреоидные препараты, половые гормоны б. тиреоидные препараты, поливитамины в. хорионический гонадотропин, половые гормоны г. половые гормоны, глюкокортикостероиды</p>	б	<p>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</p>
6	<p>8. Церебрально-гипофизарный нанизм необходимо дифференцировать с: (ОПК4)</p> <p>а. все перечисленное б. конституциональной задержкой роста и полового развития в. семейной низкорослостью г. примордиальным нанизмом</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
7	<p>9. Клинические проявления церебрально-гипофизарного нанизма, обусловленные дефицитом гормона роста: (ОПК4)</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>	б	<p>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</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
8	<p>5. В патогенезе клинических проявлений церебрально-гипофизарного нанизма имеет значение дефицит следующих гормонов: (ОПК4)</p> <p>а. тиреотропного гормона, гормона роста, адренкортикотропного гормона</p> <p>б. гормона роста, гонадотропинов</p> <p>в. адренкортикотропного гормона, половых гормонов</p> <p>г. кортикостероидов</p>	а	<p>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</p>
9	<p>3. Клинические проявления акромегалии: (ОПК4)</p> <p>а. все перечисленное</p> <p>б. отеки и гипертрофия мягких тканей</p> <p>в. гипертрофическая артропатия</p> <p>г. прогнатизм</p>	а	<p>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</p>
10	<p>4. Препараты, подавляющие секрецию АКТГ: (ОПК5)</p> <p>а. Бромкриптин. Достинекс</p> <p>б. Мамомит. Бромкриптин</p> <p>в. Достинекс. Ориметен</p> <p>г. Ориметен. Мамомит</p>	а	<p>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 :</p>

		https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Семейный анамнез: Родители здоровы. Рост матери 168 см, отца 184 см. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, активная. Телосложение пропорциональное. 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. Мочеиспускание 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-2,0мкмоль/л, непрямой-7,8 мкмоль/л, АлАТ-0,2 ммоль/л, АсАТ-0,3 ммоль/л, сулемовая</p>	Гипофизарный нанизм.	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>

	<p>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.</p> <p>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 мкМЕ/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.</p> <p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Назначьте лечение. 4. Составьте план диспансеризации. 		
2.	<p>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.</p> <p>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</p>	Конституциональный низмизм	<p>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</p>

	<p>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 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Назначьте лечение. 4. Составьте план диспансеризации. 		
3	<p>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</p>	Синдром Шерешевского-Тернера	<p>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</p>

<p> 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 11-1II и паховые - I размера, единичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, эластичной консистенции, безболезненные. Мышечная система симметрично развита, тонус и сила мышц достаточны. 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. Психоориентация женская. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр 4,8 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-57, л-34, м-4, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/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, деференцировка 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 и шиловидный отросток локтевой кости). ЭКГ: Синусовый ритм. Вертикальное положение ЭОС. </p>		
--	--	--

	<p>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.</p> <p>Кариотип: 45,ХО.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Возможности терапии. 4. Составьте план диспансеризации. 		
4	<p>Девочка 15 лет. Жалобы: на низкий рост. Анамнез заболевания: девочка отстает в росте от сверстников с раннего возраста, рост в 1 год - 68 см, на втором и третьем годах прибавка роста 5-6 см, после 4 лет - 3-4 см в год. Пубертат наступил вовремя.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды в срок, масса при рождении 3300 г, рост 52 см. Перенесенные заболевания: в 6 месяцев эпидемический паротит. Привита по возрасту. Наследственный анамнез: родители, родственники здоровы. Родители низкого роста: мать 128 см, отец 132 см. Объективный статус: состояние удовлетворительное. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные. Периферические лимфоузлы 1-2 размера, эластичные, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. ЧД 19/мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧСС 82/мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул оформленный, 1 раз/сут. Мочеиспускание не нарушено. Половые органы сформированы по женскому типу. Ма 3, Р 3, Ах 2, Ме 3. Антропометрические данные: рост 120 см, вес 24 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр 4,8 x 10¹²/л, Нь 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/л. Общий анализ мочи: уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпит.плоский ед. в п.з. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, К А/Г=1,2, остаточный азот 19,0 ммоль/л, мочевины 4,5 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,9 ммоль/л.</p>	Низкорослость семейная.	<p>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</p>

	<p>Кальций общий 2,7 ммоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л. Уровень гормонов крови: ТТГ - 2,9 мкМЕ/л, Т₄ - 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ - 4,6 нмоль/л (N 4-7,4), ФСТГ 3,2 МЕ/л (N 1,0-7,4), ЛГ 6,7 мМЕ/л (N 0,2-9,1). Клофелинова проба: до - СТГ 7,1 нг/мл, после - 13,6 нг/мл.</p> <p>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.</p> <p>Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло стандартных размеров.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Возможности терапии. 4. Составьте план реабилитации. 		
5	<p>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 патологии. 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. Печень, 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 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/л. Общий</p>	<p>Гигантизм (доброкачественная ацидофильная аденома) гипопфиза</p>	<p>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</p>

	<p>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. <p>Составьте план диспансеризации.</p>		
--	---	--	--

ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Для болезни Иценко-Кушинга не характерно увеличение секреции: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> а. катехоламинов б. кортикотропина в. глюкокортикоидов г. андрогенов 	а	<p>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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
2.	Обменные нарушения, характерные для болезни Иценко-Кушинга: (ОПК4) а. все ответы верны б. ожирение в. снижение толерантности к углеводам повышенный катаболизм белков	а	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
3	10. К аутоиммунному типу сахарного диабета относится: (ОПК1) а. сахарный диабет 1 типа б. сахарный диабет 2 типа в. тип MODY г. гестационный диабет	а, б, в, г, д, е	Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
4	Предпочтительными режимами инсулинотерапии у детей и подростков являются: (ОПК5) а. базисно-болюсный режим: инсулин короткого действия перед основными приемами пищи на фоне 2 инъекций инсулина продленного действия б. 1 инъекция в день инсулинов короткого и пролонгированного действия в. 2 инъекции в день инсулина короткого действия и 2 инъекции инсулина продленного действия г. 3-4 инъекции инсулина пролонгированного действия	а	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
5	К метаболическим маркерам гипогликемии относится: (ОПК4) а. низкое содержание сахара в крови б. высокое содержание сахара в крови в. повышение концентрации в крови кетоновых тел г. положительная реакция мочи на ацетон	а	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
6	<p>Нагрузка глюкозой при проведении стандартного глюкозотолерантного теста дается из расчета (г/кг): (ОПК4)</p> <p>а. 1,75 б. 0,5 в. 1,5 г. 2,75</p>	а	<p>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</p>
7	<p>Посталиментарная гликемия указывает на сахарный диабет при значениях (ммоль/л): (ОПК4)</p> <p>а. > 11,1 б. > 9,9 в. > 12,0 г. > 9,6</p>	а	<p>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</p>
8	<p>Гликемия натощак определяется как "диабетическая" при уровне глюкозы в капиллярной цельной крови (ммоль/л): (ОПК4)</p> <p>а. > 7,2 б. > 6,7 в. > 8,6 г. > 9,0</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
9	<p>К наиболее вероятному экзогенному фактору, провоцирующему сахарный диабет 2 типа относится: (ОПК1)</p> <p>а. ожирение б. эмоциональный стресс в. панкреатит г. нейроинфекции</p>	а	<p>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:</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450833.html
10	<p>К независимым факторам риска сахарного диабета относится: (ОПК1)</p> <p>а. генетический фактор</p> <p>б. алиментарный фактор</p> <p>в. травматический фактор</p> <p>г. чрезмерные физические нагрузки</p>	а	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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 ферюльс. 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. 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. 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: Нв -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.</p>	Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный с кетоацидозом	<p>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</p>

	<p>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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз 2. Составьте план обследования 3. Укажите основные принципы лечения 		
2.	<p>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 тремор, мышечная гипотония, гипергидроз, холодные конечности, тахикардия до 134 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Гипогликемия 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. 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,</p>	Гипогликемический синдром	<p>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</p>

	<p>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 пмоль/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 		
3	<p>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 	Сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, фаза декомпенсации с кетоацидозом	<p>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.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
4	<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, быстрая утомляемость, увеличение щитовидной железы. Осенью обратилась в ОДКБ и была госпитализирована для обследования.</p> <p>Анамнез жизни: ранний анамнез не известен. Росла и развивалась</p>	Диффузный токсический зоб 3 степени, тяжелое течение	<p>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 :</p>

<p>соответственно возрасту. В школу пошла с 7 лет, учится 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 натощак, сахарная кривая: сахар крови натощак 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,</p>		<p>https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
--	--	--

	<p>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. 		
5	<p>Девочка 15 лет, пришла на прием в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, головные боли, 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: Ma2,P2,Ax2, 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).</p> <p>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. 	Эндемичный зоб	<p>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</p>

	4. Составьте план диспансеризации.		
--	------------------------------------	--	--

ОПК-3 Способен осуществлять педагогическую деятельность

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>На 1 году диабета потребность в инсулине (ед/кгм.т./сут) у детей чаще составляет: (ОПК5)</p> <p>а. 0,3-0,5 б. более 1 в. 0,6-0,8 г. 0,8-1,0</p>	а	<p>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</p>
2.	<p>Ребенок 3-х лет рос и развивался нормально. Изредка болел ОРВИ. Неделю назад без видимой причины появились жажда, полиурия, энурез. Родители отмечают у ребенка хороший аппетит - при том, что он похудел. Для уточнения диагноза необходимо провести исследование: (ОПК4)</p> <p>а. сахар крови б. проба Зимницкого в. исследование креатинина крови г. консультация невропатолога</p>	а	<p>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</p>
3	<p>При лечении диабетической кетоацидотической комы - инсулин следует вводить: (ОПК5)</p> <p>а. в/в капельно б. п/к в. в/в струйно г. в/м</p>	а	<p>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</p>
4	<p>Диабетическая кетоацидотическая кома развивается: (ОПК1)</p> <p>а. постепенно в течение нескольких</p>	а	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И.</p>

	<p>дней</p> <p>б. внезапно</p> <p>в. в течение 1-2 часов</p> <p>г. в ночные часы</p>		<p>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</p>
5	<p>Основная причина развития диабетической кетоацидотической комы: (ОПК1)</p> <p>а. дефицит инсулина</p> <p>б. избыток инсулина</p> <p>в. дефицит глюкагона</p> <p>г. дефицит глюкокортикоидов</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
6	<p>Какие из перечисленных продуктов Вы не рекомендуете включать в рацион питания ребенка с сахарным диабетом: (ОПК5)</p> <p>а. виноград, инжир, хурма</p> <p>б. грибы</p> <p>в. сметана, сливки, сыры, масло сливочное</p> <p>г. хлеб</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
7	<p>Исключение каких продуктов позволит ограничить жиры в питании ребенка, находящегося в состоянии кетоза: (ОПК5)</p> <p>а. корейка, грудинка</p> <p>б. отварная рыба</p> <p>в. белые сорта сыра</p> <p>г. обезжиренный творог</p>	а	<p>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</p>
8	<p>Какие рекомендации по питанию Вы дадите больному сахарным диабетом на случай кетоацидотического состояния? (ОПК5)</p> <p>а. расширить диету за счет легкоусвояемых ув-содержащих продуктов</p>	а	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва :</p>

	<p>б. ограничить растительную клетчатку</p> <p>в. ограничить питье</p> <p>г. расширить диету за счет белковых продуктов</p>		<p>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</p>
9	<p>Противопоказания к занятиям в спортивной секции при сахарном диабете: (ОПК5)</p> <p>а. гликемия перед спортивным занятием выше 14 ммоль/л</p> <p>б. гликемия натощак менее 12 ммоль/л</p> <p>в. склонность к кетоацидозу</p> <p>г. содержание холестерина в крови выше 5,2 ммоль/л</p>	а	<p>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</p>
10	<p>Ребенок 10 лет, у которого диабет был выявлен 3 года назад, получает 3 инъекции инсулина короткого действия перед каждым приемом пищи и 2 инъекции инсулина пролонгированного действия перед завтраком и перед сном. 3 дня тому назад выявлено ОРЗ, протекающее с гипертермией и острыми катаральными явлениями. Появились жажда в течение всего дня, выявлены повышенные показатели гликемии, положительная реакция мочи на ацетон. Показанием для госпитализации данного пациента может быть: (ОПК4)</p> <p>а. ухудшение самочувствия, стойкая ацетонурия</p> <p>б. выраженные катаральные явления</p> <p>в. температура тела 38,3 °</p> <p>г. сниженный аппетит</p>	а	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Анамнез жизни: Росла и</p>	<p>Диффузный токсический зоб 2 степени, легкое течение</p>	<p>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]. -</p>

	<p>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 37,1⁰ 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 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. 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>URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
2.	<p>Мальчик 7 лет, вес 32 кг, обратился с жалобами на слабость, нарастающую к вечеру, быструю утомляемость, фебрильную температуру 38,2⁰ С, держащуюся постоянно, чувство неловкости и давления в области шеи. Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет простудными заболеваниями, последняя за 2 недели до</p>	<p>Острый тиреодит</p>	<p>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 :</p>

	<p>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 мягкийю безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Стул через день. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр.3,2 x 10¹²/л, Нб 122 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. 11,3 x 10⁹/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>электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
3	<p>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 4,05Т/л, Цв. П. 0,82, L 6,8 x10³ 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, K</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников: вирильная форма</p>	<p>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</p>

	<p>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 		
4	<p>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, сольтерьющей 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. Мочиспускание 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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз 2. Составьте план обследования 3. Укажите основные принципы лечения 	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников, смешанная форма (вирильная, сольтерьющая), средней степени тяжести</p>	<p>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</p>
5	<p>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 -</p>	<p>Хроническая надпочечниковая</p>	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с.</p>

	<p>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.</p> <p>Данные обследования:</p> <p>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.</p> <p>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)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставить диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Лечебная тактика. 		<p>- ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
--	--	--	--

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5)</p> <ol style="list-style-type: none"> а. 14 б. 17 в. 8 г. 24 	а	<p>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</p>
	В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4)	а	Дедов, И. И. Справочник детского

2.	<ul style="list-style-type: none"> а. гиперосмолярность сыворотки крови б. накопление молочной кислоты в. гиперкалиемия г. накопление кислых кетоновых тел 		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
3	<p>Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. коллоидный б. трабекулярный в. аутоиммунный г. фолликулярный 	а	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
4	<p>Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1)</p> <ul 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 г. утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см 	а	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
5	<p>Основной источник йода для человека: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. морские продукты б. поваренная соль в. молочные продукты г. растительная пища 	а	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
	В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1)	а	Дедов, И. И. Справочник детского

6	<p>а. избыток тиреотропного гормона</p> <p>б. иммунодефицит</p> <p>в. тиреостимулирующие антитела</p> <p>г. избыток селена в продуктах питания</p>		<p>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</p>
7	<p>Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4)</p> <p>а. поражения цнс различной степени выраженности</p> <p>б. сахарный диабет новорожденного</p> <p>в. пороки развития плода задержка полового развития</p>	а	<p>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</p>
8	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4)</p> <p>а. 1,5</p> <p>б. 5,5</p> <p>в. 3,3</p> <p>г. 2,7</p>	а	<p>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</p>
9	<p>К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1)</p> <p>а. повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности</p> <p>б. снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности</p> <p>в. снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности</p> <p>г. потребность в инсулине во время беременности не изменяется</p>	а	<p>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</p>
10	<p>При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10)</p> <p>а. гипотоническому раствору хлорида</p>	а	<p>Эндокринология : национальное руководство / под ред. Дедова И. И., Мельниченко Г. А. - 2-</p>

	натрия б. 4 % раствору гидрокарбоната натрия в. 5 % раствору глюкозы изотоническому раствору хлорида натрия		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
--	--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 4 года. Из анамнеза: на фоне назофарингита повысилась температура до 39,7⁰С, 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. Мочевыделение 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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Лечение. 	Надпочечниковый криз	<p>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</p>
2.	<p>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:</p>	Ожирение экзогенно-конституционального генеза	<p>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</p>

<p>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 в семье 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.</p> <p>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: кнаружи 90 град., кнутри-65, кверху-50, книзу-</p>		<p>ry.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
--	--	--

	<p>70. Рентгенография черепа: форма черепа округлая, турецкое седло не изменено.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Лечебная тактика. 4. Составьте план диспансеризации. 		
3	<p>Мальчик 6 лет. Поступил с жалобами на избыточный вес, отставание в росте и развитии. Анамнез болезни: рос с избытком массы с первого года жизни, в росте отстает от сверстников, отстает в умственном развитии. Наблюдался и лечился неврологом с года. Анамнез жизни: Ребенок от 2й беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды срочные, самостоятельные, без патологии. Вес при рождении 3800 г, рост 50 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Вскармливание искусственное с 2-х недель жизни. Неонатальная желтуха до 2 месяцев жизни. Голову ребенок стал держать только в 5 месяцев, сидеть к году, а ходить с 2-х лет. К году вес 8500 г, рост 65 см. Первые зубы появились в 2 года. Перенесенные заболевания: не частые ОРВИ, затяжная неонатальная желтуха, дефицитная анемия с первого года. Семейный анамнез: Родители здоровы. Патологии роста и неврологических заболеваний в семье нет. Туберкулеза и венерических заболеваний у родственников нет. Статус при поступлении: Состояние ребенка средней тяжести, обусловленное неврологической симптоматикой. В сознании, вялый, малоподвижен. ЧМН: норма. Мышечный тонус диффузно умеренно снижен. Сухожильные рефлексы D=S, незначительно угнетены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Телосложение гиперстеническое, с сохранением инфантильных пропорций. Отложение жировой ткани равномерное. Стрий нет. Вес 19 кг, рост 100 см. Кожные покровы чистые, субиктеричные, сухие, холодные на ощупь. Выражена отечность лица. Волосы сухие, ломкие, тусклые. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые. Костная система: короткие конечности. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, короткий систолический шум на верхушке и в 5 точке, не проводится за пределы сердца, ЧСС 62 в минуту. Живот гипотоничный, мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Край печени выступает из-под края реберной дуги на 2</p>	Ожирение тиреогенного генеза.	<p>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</p>

	<p>см., селезенка не пальпируется. Стул: стойкие запоры. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр.3,2 x 10¹²/л, Нб 82 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. 7,3 x 10⁹/л, э.-0%,п/я.-4%, с/я-48%, л.-42%, м.-6%. СОЭ-12 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- 122 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т₃ свободная фракция - 2,2 нмоль/л (N 4-7,4 нмоль/л), Т₄ свободная фракция - 5,6 нмоль/л (N 10-26 нмоль/л). Кровь на сахар: гликемия натощак 2,6 ммоль/л, через 2 часа после еды 3,5 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: УЗ-признаки гипоплазии щитовидной железы. ЭКГ: Синусовая брадикардия. Снижение вольтажа зубцов. Дистрофические изменения миокарда. ЭхоКГ: органической патологии не выявлено. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: Имеются ядра окостенения головчатой и крючковидной костей, дистальный эпифиз лучевой кости, эпифизы основных, средних и концевых фаланг и пястных костей.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. 3. Лечебная тактика. 4. Составьте план диспансеризации. 		
4	<p>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 синеватых стрий длиной 5-7 см., явления</p>	Синдром Иценко-Кушинга (кортекостерома).	<p>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</p>

<p>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 жировотложения, 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 x 10¹²/л, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. 9,0 x 10⁹/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 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. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: костный возраст соответствует 12 г. УЗИ органов брюшной полости: почки размером 9,3 х 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 		
--	--	--

	<p>диагноз.</p> <p>3. Лечебная тактика.</p> <p>4. Составьте план диспансеризации.</p>		
5	<p>Мальчик 8 лет. Жалобы: на избыточную массу тела, отставание в психическом развитии. Анамнез болезни: имеет повышенную массу тела с первого года жизни, масса постепенно нарастает. Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с гестозом в первой половине. Роды в срок, масса 3600г, длина 55 см. Начал сидеть в 6 мес, ходить к году. Отставание в умственном развитии было замечено к 1,5 годам. Наблюдается у невролога. Получал ноопропил, кавинтон, фезам. Привит. Детскими инфекционными болезнями не болел, травм и операций не было. Наследственный анамнез: родственники не страдают избытком массы тела. Туберкулеза, венерических заболеваний в семье нет. Объективный статус: сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно. Легко отвлекается. Словарный запас маленький. Доброжелателен. Подвержен резким сменам настроения. Телосложение гиперстеническое. Отложение жирового слоя равномерное. Рост 123 см, масса 38 кг. Нарушение осанки, сутулость. Мышечная масса развита слабо. Кожные покровы чистые, мраморные. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум с максимальной точкой звучания во 2-3 межреберье слева у грудины, ЧСС 86/минуту. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, увеличен в размере за счет избыточного жировотложения, безболезненный. Край печени не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул: склонность к запорам. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ крови: эр.4,5 x 10¹²/л, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, баз. 0%, эоз. 0%, п/яд. 8%, с/яд. 65%, лимф.19%, мон. 8%, СОЭ 4 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 300,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1018, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 0-1 в п/зр., эп.пл.0-1 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 1. Биохимический анализ крови: общий белок- 75 г/л, билирубин общий- 9,1 мкмоль/л, холестерин - 7,1 ммоль/л, тимоловая проба 4 ЕД, сулемовая проба 1,8 мл, АлАТ-0,47 ммоль/л, АсАТ-0,48 ммоль/л, остаточный азот-19 ммоль/л, мочевины- 6,5 ммоль/л, креатинин- 44,25 мкмоль/л, К-4,3 ммоль/л, Na-138 ммоль/л. Пероральный</p>	Синдром Барде-Бидля	<p>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</p>

	<p>глюкозотолерантный тест: 4,5 ммоль/л -7,7 ммоль/л. Уровень гормонов крови: СТГ- 4,2 нг/мл (N до 10), ТТГ 3,2 мкМЕ/л (N 0,7-4,5), свободные фракции Т₄ 15 нмоль/ (N 10-26), Т₃ 5,5 пмоль/ (N 4,0-7,4), ЛГ 1,3 мМЕ/л (N 0,04-3,6), ФСГ 2,1 МЕ/л (N 0,3-4,6). Анализ мочи на кетоновые тела: отрицательно. Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло не изменено. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: костный возраст соответствует 7-8 годам. Окулист: при офтальмоскопии - отложение пигмента на периферии сетчатки и в области соска зрительного нерва. DS: Пигментная дегенерация сетчатки.</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. 		
--	---	--	--

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

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Суточная потребность 5-летнего ребенка в йоде составляет: (ОПК5)</p> <ol style="list-style-type: none"> а. 90 мкг б. 50 мкг в. 1 мг г. 150 мкг 	а	<p>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</p>
2.	<p>В лечении эндемического зоба используются: (ОПК5)</p> <ol style="list-style-type: none"> а. Левотироксин б. йодированная поваренная соль в. глюкокортикоиды г. Мерказолил 	а	<p>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]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
3	<p>Для дифференциальной диагностики первичного и вторичного гипотиреоза нужно знать: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. уровень свободного тироксина и тиреотропного гормона в сыворотке крови б. уровень холестерина крови в. время ахиллового рефлекса г. функцию щитовидной железы на автономность 	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
4	<p>Критерием адекватности заместительной терапии гипотиреоза не является: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. тахикардия б. соответствие физического развития возрасту ребенка в. соответствие костного возраста паспортному г. нормальное умственное развитие 	а	<p>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</p>
5	<p>Клинические особенности вторичного врожденного гипотиреоза: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. нет задержки умственного развития б. нет задержки роста в. нет задержки костного возраста г. нет нарушения деятельности внутренних органов и систем 	а	<p>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</p>
6	<p>Основной причиной транзиторной формы врожденного первичного гипотиреоза чаще всего служит: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. пренатальный дефицит йода б. агенезия щитовидной железы в. дефицит тиреотропного гормона г. нарушение чувствительности тканей к тиреоидным гормонам 	а	<p>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</p>

			3501228.html
7	<p>Причиной первичного врожденного гипотиреоза не является: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. дефицит тиреотропного гормона б. дисгенезия щитовидной железы в. дисгормоногенез г. внутриутробный избыток йода 	а	<p>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</p>
8	<p>Аутоиммунный тиреоидит детей и подростков в большинстве случаев характеризуется: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. развитием диффузного зоба б. преобладанием в подростковом возрасте у юношей в. спонтанной ремиссией после завершения пубертата г. выраженным снижением интеллекта 	а	<p>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</p>
9	<p>Показания к хирургическому лечению эндемического зоба: (ОПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. смещение/сдавление органов шеи б. наличие антителоносительства в. семейный анамнез по узловым патологиям щитовидной железы г. пальпируемый узел размером до 1 см 	а	<p>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</p>
10	<p>Особенности клинических проявлений диффузного токсического зоба у детей: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. преобладание нарушений в нервно-психической сфере б. изолированные нарушения сердечного ритма в. частое сочетание с аутоиммунной орбитопатией г. преобладание узловых форм зоба 	а	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 2-е сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, угрозы прерывания в 12 недель, на фоне внутриутробной гипоксии, роды срочные с обвитием пуповины. При рождении масса 2850г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: реакция на осмотр умеренно снижена. Двигательная активность снижена. Крик слабый, незмоциональный. Голова долихоцефалической формы. Большой родничок 2x2см, на уровне костных краев. Голова отстает от туловища при тракции за руки. Глазной симптоматики нет. Диффузная умеренная мышечная гипотония. Рефлексы Бабкина снижен, хватательный ±, Робинсона -, рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижены, быстро угасают. Судорог при осмотре нет. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой снижен, истончен. Терморегуляция неустойчивая. Слизистые бледно-розового цвета. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно с обеих сторон. ЧСС 130/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При обследовании: общий анализ крови Лейк. $8,0 \times 10^9$/л, Эр. $6,18 \times 10^{12}$/л, Hb-207 г/л, э-2%, п/я-6, с/я-50, л-36, м-6, СОЭ 2 мм/ч. Электролиты крови К 6,4 ммоль/л, Na 124 ммоль/л. ЭКГ: удлиннен интервал PQ, зубец T высокий, заостренный. УЗИ органов брюшной полости - признаки кровоизлияния в оба надпочечника.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз. 2. Необходимые дополнительные обследования. 3. Дифференциальный диагноз. 4. Лечение. 	Острая надпочечниковая недостаточность	<p>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</p>
2.	<p>Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 1 родов, протекавших без патологии. Роды в срок. При рождении масса тела 3650 гр., длина 53 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. Рост в 1 год 77 см, в 2 года 92 см. За</p>	Идеопатическое истинное преждевременное половое развитие	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-4235-</p>

<p>последние 6 месяцев выросла на 6 см. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Привита по возрасту. Семейный анамнез: эндокринной патологии в семье не выявлено. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Молочные железы несколько выдаются, околососковый кружок вместе с соском образуют конус, плотно-эластичной консистенции, безболезненные пальпаторно. Периферические лимфатические узлы 1 и 2-го размера, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В лёгких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны ритмичные, отчетливые. ЧСС 115/минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный. Мочеиспускание не нарушено. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Антропометрия: рост 98 см, вес 17,5 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,6 \times 10^{12}$ /л, Нб 118 г/л, цп 0,9, 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 150,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1019, 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.</p> <p>Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 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%. Анализ кала на яйца гельминтов - не обнаружены.</p> <p>Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т₄ 10 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 5 нмоль/л (N 4-7,4), эстрадиол 56 пг/мл (N < 15), ЛГ 4,1 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 7,1 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Проба с гонадолиберином: усиление секреции ЛГ в 8 раз (N для препубертатного периода 2-4). Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: «костный возраст» соответствует 5 годам. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме.</p>	<p>0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
---	--

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. План дополнительного обследования. 3. Лечебная тактика. 		
3	<p>Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.</p> <p>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 3200 г, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Семейный анамнез: у отца вторичные половые признаки появились к 15-ти годам. Родители среднего роста. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.</p> <p>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 не выступает из-под края рёберной дуги. 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 $4,8 \times 10^{12}/л$, 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 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 сыворотке крови: 0,7 нмоль/л (N 0,7-2,43 к 13 годам). После пробы с ХГ - уровень 1,4 нмоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 0,09 мМЕ/м (N 0,26-48), ФСГ - 0,4 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 5,1 нг/мл. Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Проведите 	Конституциональная задержка роста и пубертата	<p>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</p>

	<p>дифференциальный диагноз.</p> <p>3. Назначьте лечение.</p> <p>4. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>Девочка 2 месяца. Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе. Анамнез заболевания: с рождения, определяется неправильное строение наружных половых органов. Девочка часто срыгивала, со 2-й недели небольшая рвота, аппетит снижен. Общая прибавка в массе за 2 месяца 250 гр. Периодически возникает жидкий стул до 5-6 раз в сутки.</p> <p>Анамнез жизни: от 1-й беременности на фоне токсикоза первой половины, с нефропатией. Роды в срок, вес при рождении 3200 гр., закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, докармливалась сцеженным молоком. Часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 гр. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В участились срыгивания и рвота. Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца - почечно-каменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 месяц при явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.</p> <p>Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36⁰С. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Масса 3450 гр., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0x1,5см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно ясный легочный звук, число дыханий 38 в мин. Границы сердечной тупости несколько расширены влево. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 132 в мин. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца, короткий, за пределы сердца не проводится. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех областях. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника активная. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Моча светлая. Наружные половые органы гермафродитного типа - пенисообразный</p>	<p>Врожденная гиперплазия коры надпочечников (АГС), сольтерьяющая форма</p>	<p>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</p>

	<p>клитор с головкой и крайней плотью. Большие половые губы мошонкообразные, яички не пальпируются. Неврологический статус: патологических рефлексов нет, физиологические рефлексы резко снижены, сосание и глотание не нарушены. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, Нб 119 г/л, цп 0,87, лейкоц. $10,0 \times 10^9/л$, э-5%, п/я-4%, с/я-23%, л-60%, м-8%, СОЭ 6 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок- нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., цилиндр-нет. Биохимические показатели крови: глюкоза натощак 3,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,0 ммоль/л, холестерин 1,7 ммоль/л (N 1,56-2,99), билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-2,5ммоль/л, непрямой-10,0 ммоль/л, АлАТ-0,41 ммоль/л, АсАТ-0,5 ммоль/л, сулемовая проба 1,6мл, тимоловая-2,0 ед, К-5,9 ммоль/л (N 4,1-5,7), На-125 ммоль/л (N 133-142), С1 - 90 ммоль/л(N 95-110). Уровень гормонов крови: андростендион - 6,4 нмоль/л (N 0,2-2,4), 17-ОПГ (17-гидроксипрогестерон) 4,5 нмоль/л (N 0,1-2,7).Суточная экскреция с мочей: 17-ОКС-0,7 мг/сут (N 0,5-1,0), уровень альдостерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67), 17-КС - 5,1 мг/сут (N до 2), Проба с преднизолоном: 17-КС в моче до пробы-5,1 мг/сут, после пробы 2,3 мг/сут.Половой хроматин в буккальном мазке: 30% хроматинположительных ядер.Рентгенография кисти, лучезапястных суставов: произошло окостенение головчатой, крючковидной костей.Рентгенография черепа в 2-х проекциях: турецкое седло не изменено. Швы, малый родничок закрыты. Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений без патологии.Пневмосупраренография: умеренная гиперплазия обоих надпочечников.Кариотип: 46,XX.</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. 5. Прогноз. 		
5	<p>Мальчик 17 лет. При осмотре рост 195 см, масса 95. Телосложение евнухоидное. Непропорционально длинные конечности, узкая грудная клетка. Мускулатура развита слабо. Отложение жира по женскому типу. Гинекомастия. Скудное оволосение лица, подмышечных впадин. Соматический статус без особенностей. Половые органы сформированы по мужскому типу. Половой</p>	Синдром Клайнфельтера	<p>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</p>

	<p>член небольшой, дряблый. Яички небольшие, плотные, безболезненные. При обследовании: уровень глюкозы натощак 6,2 ммоль/л, кариотип 47,XXY.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие исследования требуется провести для уточнения диагноза? 3. Назначьте лечение. 		<p>"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
--	--	--	---

ОПК-6 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

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Тяжесть течения диффузного токсического зоба у детей определяется: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> а. выраженностью клинических синдромов б. размерами щитовидной железы в. уровнем тиреотропного гормона в крови г. возрастом больного 	а	<p>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</p>
2.	<p>При ожирении I степени избыток массы тела составляет: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> а. 10 %-29 % б. 30 %-49 % в. >50 % г. <10 % 	а	<p>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</p>
3	<p>Больной с ожирением не нуждается в консультации: (ОПК2)</p> <ol style="list-style-type: none"> а. хирурга б. окулиста в. гинеколога г. отоларинголога 	а	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 256 с. - ISBN 978-5-</p>

			9704-6514-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
4	<p>К метаболическим нарушениям, не характерным для больных ожирением относятся: (ОПК4)</p> <p>а. повышенная утилизация неэстерифицированных жирных кислот</p> <p>б. повышение липосинтеза</p> <p>в. гиперинсулинизм</p> <p>г. снижение процессов липолиза</p>	а	<p>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</p>
5	<p>Ожирение не является фактором риска развития: (ОПК1)</p> <p>а. Сахарного диабета и гипертонической болезни</p> <p>б. Тиреотоксикоза</p> <p>в. Гипотонии</p> <p>г. Желчно-каменной болезни</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
6	<p>Ожирение часто наблюдается при следующих эндокринопатиях: (ОПК4)</p> <p>а. все перечисленное</p> <p>б. болезни Иценко-Кушинга</p> <p>в. Гипогонадизме</p> <p>г. Гипотиреозе</p>	а	<p>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</p>
7	<p>В развитии экзогенно-конституционального ожирения имеют значение: (ОПК1)</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>	а	<p>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</p>

			"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
8	Индекс массы тела определяется как: (ОПК4) а. масса тела (кг)/рост ² (м) б. масса тела (кг)/площадь поверхности тела (м ²) в. масса тела (кг)/рост (м) г. масса тела (кг) - рост (см)	а	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
9	При ожирении III степени избыток массы тела составляет: (ОПК4) а. 50 %-99 % б. 10 %-29 % в. >35 % г. >100 %	а	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
10	При ожирении II степени избыток массы тела составляет: (ОПК4) а. 30 %-49 % б. >50 % в. >60 % г. 10 %-29 %	а	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Девочка К, 3 недели. Поступила в стационар с диагнозом: затянувшаяся желтуха у доношенного ребенка. Мать Rh-	Врожденный первичный	Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И.

	<p>положительная? группа крови матери II(A), ребенка- I(0). Непрямой билирубин ребенка при поступлении-80 мкмоль/л, анемии и ретикулоцитоза нет. На осмотре: вялость, расхождение прямых мышц живота, большой живот. Печень увеличена на 3,5 см. Нос седловидный, широкое расстояние между глазами, короткие толстые пальцы, язык не помещается во рту. Голос грубый, осиплый. Череп больших размеров, роднички открыты. Отмечается брадикардия.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите факторы риска, патогенез заболевания. 2. Какие ведущие клинические симптомы при осмотре ребенка. 3. Обоснуйте предварительный диагноз. 4. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить. 5. Назначьте лечение. 6. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара. 		<p>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</p>
2.	<p>Мальчик Т. Был извлечен на 39-40 неделе беременности путем операции кесарева сечения. Предпринятой без родовой деятельности в связи с рубцом на матке у женщины, страдающей ожирением и гестационным сахарным диабетом с 28 неделе беременности. Беременность вторая, протекала с умеренным повышением АД с 31-32 недели, отмечались отеки, белок в моче, многоводие. Масса тела ребенка 4000 г, рост 51 см. оценка по шкале Апгар 8 баллов. При осмотре отмечались: диспропорциональное телосложение, яркая окраска кожных покровов, периферический цианоз, пастозность, выраженное лануго. Через час у ребенка отмечено снижение мышечного тонуса, физиологических рефлексов, появление тремора конечностей, повышенная возбудимость, приглушенность сердечных тонов, одышка до 70 в минуту. Живот округлой формы, печень +3,0 см из-под реберного края.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите факторы риска, патогенез заболевания. 2. Какие ведущие клинические симптомы при осмотре ребенка. 3. Обоснуйте предварительный диагноз. 4. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить. 5. Назначьте лечение. 6. Диспансерное наблюдение после выписки из 	<p>Синдром новорожденного от матери с гестационным диабетом</p>	<p>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</p>

	стационара.		
3	<p>При патронаже 2-недельного ребёнка мама жалуется на наличие у него запора, желтухи, вялости и сонливости. Из анамнеза известно: ребёнок родился от матери 30 лет, от 2 беременности, 1 родов, 1 беременность - искусственный аборт, на учете с 10 недель. На 8-й неделе беременности мать болела гриппом. Роды срочные в 41 неделю. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов, состояние при рождении средней тяжести. Масса тела ребенка при рождении 4000 г, длина 55 см.</p> <p>При осмотре: двигательная активность снижена, ребенок вялый, голова округлая, малый родничок 0,5×0,5 см, большой 2,5×3 см, тургор тканей повышен, легкая желтушность, отмечается отечность лица и туловища, вздутый живот, умеренная брадикардия у спящего ребёнка. Результаты неонатального скрининга, проведенного в роддоме: ТТГ - 30 мМЕ/л, Т4 - 70 нмоль/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз данному ребенку. 2. Опишите патогенез данного состояния. 3. Укажите диагностические критерии. 4. Назначьте лечение. Определите прогноз. <p>Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.</p>	Врожденный гипотиреоз	<p>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</p>
4	<p>Новорожденная Д. от матери, страдающей сахарным диабетом 1 типа. Родилась без асфиксии, масса при рождении- 4200 г. При осмотре отмечались: диспропорциональное телосложение, периферический цианоз, пастозность, лануго. Периодический тремор конечностей, снижение двигательного-рефлекторной возбудимости. Аускультивно сердечные тоны приглушены, ритмичные, чсс-130 в минуту. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, чд-50 в минуту. Живот округлой формы, печень +3,0 см из-под реберного края. Стул-меконий.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обоснуйте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить. 3. Каких нарушений в углеводном обмене можно ожидать у данного ребенка? 4. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара. 	Синдром новорожденного от матери, страдающей диабетом	<p>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</p>
		Врожденная дисфункция	Детская

5	<p>Мальчик, 14 дней, от 5-й беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась рождением здорового ребенка, вторая и третья беременности – мед. абортами, четвертая - выкидышем в 10 недель. Настоящая беременность протекала с ранним гестозом, во втором триместре беременности мать лечилась в стационаре по поводу угрозы выкидыша. Роды с родостимуляцией. Ребенок закричал сразу, масса тела при рождении 4150,0 г, длина 52 см, к груди приложен на 3 сутки. Сосал удовлетворительно, но обильно срыгивал. Масса тела на 7-й день жизни 3850,0. Ребенок был переведен в стационар на 12-й день жизни при явлениях нарастания эксикоза и токсикоза. При поступлении масса тела 3030,0 г. Состояние ребенка тяжелое, крик слабый. Подкожно-жировой слой отсутствует, кожа сухая, морщинистая. Страдальческое выражение лица. Запавшие глаза, "синева" под глазами. Живот умеренно вздут, с выраженной венозной сетью. Печень и селезенка увеличены. Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, половой член несколько увеличен в размерах, пигментация мошонки усилена. Мышечная гипотония. Рефлексы угнетены. Тремор рук. Стул 8 раз в сутки, разжижен. Клинический анализ крови: Нв - 234 г/л, Л – $10,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные- 48%, лимфоциты- 40%, моноциты- 7%, СОЭ 4 мм/ч, КОС: рН - 7,30, рСО₂ - 36 мм. рт. ст., ВЕ - 7 ммоль/л, Биохимический анализ крови: К - 8,4 ммоль/л, Na - 80 ммоль/л. Суточная экскреция 17-КС с мочой - 3,2 мг/сут.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Опишите патогенез заболевания. 3. Опишите характерную клиническую картину данного заболевания. 4. Укажите критерии диагностики. 5. Окажите неотложную помощь. 6. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара. 	<p>коры надпочечников, сольтеряющая форма</p>	<p>эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
---	--	---	---

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.		а, б, в, г, д, е	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
2.		а, б, в, г, д, е	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
3		а, б, в, г, д, е	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
4		а, б, в, г, д, е	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
5		а, б, в, г, д, е	<p>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</p>
6		а, б, в, г, д, е	<p>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</p>
7		а, б, в, г, д, е	<p>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</p>
8		а, б, в, г, д, е	<p>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</p>

			ry.ru/book/ISBN9785970465141.html
9		а, б, в, г, д, е	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
10		а, б, в, г, д, е	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 4 года. Из анамнеза: на фоне назофарингита повысилась температура до 39,7⁰С, 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.</p>	Надпочечниковый криз	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>

	<p>Предположительный диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>		
2.	<p>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 в семье 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.,</p>	<p>Ожирение экзогенно-конституционального генеза</p>	<p>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</p>

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
3	<p>Мальчик 6 лет. Поступил с жалобами на избыточный вес, отставание в росте и развитии. Анамнез болезни: рос с избытком массы с первого года жизни, в росте отстает от сверстников, отстает в умственном развитии. Наблюдался и лечился неврологом с года. Анамнез жизни: Ребенок от 2й беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды срочные, самостоятельные, без патологии. Вес при рождении 3800 г, рост 50 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Вскармливание искусственное с 2-х недель жизни. Неонатальная желтуха до 2 месяцев жизни. Голову ребенок стал держать только в 5 месяцев, сидеть к году, а ходить с 2-х лет. К году вес 8500 г, рост 65 см. Первые зубы появились в 2 года. Перенесенные заболевания: не частые ОРВИ, затяжная неонатальная желтуха, дефицитная анемия с первого года. Семейный анамнез: Родители здоровы. Патологии роста и неврологических заболеваний в семье нет. Туберкулеза и венерических заболеваний у родственников нет. Статус при поступлении: Состояние ребенка средней тяжести, обусловленное неврологической симптоматикой. В сознании, вялый, малоподвижен. ЧМН: норма. Мышечный тонус диффузно умеренно снижен. Сухожильные рефлексы D=S, незначительно</p>	Ожирение тиреогенного генеза.	<p>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</p>

	<p>угнетены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Телосложение гиперстеническое, с сохранением инфантильных пропорций. Отложение жировой ткани равномерное. Стрий нет. Вес 19 кг, рост 100 см. Кожные покровы чистые, субиктеричные, сухие, холодные на ощупь. Выражена отечность лица. Волосы сухие, ломкие, тусклые. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые. Костная система: короткие конечности. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, короткий систолический шум на верхушке и в 5 точке, не проводится за пределы сердца, ЧСС 62 в минуту. Живот гипотоничный, мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см., селезенка не пальпируется. Стул: стойкие запоры. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр.3,2 x 10¹²/л, Нб 82 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. 7,3 x 10⁹/л, э.-0%,п/я.-4%, с/я-48%, л.-42%, м.-6%. СОЭ-12 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- 122 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т₃ свободная фракция - 2,2 нмоль/л (N 4-7,4 нмоль/л), Т₄ свободная фракция - 5,6 нмоль/л (N 10-26 нмоль/л). Кровь на сахар: гликемия натощак 2,6 ммоль/л, через 2 часа после еды 3,5 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: УЗ-признаки гипоплазии щитовидной железы. ЭКГ: Синусовая брадикардия. Снижение вольтажа зубцов. Дистрофические изменения миокарда. ЭхоКГ: органической патологии не выявлено. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: Имеются ядра окостенения головчатой и крючковидной костей, дистальный эпифиз лучевой кости, эпифизы основных, средних и концевых фаланг и пястных костей.</p> <p>Поставьте и обоснуйте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>Девочка 13 лет. Жалобы: на увеличение массы тела, появление полос растяжения на коже, головные боли на фоне повышенного АД. Анамнез болезни: больна</p>	<p>Синдром Иценко-Кушинга (кортекостерома).</p>	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю.</p>

<p>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 синеватых 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 x 10¹²/л, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. 9,0 x 10⁹/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</p>		<p>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</p>
--	--	---

	<p>крови: кортизол в 8.00 -1165 нмоль/л (N 83-580), СТГ-0,7 нг/мл (N 0,5-5,0), ТТГ 1,2 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> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
5	<p>Мальчик 8 лет. Жалобы: на избыточную массу тела, отставание в психическом развитии. Анамнез болезни: имеет повышенную массу тела с первого года жизни, масса постепенно нарастает. Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с гестозом в первой половине. Роды в срок, масса 3600г, длина 55 см. Начал сидеть в 6 мес, ходить к году. Отставание в умственном развитии было замечено к 1,5 годам. Наблюдается у невролога. Получал ноопропил, кавинтон, фезам. Привит. Детскими инфекционными болезнями не болел, травм и операций не было. Наследственный анамнез: родственники не страдают избытком массы тела. Туберкулеза, венерических заболеваний в семье нет. Объективный статус: сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно. Легко отвлекается. Словарный запас маленький. Доброжелателен. Подвержен резким сменам настроения. Телосложение гиперстеническое. Отложение жирового слоя равномерное. Рост 123 см, масса 38 кг. Нарушение осанки, сутулость. Мышечная масса развита слабо. Кожные покровы чистые, мраморные. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум с максимальной точкой звучания во 2-3 межреберье слева у грудины, ЧСС 86/минуту. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, увеличен в размере за счет избыточного жирового отложения, безболезненный. Край печени не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не</p>	Синдром Барде-Бидля	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

	<p>пальпируется. Стул: склонность к запорам. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ крови: эр.4,5 x 10¹²/л, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, баз. 0%, эоз. 0%, п/яд. 8%, с/яд. 65%, лимф.19%, мон. 8%, СОЭ 4 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 300,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1018, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 0-1 в п/зр., эп.пл.0-1 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 1. Биохимический анализ крови: общий белок- 75 г/л, билирубин общий- 9,1 мкмоль/л, холестерин - 7,1 ммоль/л, тимоловая проба 4 ЕД, сулемовая проба 1,8 мл, АлАТ-0,47 ммоль/л, АсАТ-0,48 ммоль/л, остаточный азот-19 ммоль/л, мочевиная- 6,5 ммоль/л, креатинин- 44,25 мкмоль/л, К-4,3 ммоль/л, Na-138 ммоль/л. Пероральный глюкозотолерантный тест: 4,5 ммоль/л -7,7 ммоль/л. Уровень гормонов крови: СТГ- 4,2 нг/мл (N до 10), ТТГ 3,2 мкМЕ/л (N 0,7-4,5), свободные фракции Т₄ 15 нмоль/ (N 10-26), Т₃ 5,5 пмоль/ (N 4,0-7,4), ЛГ 1,3 мМЕ/л (N 0,04-3,6), ФСГ 2,1 МЕ/л (N 0,3-4,6). Анализ мочи на кетоновые тела: отрицательно. Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло не изменено. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: костный возраст соответствует 7-8 годам. Окулист: при офтальмоскопии - отложение пигмента на периферии сетчатки и в области соска зрительного нерва. DS: Пигментная дегенерация сетчатки.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
--	---	--	--

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>К наследственным синдромам, сопровождающимся ожирением, относятся: (ОПК1)</p> <p>а. синдром Прадера-Вилли</p>	а	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А.</p>

	<p>б. синдром Клайнфельтера в. синдром Олбрайта-Брайцева г. ни один из перечисленных</p>		<p>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</p>
2.	<p>При лечении первичного гипокортицизма применяют: (ОПК5) а. стероидные гормоны б. сердечные препараты в. мочегонные препараты г. Синактен-депо</p>	а	<p>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</p>
3	<p>Этиологические факторы вторичной хронической надпочечниковой недостаточности: (ОПК1) а. врожденный дефицит АКТГ б. опухоль надпочечника в. врожденная гипоплазия надпочечников г. аутоиммунное поражение надпочечников</p>	а	<p>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</p>
4	<p>Изменения, характерные для первичного гиперальдостеронизма: (ОПК4) а. содержание альдостерона в плазме повышено, активность ренина - снижена б. содержание альдостерона в плазме повышено, активность ренина - повышена в. содержание альдостерона в плазме снижено, активность ренина - повышена г. содержание альдостерона в плазме снижено, активность ренина - снижена</p>	а	<p>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</p>
5	<p>Клинические симптомы, характерные для первичного гиперальдостеронизма: (ОПК4) а. артериальная гипертензия и приступы миоплегии б. головные боли и судорожная</p>	а	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва :</p>

	<p>активность</p> <p>в. слабость и прибавка веса</p> <p>г. полиурия и запах ацетона изо рта</p>		<p>Литтерра, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
6	<p>Клинические симптомы, характерные для андростеромы: (ОПК4)</p> <p>а. рост ускорен и раннее телархе</p> <p>б. рост ускорен и задержка полового развития</p> <p>в. задержка роста и раннее половое созревание</p> <p>г. рост ускорен и раннее половое оволосение</p>	а	<p>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</p>
7	<p>Пробы, имеющие диагностическое значение для глюкостеромы: (ПК1)</p> <p>а. большая дексаметазоновая</p> <p>б. дексаметазон-хориогониновая</p> <p>в. с АКТГ</p> <p>г. гсХГ</p>	а	<p>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</p>
8	<p>Особенностью вторичной надпочечниковой недостаточности не является: (ОПК4)</p> <p>а. нормальный уровень кортизола</p> <p>б. отсутствие гиперпигментации</p> <p>в. отсутствие повышенной потребности в соли</p> <p>г. отсутствие гиперкалиемии</p>	а	<p>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</p>
9	<p>Основные принципы диетотерапии детей с ожирением предусматривают: (ОПК5)</p> <p>а. все перечисленное</p> <p>б. гипокалорийное дробное питание</p> <p>в. ограничение жиров и углеводов</p> <p>г. содержание белка в возрастной</p>	а	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с.</p>

	потребности		- ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
10	В комплекс лечения гипоталамического ожирения не входит: (ОПК5) а. инсулинотерапия б. диетотерапия в. физиотерапия г. липотропные препараты	а	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 2-е сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, угрозы прерывания в 12 недель, на фоне внутриутробной гипоксии, роды срочные с обвитием пуповины. При рождении масса 2850г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: реакция на осмотр умеренно снижена. Двигательная активность снижена. Крик слабый, неэмоциональный. Голова долихоцефалической формы. Большой родничок 2х2см, на уровне костных краев. Голова отстает от туловища при тракции за руки. Глазной симптоматики нет. Диффузная умеренная мышечная гипотония. Рефлексы Бабкина снижен, хватательный ±, Робинсона -, рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижены, быстро угасают. Судорог при осмотре нет. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой снижен, истончен. Терморегуляция неустойчивая. Слизистые бледно-розового цвета. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно с обеих сторон. ЧСС 130/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При обследовании: общий анализ крови Лейк. $8,0 \times 10^9/\text{л}$, Эр. $6,18 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb-207 г/л, э-2%,</p>	Острая надпочечниковая недостаточность	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

	<p>п/я-6, с/я-50, л-36, м-6, СОЭ 2 мм/ч. Электролиты крови К 6,4 ммоль/л, Na 124 ммоль/л. ЭКГ: удлинен интервал PQ, зубец Т высокий, заостренный. УЗИ органов брюшной полости - признаки кровоизлияния в оба надпочечника.</p> <p>Предположительный диагноз. Необходимые дополнительные обследования. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>		
2.	<p>Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 1 родов, протекавших без патологии. Роды в срок. При рождении масса тела 3650 гр., длина 53 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. Рост в 1 год 77 см, в 2 года 92 см. За последние 6 месяцев выросла на 6 см. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Привита по возрасту. Семейный анамнез: эндокринной патологии в семье не выявлено. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Молочные железы несколько выдаются, околососковый кружок вместе с соском образуют конус, плотно-эластичной консистенции, безболезненные пальпаторно. Периферические лимфатические узлы 1 и 2-го размера, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В лёгких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны ритмичные, отчетливые. ЧСС 115/минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный. Мочеиспускание не нарушено. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Антропометрия: рост 98 см, вес 17,5 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,6 \times 10^{12}$ /л, Hb 118 г/л, цп 0,9, 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 150,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1019, 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.</p> <p>Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л, щелочная фосфатаза 5 ед., билирубин общий-9,8 мкмоль/л,</p>	Идеопатическое истинное преждевременное половое развитие	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

	<p>прямой-2,0мкмоль/л, непрямой-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%. Анализ кала на яйца гельминтов - обнаружены.</p> <p>Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мМЕ/л, Т₄ 10 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 5 нмоль/л (N 4-7,4), эстрадиол 56 пг/мл (N < 15), ЛГ 4,1 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 7,1 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Проба с гонадолиберином: усиление секреции ЛГ в 8 раз (N для препубертатного периода 2-4). Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: «костный возраст» соответствует 5 годам. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме.</p> <p>Поставьте диагноз. План дополнительного обследования. Лечебная тактика.</p>		
3	<p>Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.</p> <p>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 3200 г, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Семейный анамнез: у отца вторичные половые признаки появились к 15-ти годам. Родители среднего роста. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.</p> <p>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 не выступает из-под края рёберной дуги. 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 x 10¹²/л, Нб 130</p>	Конституциональная задержка роста и пубертата	<p>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</p>

	<p>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 320×10^9/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 сыворотке крови: 0,7 нмоль/л (N 0,7-2,43 к 13 годам). После пробы с ХГ - уровень 1,4 нмоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 0,09 мМЕ/м (N 0,26-48), ФСГ - 0,4 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 5,1 нг/мл. Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.</p> <p>Поставьте диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>Девочка 2 месяца. Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе. Анамнез заболевания: с рождения, определяется неправильное строение наружных половых органов. Девочка часто срыгивала, со 2-й недели небольшая рвота, аппетит снижен. Общая прибавка в массе за 2 месяца 250 гр. Периодически возникает жидкий стул до 5-6 раз в сутки.</p> <p>Анамнез жизни: от 1-й беременности на фоне токсикоза первой половины, с нефропатией. Роды в срок, вес при рождении 3200 гр., закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, докармливалась сцеженным молоком. Часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 гр. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В участились срыгивания и рвота. Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца - почечно-каменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 месяц при явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.</p> <p>Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36°C. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания.</p>	<p>Врожденная гиперплазия коры надпочечников (АГС), сольтеряющая форма</p>	<p>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</p>

<p>Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Масса 3450 гр., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0x1,5см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно ясный легочный звук, число дыханий 38 в мин. Границы сердечной тупости несколько расширены влево. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 132 в мин. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца, короткий, за пределы сердца не проводится. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех областях. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника активная. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Моча светлая. Наружные половые органы гермафродитного типа - пенисообразный клитор с головкой и крайней плотью. Большие половые губы мошонкообразные, яички не пальпируются. Неврологический статус: патологических рефлексов нет, физиологические рефлекс резко снижены, сосание и глотание не нарушены. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. 4,5 x 10¹²/л, Нб 119 г/л, цп 0,87, лейк. 10,0 x 10⁹/л, э-5%, п/я-4%, с/я-23%, л-60%, м-8%, СОЭ 6 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок- нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., цилиндр-нет. Биохимические показатели крови: глюкоза натощак 3,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,0 ммоль/л, холестерин 1,7 ммоль/л (N 1,56-2,99), билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-2,5ммоль/л, непрямой-10,0 ммоль/л, АЛАТ-0,41 ммоль/л, АсАТ-0,5 ммоль/л, сулемовая проба 1,6мл, тимоловая-2,0 ед, К-5,9 ммоль/л (N 4,1-5,7), На-125 ммоль/л (N 133-142), С1 - 90 ммоль/л(N 95-110). Уровень гормонов крови: андростендион - 6,4 нмоль/л (N 0,2-2,4), 17-ОПГ (17-гидроксипрогестерон) 4,5 нмоль/л (N 0,1-2,7).Суточная экскреция с мочей: 17-ОКС-0,7 мг/сут (N 0,5-1,0), уровень альдостерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67), 17-КС - 5,1 мг/сут (N до 2), Проба с преднизолоном: 17-КС в моче до пробы-5,1 мг/сут, после пробы 2,3 мг/сут.Половой хроматин в буккальном мазке: 30% хроматинположительных ядер.Рентгенография кисти, лучезапястных суставов: произошло окостенение головчатой, крючковидной костей.Рентгенография черепа в 2-х проекциях: турецкое седло не изменено. Швы, малый родничок закрыты. Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений без</p>		
--	--	--

	<p>патологии.Пневмосупраренография: умеренная гиперплазия обоих надпочечников.Кариотип: 46,XX. Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации. Прогноз.</p>		
5	<p>Мальчик 17 лет. При осмотре рост 195 см, масса 95. Телосложение евнухоидное. Непропорционально длинные конечности, узкая грудная клетка. Мускулатура развита слабо. Отложение жира по женскому типу. Гинекомастия. Скудное оволосение лица, подмышечных впадин. Соматический статус без особенностей. Половые органы сформированы по мужскому типу. Половой член небольшой, дряблый. Яички небольшие, плотные, безболезненные. При обследовании: уровень глюкозы натощак 6,2 ммоль/л, кариотип 47,XXY. Предварительный диагноз. Какие исследования требуется провести для уточнения диагноза? Назначьте лечение.</p>	Синдром Клайнфельтера	<p>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</p>

ОПК-9 Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Причины первичной хронической недостаточности надпочечников: (ОПК1) а. аутоиммунное поражение или туберкулез надпочечников б. длительный прием глюкокортикоидов. в. черепно-мозговая травма г. нейроинфекция</p>	а	<p>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</p>
2.	<p>Лечение острой недостаточности надпочечников начинают с введения: (ОПК10)</p>	а	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И.</p>

	<p>а. Гидрокортизона в вену б. Преднизолона в мышцу в. Преднизолона в вену г. Преднизолона per os</p>		<p>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</p>
3	<p>В патогенезе первичного альдостеронизма имеет значение: (ОПК4)</p> <p>а. повышение продукции альдостерона б. повышение продукции андрогенов в. повышение продукции глюкокортикоидов г. повышение продукции катехоламинов</p>	а	<p>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</p>
4	<p>При острой надпочечниковой недостаточности наблюдаются следующие изменения электролитов: (ОПК4)</p> <p>а. содержание натрия снижено, содержание калия повышено б. содержание калия снижено, содержание натрия повышено в. содержание калия повышено, содержание натрия повышено г. содержание натрия повышено, содержание калия в норме</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
5	<p>Наиболее часто встречающаяся клиническая форма адреногенитального синдрома: (ОПК4)</p> <p>а. Неосложненная (вирильная, простая) б. Сольтерьяющая без выраженной вирилизации в. Сольтерьяющая с выраженной вирилизацией г. Гипертоническая</p>	а	<p>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</p>
6	<p>Клинические симптомы, характерные для адреногенитального синдрома у девочек: (ОПК4)</p> <p>а. гермафродитное строение наружных гениталий</p>	а	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва :</p>

	<p>б. задержка физического развития в детстве</p> <p>в. высокорослость по завершении пубертата</p> <p>г. истинное преждевременное изосексуальное половое развитие</p>		<p>Литтерра, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
7	<p>Неотложная терапия при острой недостаточности надпочечников включает: (ОПК10)</p> <p>а. стероидные гормоны</p> <p>б. препараты калия -</p> <p>в. сердечные препараты</p> <p>г. препараты кальция</p>	а	<p>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</p>
8	<p>Клиника острой недостаточности надпочечников у детей старшего возраста включает: (ОПК10)</p> <p>а. боли в животе, жидкий стул</p> <p>б. булимию</p> <p>в. тетанию</p> <p>г. боли в животе, запоры</p>	а	<p>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</p>
9	<p>Гормональные изменения при острой первичной недостаточности надпочечников: (ПК1)</p> <p>а. уровень кортизола снижен</p> <p>б. уровень кортизола повышен</p> <p>в. уровень АКТГ не изменен</p> <p>г. уровень АКТГ снижен</p>	а	<p>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</p>
10	<p>Недостаточность минералокортикоидов вызывает: (ОПК4)</p> <p>а. артериальную гипотонию</p> <p>б. отеки</p> <p>в. запоры</p> <p>артериальную гипертензию</p>	а	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с.</p>

			- ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
--	--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 2-е сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, угрозы прерывания в 12 недель, на фоне внутриутробной гипоксии, роды срочные с обвитием пуповины. При рождении масса 2850г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: реакция на осмотр умеренно снижена. Двигательная активность снижена. Крик слабый, неэмоциональный. Голова долихоцефалической формы. Большой родничок 2х2см, на уровне костных краев. Голова отстает от туловища при тракции за руки. Глазной симптоматики нет. Диффузная умеренная мышечная гипотония. Рефлексы Бабкина снижен, хватательный ±, Робинсона -, рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижены, быстро угасают. Судорог при осмотре нет. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой снижен, истончен. Терморегуляция неустойчивая. Слизистые бледно-розового цвета. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно с обеих сторон. ЧСС 130/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При обследовании: общий анализ крови Лейк. $8,0 \times 10^9/\text{л}$, Эр. $6,18 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб-207 г/л, э-2%, п/я-6, с/я-50, л-36, м-6, СОЭ 2 мм/ч. Электролиты крови К 6,4 ммоль/л, Na 124 ммоль/л. ЭКГ: удлинена интервал PQ, зубец T высокий, заостренный. УЗИ органов брюшной полости - признаки кровоизлияния в оба надпочечника.</p> <p>Предположительный диагноз. Необходимые дополнительные обследования. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>	Острая надпочечниковая недостаточность	<p>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</p>

2.	<p>Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 1 родов, протекавших без патологии. Роды в срок. При рождении масса тела 3650 гр., длина 53 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. Рост в 1 год 77 см, в 2 года 92 см. За последние 6 месяцев выросла на 6 см. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Привита по возрасту. Семейный анамнез: эндокринной патологии в семье не выявлено. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Молочные железы несколько выдаются, околососковый кружок вместе с соском образуют конус, плотно-эластичной консистенции, безболезненные пальпаторно. Периферические лимфатические узлы 1 и 2-го размера, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В лёгких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны ритмичные, отчетливые. ЧСС 115/минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный. Мочевыделение не нарушено. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Антропометрия: рост 98 см, вес 17,5 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,6 \times 10^{12}$ /л, Нб 118 г/л, цп 0,9, 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 150,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1019, 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.</p> <p>Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л, щелочная фосфатаза 5 ед., билирубин общий-9,8 мкмоль/л, прямой-2,0 мкмоль/л, непрямой-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%. Анализ кала на яйца гельминтов - не обнаружены.</p> <p>Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т₄ 10 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 5 нмоль/л (N 4-7,4), эстрадиол 56 пг/мл (N < 15), ЛГ 4,1 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 7,1 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Проба с гонадолиберинем: усиление</p>	Идеопатическое истинное преждевременное половое развитие	<p>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</p>
----	--	--	---

	<p>секреции ЛГ в 8 раз (N для препубертатного периода 2-4). Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: «костный возраст» соответствует 5 годам. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме.</p> <p>Поставьте диагноз. План дополнительного обследования. Лечебная тактика.</p>		
3	<p>Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.</p> <p>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 3200 г, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Семейный анамнез: у отца вторичные половые признаки появились к 15-ти годам. Родители среднего роста. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.</p> <p>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 не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен. Половые органы по мужскому типу, сформированы правильно. Формула полового созревания P 0, Aх 0, I 0. Размер яичек 9,0 см х 1,5 см. Антропометрия: рост 139 см, вес 32 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр 4,8 х 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 х 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 х 10⁹/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 сыворотке крови: 0,7 нмоль/л (N 0,7-2,43 к 13 годам). После пробы с ХГ - уровень 1,4 нмоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 0,09 мМЕ/мл (N 0,26-48), ФСГ - 0,4 мМЕ/мл (N</p>	Конституциональная задержка роста и пубертата	<p>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</p>

	<p>0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 5,1 нг/мл. Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.</p> <p>Поставьте диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>Девочка 2 месяца. Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе. Анамнез заболевания: с рождения, определяется неправильное строение наружных половых органов. Девочка часто срыгивала, со 2-й недели необильная рвота, аппетит снижен. Общая прибавка в массе за 2 месяца 250 гр. Периодически возникает жидкий стул до 5-6 раз в сутки.</p> <p>Анамнез жизни: от 1-й беременности на фоне токсикоза первой половины, с нефропатией. Роды в срок, вес при рождении 3200 гр., закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, докармливалась сцеженным молоком. Часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 гр. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В участились срыгивания и рвота. Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца - почечно-каменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 месяц при явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.</p> <p>Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36⁰С. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Масса 3450 гр., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0x1,5см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно ясный легочный звук, число дыханий 38 в мин. Границы сердечной тупости несколько расширены влево. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 132 в мин. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца, короткий, за пределы</p>	<p>Врожденная гиперплазия коры надпочечников (АГС), сольтеряющая форма</p>	<p>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</p>

	<p>сердца не проводится. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех областях. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника активная. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Моча светлая. Наружные половые органы гермафродитного типа - пенисообразный клитор с головкой и крайней плотью. Большие половые губы мошонкообразные, яички не пальпируются. Неврологический статус: патологических рефлексов нет, физиологические рефлексы резко снижены, сосание и глотание не нарушены. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. 4,5 x 10¹²/л, Нб 119 г/л, цп 0,87, лейкоц. 10,0 x 10⁹/л, э-5%, п/я-4%, с/я-23%, л-60%, м-8%, СОЭ 6 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок- нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., цилиндр-нет. Биохимические показатели крови: глюкоза натощак 3,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,0 ммоль/л, холестерин 1,7 ммоль/л (N 1,56-2,99), билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-2,5ммоль/л, непрямой-10,0 ммоль/л, АлАТ-0,41 ммоль/л, АсАТ-0,5 ммоль/л, сулемовая проба 1,6мл, тимоловая-2,0 ед, К-5,9 ммоль/л (N 4,1-5,7), Na-125 ммоль/л (N 133-142), С1 - 90 ммоль/л(N 95-110). Уровень гормонов крови: андростендион - 6,4 нмоль/л (N 0,2-2,4), 17-ОПГ (17-гидроксипрогестерон) 4,5 нмоль/л (N 0,1-2,7).Суточная экскреция с мочей: 17-ОКС-0,7 мг/сут (N 0,5-1,0), уровень альдостерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67), 17-КС - 5,1 мг/сут (N до 2), Проба с преднизолоном: 17-КС в моче до пробы-5,1 мг/сут, после пробы 2,3 мг/сут. Половой хроматин в буккальном мазке: 30% хроматинположительных ядер.Рентгенография кисти, лучезапястных суставов: произошло окостенение головчатой, крючковидной костей.Рентгенография черепа в 2-х проекциях: турецкое седло не изменено. Швы, малый родничок закрыты. Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений без патологии.Пневмосупраренография: умеренная гиперплазия обоих надпочечников.Кариотип: 46,XX.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации. Прогноз.</p>		
5	<p>Мальчик 17 лет. При осмотре рост 195 см, масса 95.</p>	<p>Синдром Клайнфельтера</p>	<p>Дедов, И. И. Справочник детского</p>

	<p>Телосложение евнухоидное. Непропорционально длинные конечности, узкая грудная клетка. Мускулатура развита слабо. Отложение жира по женскому типу. Гинекомастия. Скудное оволосение лица, подмышечных впадин. Соматический статус без особенностей. Половые органы сформированы по мужскому типу. Половой член небольшой, дряблый. Яички небольшие, плотные, безболезненные. При обследовании: уровень глюкозы натощак 6,2 ммоль/л, кариотип 47,XXY.</p> <p>Предварительный диагноз. Какие исследования требуется провести для уточнения диагноза? Назначьте лечение.</p>		<p>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</p>
--	---	--	--

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Преждевременное половое развитие наблюдается при: (ОПК4)</p> <p>а. врожденной дисфункции коры надпочечников (недостаточность 21 - гидроксилазы)</p> <p>б. синдроме тестикулярной феминизации</p> <p>в. истинном гермафродитизме</p> <p>г. недостаточности 5-альфа-редуктазы</p>	а	<p>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</p>
2.	<p>Выбор паспортного пола у больных истинным гермафродитизмом определяется: (ОПК4)</p> <p>а. степенью развития тестикулярной ткани</p> <p>б. главным образом желанием родителей</p> <p>в. кариотипом</p> <p>г. возрастом ребенка</p>	а	<p>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</p>
3	<p>Для больных истинным гермафродитизмом не характерно: (ОПК1)</p>	а	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> а. преждевременного полового развития б. мозаичного кариотипа 46, XX / 46, XY в. внутренних гениталий женского типа г. наружных гениталий смешанного типа 		<p>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</p>
4	<p>Больной первичным гипогонадизмом в детородном возрасте: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. безусловно стерилен б. как правило фертилен в. стерилен, если заместительная терапия начата поздно г. плодовит, если проведена пересадка яичек и последние не отторгнуты 	а	<p>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</p>
5	<p>Терапевтическая тактика при верификации врожденной дисфункции коры надпочечников, неклассическая форма в допубертатном периоде: (ОПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. наблюдение б. назначить кортеф в. назначить преднизолон в сочетании с кортинеффом г. назначить дексаметазон 	а	<p>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</p>
6	<p>Первым манифестным симптомом гиперандрогении у детей является: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. изолированное пубархе б. гирсутизм в. угревая болезнь жирная себорея волос 	а	<p>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</p>
7	<p>При установлении диагноза вторичного гипогонадизма в 16 лет следует: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. проводить лечение препаратами 	а	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А.</p>

	<p>хорионического гонадотропина постоянно</p> <p>б. отложить лечение</p> <p>в. проводить лечение препаратами депо-тестостерона</p> <p>г. проводить лечение препаратами хорионического гонадотропина курсами</p>		<p>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</p>
8	<p>Для больных синдромом Шерешевского-Тернера характерны: (ОПК4)</p> <p>а. низкорослость и незначительное отставание "костного" возраста от паспортного</p> <p>б. низкорослость и выраженное отставание "костного" возраста от паспортного</p> <p>в. высокорослость и соответствие "костного" возраста паспортному</p> <p>г. высокорослость и выраженное отставание "костного" возраста от паспортного</p>	а	<p>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</p>
9	<p>В патогенезе синдрома тестикулярной феминизации играют роль: (ОПК1)</p> <p>а. нарушение чувствительности тканей-мишеней к андрогенам</p> <p>б. гиперпродукция материнских эстрогенов</p> <p>в. дефект синтеза тестостерона</p> <p>г. дисгенезия яичек</p>	а	<p>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</p>
10	<p>От гормональной терапии можно ожидать эффекта при крипторхизме: (ОПК5)</p> <p>а. в форме паховой ретенции и низком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p> <p>б. в форме эктопии и низком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p> <p>в. в форме паховой ретенции и высоком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p> <p>г. в форме брюшной ретенции и высоком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p>	а	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>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 37,1⁰ 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 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. 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>	<p>Диффузный токсический зоб 2 степени, легкое течение</p>	<p>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.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>

	<p>Поставьте диагноз. Назначьте необходимое дообследование. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
2.	<p>Мальчик 7 лет, вес 32 кг, обратился с жалобами на слабость, нарастающую к вечеру, быструю утомляемость, фебрильную температуру 38,2⁰ С, 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 безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Стул через день. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр.3,2 x 10¹²/л, Нб 122 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. 11,3 x 10⁹/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> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Составьте план диспансеризации.</p>	Острый тиреозит	<p>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</p>
3	<p>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</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников: вирильная форма</p>	<p>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 :</p>

	<p>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 4,05Т/л, Цв. П. 0,82, L 6,8 x103 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, непрямо́й - 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> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		<p>https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
4	<p>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. Мочепускание 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: Нв -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</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников, смешанная форма (вирильная, сольтеряющая), средней степени тяжести</p>	<p>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</p>

	<p>в п/зр.</p> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		
5	<p>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.</p> <p>Данные обследования: Общий анализ крови: Эр. 3,6 x 10¹²/л, Нб - 88 г/л, ЦП - 0,8, Лейк. 4,3 x 10⁹/л, э.-3%, п/я - 0%, с/я - 28%, л -70%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.</p> <p>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)</p> <p>Поставить диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.</p>	Хроническая надпочечниковая	<p>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</p>

ПК-1 Способен к проведению симуляционных проб с целью установления эндокринной патологии

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5)</p> <p>а. 14 б. 17</p>	а	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва :</p>

	в.8 г.24		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.	В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4) а. гиперосмолярность сыворотки крови б. накопление молочной кислоты в. гиперкалиемия г. накопление кислых кетонных тел	а	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
3	Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4) а. коллоидный б. трабекулярный в. аутоиммунный г. фолликулярный	а	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
4	Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1) а. увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца б. любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы в. плотной консистенции долей щитовидной железы г. утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см	а	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
5	Основной источник йода для человека: (ОПК1) а. морские продукты б. поваренная соль в. молочные продукты г. растительная пища	а	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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
6	В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1) а.избыток тиреотропного гормона б.иммунодефицит в.тирестимулирующие антитела г.избыток селена в продуктах питания	а	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
7	Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4) а.поражения цнс различной степени выраженности б.сахарный диабет новорожденного в.пороки развития плода задержка полового развития	а	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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
8	Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4) а.1,5 б.5,5 в.3,3 г.2,7	а	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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
9	К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1) а.повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности б.снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности в.снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности	а	Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст :

	г. потребность в инсулине во время беременности не изменяется		электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
10	<p>При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10)</p> <p>а. гипотоническому раствору хлорида натрия б. 4 % раствору гидрокарбоната натрия в. 5 % раствору глюкозы г. изотоническому раствору хлорида натрия</p>	а	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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. 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. 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</p>	Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный с кетоацидозом	<p>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</p>

	<p>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>		
2.	<p>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. Гипогликемия 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 преднизолон. 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. ОАК: Нб 124г/л, эр 5,2 Е/л, L 7,4 г/л, п/я 2%, с/я 50%,</p>	Гипогликемический синдром	<p>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</p>

	<p>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 пмоль/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> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		
3	<p>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> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>	<p>Сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, фаза декомпенсации с кетоацидозом</p>	<p>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</p>
4	<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, быстрая утомляемость, увеличение щитовидной железы. Осенью обратилась в ОДКБ и была госпитализирована для обследования.</p>	<p>Диффузный токсический зоб 3 степени, тяжелое течение</p>	<p>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</p>

<p>Анамнез жизни: ранний анамнез не известен. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школу пошла с 7 лет, учится 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 натощак, сахарная кривая: сахар крови натощак 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</p>		<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
---	--	--

	<p>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> <p>Клинический диагноз и его обоснование.</p> <p>Проведите дифференциальный диагноз.</p> <p>Назначьте лечение.</p> <p>Составьте план диспансерного наблюдения.</p>		
5	<p>Девочка 15 лет, пришла на прием в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, головные боли, 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).</p> <p>Антитела к ТПО: 0. УЗИ щитовидной железы: объем 24 мл, контур ровный, ткань железы с диффузным снижением эхогенности.</p> <p>Поставить диагноз.</p> <p>Провести дифференциальный</p>	Эндемичный зоб	<p>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</p>

	<p>диагноз. Назначить лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
--	--	--	--

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

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5)</p> <p>а.14 б.17 в.8 г.24</p>	а	<p>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</p>
2.	<p>В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4)</p> <p>а.гиперосмолярность сыворотки крови б.накопление молочной кислоты в.гиперкалиемия г.накопление кислых кетоновых тел</p>	а	<p>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</p>
3	<p>Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4)</p> <p>а.коллоидный б.трабекулярный в.аутоиммунный г.фолликулярный</p>	а	<p>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</p>

			ry.ru/book/ISBN9785423501228.html
4	<p>Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1)</p> <p>а.увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца</p> <p>б.любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы</p> <p>в.плотной консистенции долей щитовидной железы</p> <p>г.утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см</p>	а	<p>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</p>
5	<p>Основной источник йода для человека: (ОПК1)</p> <p>а.морские продукты</p> <p>б.поваренная соль</p> <p>в.молочные продукты</p> <p>г.растительная пища</p>	а	<p>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</p>
6	<p>В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1)</p> <p>а.избыток тиреотропного гормона</p> <p>б.иммунодефицит</p> <p>в.тирестимулирующие антитела</p> <p>г.избыток селена в продуктах питания</p>	а	<p>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</p>
7	<p>Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4)</p> <p>а.поражения цнс различной степени выраженности</p> <p>б.сахарный диабет новорожденного</p> <p>в.пороки развития плода</p> <p>задержка полового развития</p>	а	<p>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</p>

			3501228.html
8	Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4) а.1,5 б.5,5 в.3,3 г.2,7	а	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
9	К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1) а.повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности б.снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности в.снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности г.потребность в инсулине во время беременности не изменяется	а	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
10	При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10) а.гипотоническому раствору хлорида натрия б.4 % раствору гидрокарбоната натрия в.5 % раствору глюкозы изотоническому раствору хлорида натрия	а	Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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	Диффузный токсический зоб 2 степени, легкое течение	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

	<p>обследования.</p> <p>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 37,1⁰ 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 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. 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> <p>Поставьте диагноз. Назначьте необходимое дообследование. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		<p>"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
2.	<p>Мальчик 7 лет, вес 32 кг, обратился с жалобами на слабость, нарастающую к вечеру, быструю утомляемость, фебрильную температуру 38,2⁰ С, держащуюся постоянно, чувство неловкости и давления в области шеи. Из анамнеза известно, что</p>	<p>Острый тиреодит</p>	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-4235-</p>

	<p>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 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> <p style="text-align: center;">Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		<p>0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
3	<p>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 4,05Т/л, Цв. П. 0,82, L 6,8 x10³ 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</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников: вирильная форма</p>	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>

	<p>- 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> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		
4	<p>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, сольтерьющей 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. Мочепускание 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., лейк.-1-2 в п/зр.</p> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников, смешанная форма (вирильная, сольтерьющая), средней степени тяжести</p>	<p>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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
5	<p>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 -</p>	<p>Хроническая надпочечниковая</p>	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с.</p>

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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)</p> <p>Поставить диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.</p>		<p>- ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
--	--	--	--

УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5)</p> <p>а. 14 б.17 в.8 г.24</p>	а	<p>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</p>
2.	<p>В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4)</p> <p>а.гиперосмолярность сыворотки крови</p>	а	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И.</p>

	<p>б.накопление молочной кислоты в.гиперкалиемия г.накопление кислых кетоновых тел</p>		<p>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</p>
3	<p>Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4) а.коллоидный б.трабекулярный в.аутоиммунный г.фолликулярный</p>	а	<p>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</p>
4	<p>Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1) а.увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца б.любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы в.плотной консистенции долей щитовидной железы г.утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см</p>	а	<p>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</p>
5	<p>Основной источник йода для человека: (ОПК1) а.морские продукты б.поваренная соль в.молочные продукты г.растительная пища</p>	а	<p>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</p>
6	<p>В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1) а.избыток тиреотропного гормона б.иммунодефицит в.тирестимулирующие антитела г.избыток селена в продуктах питания</p>	а	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва :</p>

			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
7	Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4) а.поражения цнс различной степени выраженности б.сахарный диабет новорожденного в.пороки развития плода задержка полового развития	а	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
8	Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4) а.1,5 б.5,5 в.3,3 г.2,7	а	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
9	К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1) а.повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности б.снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности в.снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности г.потребность в инсулине во время беременности не изменяется	а	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
10	При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10) а.гипотоническому раствору хлорида натрия б.4 % раствору гидрокарбоната натрия	а	Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022.

	<p>в.5 % раствору глюкозы изотоническому раствору хлорида натрия</p>		<p>- 256 с. - ISBN 978-5-9704-6514-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
--	--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>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 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/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),</p>		<p>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</p>

	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Поставьте диагноз. 6. Проведите дифференциальный диагноз. 7. Назначьте лечение. 8. Составьте план диспансеризации. 		
2.	<p>Девочка 13 лет.</p> <p>Жалобы: на низкий рост, отсутствие вторичных половых признаков.</p> <p>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 11-1II и паховые - I размера, единичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, эластичной консистенции, безболезненные. Мышечная система симметрично развита, тонус и сила мышц достаточны. Тремора, судорог нет.</p>		<p>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</p>

<p>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. Психориентация женская. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр 4,8 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-57, л-34, м-4, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/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, деференцировка 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 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.</p> <p>Кариотип: 45,ХО.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Поставьте диагноз. 6. Дифференциальный диагноз. 7. Возможности терапии. 8. Составьте план диспансеризации. 		
--	--	--

3	<p>Девочка 15 лет. Жалобы: на низкий рост. Анамнез заболевания: девочка отстает в росте от сверстников с раннего возраста, рост в 1 год - 68 см, на втором и третьем годах прибавка роста 5-6 см, после 4 лет - 3-4 см в год. Пубертат наступил вовремя.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды в срок, масса при рождении 3300 г, рост 52 см. Перенесенные заболевания: в 6 месяцев эпидемический паротит. Привита по возрасту. Наследственный анамнез: родители, родственники здоровы. Родители низкого роста: мать 128 см, отец 132 см. Объективный статус: состояние удовлетворительное. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные. Периферические лимфоузлы 1-2 размера, эластичные, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. ЧД 19/мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧСС 82/мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул оформленный, 1раз/сут. Мочепускание не нарушено. Половые органы сформированы по женскому типу. Ма 3, Р 3, Ах 2, Ме 3. Антропометрические данные: рост 120 см, вес 24 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр 4,8 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/л. Общий анализ мочи: уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпит.плоский ед. в п.з. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, К А/Г=1,2, остаточный азот 19,0 ммоль/л, мочевины 4,5 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,9 ммоль/л. Кальций общий 2,7 ммоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л. 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). Клофелинова проба: до - СТГ 7,1 нг/мл, после - 13,6 нг/мл.</p> <p>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</p>		<p>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</p>
---	---	--	--

	<p>пальной кости.</p> <p>Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло стандартных размеров.</p> <p>5. Поставьте диагноз.</p> <p>6. Дифференциальный диагноз.</p> <p>7. Возможности терапии.</p> <p>8. Составьте план реабилитации.</p>		
4	<p>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 патологии. 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. Печень, 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),</p>		<p>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</p>

	<p>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"> 4. Поставьте диагноз. 5. Дифференциальный диагноз. 6. Лечение. <p>Составьте план диспансеризации.</p>		
5	<p>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. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Семейный анамнез: Родители здоровы. Рост матери 168 см, отца 184 см. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, активная. Телосложение пропорциональное. 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</p>	Гипофизарный нанизм.	<p>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</p>

	<p>данные: рост 94 см, вес 15 кг. Данные обследования:Общий анализ крови: эр. 4,4 x10¹²/л, Нб 118 г/л, цп 0,89, лейкоц. 4,5 x10⁹/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-2,0мкмоль/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.</p> <p>Электролиты сыворотки крови: К 4,0 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, Са 2,7 ммоль/л.</p> <p>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 мкМЕ/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.</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поставьте диагноз. • Проведите дифференциальный диагноз. • Назначьте лечение. • Составьте план диспансеризации. 		
--	---	--	--

УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населения

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5)	а	Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А.

	<p>a.14 б.17 в.8 г.24</p>		<p>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</p>
2.	<p>В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4) а.гиперосмолярность сыворотки крови б.накопление молочной кислоты в.гиперкалиемия г.накопление кислых кетоновых тел</p>	а	<p>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</p>
3	<p>Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4) а.коллоидный б.трабекулярный в.аутоиммунный г.фолликулярный</p>	а	<p>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</p>
4	<p>Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1) а.увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца б.любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы в.плотной консистенции долей щитовидной железы г.утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см</p>	а	<p>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</p>
5	<p>Основной источник йода для человека: (ОПК1) а.морские продукты б.поваренная соль в.молочные продукты г.растительная пища</p>	а	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва :</p>

			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
6	В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1) а.избыток тиреотропного гормона б.иммунодефицит в.тирестимулирующие антитела г.избыток селена в продуктах питания	а	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
7	Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4) а.поражения цнс различной степени выраженности б.сахарный диабет новорожденного в.пороки развития плода задержка полового развития	а	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
8	Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4) а.1,5 б.5,5 в.3,3 г.2,7	а	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
9	К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1) а.повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности б.снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности в.снижение потребности в инсулине в	а	Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022.

	первом триместре беременности г.потребность в инсулине во время беременности не изменяется		- 256 с. - ISBN 978-5-9704-6514-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
--	--	--	---

УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5) а.14 б.17 в.8 г.24	а	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.	В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4) а.гиперосмолярность сыворотки крови б.накопление молочной кислоты в.гиперкалиемия г.накопление кислых кетоновых тел	а	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
3	Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4) а.коллоидный б.трабекулярный в.аутоиммунный г.фолликулярный	а	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
4	Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1) а.увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца б.любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы в.плотной консистенции долей щитовидной железы г.утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см	а	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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
5	Основной источник йода для человека: (ОПК1) а.морские продукты б.поваренная соль в.молочные продукты г.растительная пища	а	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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
6	В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1) а.избыток тиреотропного гормона б.иммунодефицит в.тирестимулирующие антитела г.избыток селена в продуктах питания	а	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
7	Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4) а.поражения цнс различной степени выраженности б.сахарный диабет новорожденного в.пороки развития плода задержка полового развития	а	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

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
8	Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4) а.1,5 б.5,5 в.3,3 г.2,7	а	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
9	К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1) а.повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности б.снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности в.снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности г.потребность в инсулине во время беременности не изменяется	а	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
10	При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10) а.гипотоническому раствору хлорида натрия б.4 % раствору гидрокарбоната натрия в.5 % раствору глюкозы г.изотоническому раствору хлорида натрия	а	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

УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Возможными этиологическими факторами болезни Иценко-Кушинга не является:	и	Детская эндокринология :

	(ОПК1) д. гормонально-активные опухоли коры надпочечников е. опухоли гипофиза ж. травмы черепа з. воспалительные процессы в гипоталамо-гипофизарной области		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.	На 1 году диабета потребность в инсулине (ед/кгм.т./сут) у детей чаще составляет: (ОПК5) д. 0,3-0,5 е. более 1 ж. 0,6-0,8 з. 0,8-1,0	д	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
3	Ребенок 3-х лет рос и развивался нормально. Изредка болел ОРВИ. Неделю назад без видимой причины появились жажда, полиурия, энурез. Родители отмечают у ребенка хороший аппетит - при том, что он похудел. Для уточнения диагноза необходимо провести исследование: (ОПК4) д. сахар крови е. проба Зимницкого ж. исследование креатинина крови з. консультация невропатолога	д	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	При лечении диабетической кетоацидотической комы - инсулин следует вводить: (ОПК5) д. в/в капельно е. п/к ж. в/в струйно з. в/м	д	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
	Диабетическая кетоацидотическая кома развивается: (ОПК1)	д	Детская эндокринология :

5	<p>д. постепенно в течение нескольких дней</p> <p>е. внезапно</p> <p>ж. в течение 1-2 часов</p> <p>з. в ночные часы</p>		<p>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</p>
6	<p>Основная причина развития диабетической кетоацидотической комы: (ОПК1)</p> <p>д. дефицит инсулина</p> <p>е. избыток инсулина</p> <p>ж. дефицит глюкагона</p> <p>з. дефицит глюкокортикоидов</p>	д	<p>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</p>
7	<p>Какие из перечисленных продуктов Вы не рекомендуете включать в рацион питания ребенка с сахарным диабетом: (ОПК5)</p> <p>д. виноград, инжир, хурма</p> <p>е. грибы</p> <p>ж. сметана, сливки, сыры, масло сливочное</p> <p>з. хлеб</p>	д	<p>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</p>
8	<p>Исключение каких продуктов позволит ограничить жиры в питании ребенка, находящегося в состоянии кетоза: (ОПК5)</p> <p>д. корейка, грудинка</p> <p>е. отварная рыба</p> <p>ж. белые сорта сыра</p> <p>з. обезжиренный творог</p>	д	<p>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</p>
9	<p>Какие рекомендации по питанию Вы дадите больному сахарным диабетом на случай кетоацидотического состояния? (ОПК5)</p>	д	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И.</p>

	<p>д. расширить диету за счет легкоусвояемых ув-содержащих продуктов</p> <p>е. ограничить растительную клетчатку</p> <p>ж. ограничить питье</p> <p>з. расширить диету за счет белковых продуктов</p>		<p>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</p>
10	<p>Противопоказания к занятиям в спортивной секции при сахарном диабете: (ОПК5)</p> <p>д. гликемия перед спортивным занятием выше 14 ммоль/л</p> <p>е. гликемия натощак менее 12 ммоль/л</p> <p>ж. склонность к кетоацидозу</p> <p>з. содержание холестерина в крови выше 5,2 ммоль/л</p>	д	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 4 года. Из анамнеза: на фоне назофарингита повысилась температура до 39,7⁰С, 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.</p> <p>Предположительный диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>	Надпочечниковый криз	<p>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</p>

<p>2.</p>	<p>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 в семье 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</p>	<p>Ожирение экзогенно- конституционального генеза</p>	<p>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</p>
-----------	--	---	---

	<p>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.</p> <p>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: кнаружи 90 град., кнутри-65, кверху-50, книзу-70. Рентгенография черепа: форма черепа округлая, турецкое седло не изменено.</p> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
3	<p>Мальчик 6 лет. Поступил с жалобами на избыточный вес, отставание в росте и развитии. Анамнез болезни: рос с избытком массы с первого года жизни, в росте отстает от сверстников, отстает в умственном развитии. Наблюдался и лечился неврологом с года. Анамнез жизни: Ребенок от 2й беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды срочные, самостоятельные, без патологии. Вес при рождении 3800 г, рост 50 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Вскармливание искусственное с 2-х недель жизни. Неонатальная желтуха до 2 месяцев жизни. Голову ребенок стал держать только в 5 месяцев, сидеть к году, а ходить с 2-х лет. К году вес 8500 г, рост 65 см. Первые зубы появились в 2 года. Перенесенные заболевания: не частые ОРВИ, затяжная неонатальная желтуха, дефицитная анемия с первого года. Семейный анамнез: Родители здоровы. Патологии роста и неврологических заболеваний в семье нет. Туберкулеза и венерических заболеваний у родственников нет. Статус при поступлении: Состояние ребенка средней тяжести, обусловленное неврологической симптоматикой. В сознании, вялый, малоподвижен. ЧМН: норма. Мышечный тонус диффузно умеренно снижен. Сухожильные рефлексы D=S, незначительно угнетены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Телосложение гиперстеническое, с сохранением инфантильных пропорций. Отложение жировой ткани равномерное. Стрий нет. Вес</p>	Ожирение тиреоидного генеза.	<p>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</p>

	<p>19 кг, рост 100 см. Кожные покровы чистые, субиктеричные, сухие, холодные на ощупь. Выражена отечность лица. Волосы сухие, ломкие, тусклые. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые. Костная система: короткие конечности. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, короткий систолический шум на верхушке и в 5 точке, не проводится за пределы сердца, ЧСС 62 в минуту. Живот гипотоничный, мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см., селезенка не пальпируется. Стул: стойкие запоры. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр.3,2 x 10¹²/л, Нв 82 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. 7,3 x 10⁹/л, э.-0%,п/я.-4%, с/я-48%, л.-42%, м.-6%. СОЭ-12 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- 122 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т₃ свободная фракция - 2,2 нмоль/л (N 4-7,4 нмоль/л), Т₄ свободная фракция - 5,6 нмоль/л (N 10-26 нмоль/л). Кровь на сахар: гликемия натощак 2,6 ммоль/л, через 2 часа после еды 3,5 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: УЗ-признаки гипоплазии щитовидной железы. ЭКГ: Синусовая брадикардия. Снижение вольтажа зубцов. Дистрофические изменения миокарда. ЭхоКГ: органической патологии не выявлено. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: Имеются ядра окостенения головчатой и крючковидной костей, дистальный эпифиз лучевой кости, эпифизы основных, средних и концевых фаланг и пястных костей.</p> <p>Поставьте и обоснуйте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>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</p>	<p>Синдром Иценко-Кушинга (кортекостерома).</p>	<p>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</p>

<p>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 синеватых 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 жираотложения, 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 x 10¹²/л, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. 9,0 x 10⁹/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 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</p>		<p>"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
---	--	---

	<p>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 х 4,7 см, контуры ровные, четкие. Визуализируется объемное образование в области правого надпочечника.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
5	<p>Мальчик 8 лет. Жалобы: на избыточную массу тела, отставание в психическом развитии. Анамнез болезни: имеет повышенную массу тела с первого года жизни, масса постепенно нарастает. Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с гестозом в первой половине. Роды в срок, масса 3600г, длина 55 см. Начал сидеть в 6 мес, ходить к году. Отставание в умственном развитии было замечено к 1,5 годам. Наблюдается у невролога. Получал ноопропил, кавинтон, фезам. Привит. Детскими инфекционными болезнями не болел, травм и операций не было. Наследственный анамнез: родственники не страдают избытком массы тела. Туберкулеза, венерических заболеваний в семье нет. Объективный статус: сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно. Легко отвлекается. Словарный запас маленький. Доброжелателен. Подвержен резким сменам настроения. Телосложение гиперстеническое. Отложение жирового слоя равномерное. Рост 123 см, масса 38 кг. Нарушение осанки, сутулость. Мышечная масса развита слабо. Кожные покровы чистые, мраморные. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум с максимальной точкой звучания во 2-3 межреберье слева у грудины, ЧСС 86/минуту. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, увеличен в размере за счет избыточного жирового отложения, безболезненный. Край печени не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул: склонность к запорам. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ</p>	<p>Синдром Барде-Бидля</p>	<p>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</p>

<p>крови: эр.4,5 x 10¹²/л, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, баз. 0%, эоз. 0%, п/яд. 8%, с/яд. 65%, лимф.19%, мон. 8%, СОЭ 4 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 300,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1018, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 0-1 в п/зр., эп.пл.0-1 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 1. Биохимический анализ крови: общий белок- 75 г/л, билирубин общий- 9,1 мкмоль/л, холестерин - 7,1 ммоль/л, тимоловая проба 4 ЕД, сулемовая проба 1,8 мл, АлАТ-0,47 ммоль/л, АсАТ-0,48 ммоль/л, остаточный азот-19 ммоль/л, мочевины- 6,5 ммоль/л, креатинин- 44,25 мкмоль/л, К-4,3 ммоль/л, Na-138 ммоль/л. Пероральный глюкозотолерантный тест: 4,5 ммоль/л -7,7 ммоль/л. Уровень гормонов крови: СТГ- 4,2 нг/мл (N до 10), ТТГ 3,2 мкМЕ/л (N 0,7-4,5), свободные фракции Т₄ 15 нмоль/ (N 10-26), Т₃ 5,5 пмоль/ (N 4,0-7,4), ЛГ 1,3 мМЕ/л (N 0,04-3,6), ФСГ 2,1 МЕ/л (N 0,3-4,6). Анализ мочи на кетоновые тела: отрицательно. Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло не изменено. Ренгенография кистей, лучезапястных суставов: костный возраст соответствует 7-8 годам. Окулист: при офтальмоскопии - отложение пигмента на периферии сетчатки и в области соска зрительного нерва. DS: Пигментная дегенерация сетчатки.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
---	--	--

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Неонатология»

ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>5. Задачами врача эндокринологического кабинета являются все перечисленные, за исключением (ОПК2) д. вакцинопрофилактики</p>	а	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю.</p>

	<p>е. консультаций больных эндокринными заболеваниями</p> <p>ж. специфической диагностики</p> <p>з. специфической гормонотерапии</p>		<p>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</p>
2.	<p>Возможными этиологическими факторами болезни Иценко-Кушинга не является: (ОПК1)</p> <p>и. гормонально-активные опухоли коры надпочечников</p> <p>к. опухоли гипофиза</p> <p>л. травмы черепа</p> <p>м. воспалительные процессы в гипоталамо-гипофизарной области</p>	а	<p>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</p>
3	<p>б. Первичным в патогенезе клинических симптомов несахарного диабета является: (ОПК4)</p> <p>д. полиурия</p> <p>е. полидипсия</p> <p>ж. дегидратация</p> <p>з. желудочно-кишечные расстройства</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
4	<p>11. Опухоли гипофиза можно заподозрить, если обнаруживается: (ОПК4)</p> <p>д. все ответы правильные</p> <p>е. эрозия костных стенок турецкого седла, головные боли</p> <p>ж. сужение полей зрения</p> <p>з. снижение слуха, вызванное сдавливанием слухового нерва</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
5	<p>12. В комплексе лечения церебрально-гипофизарного нанизма используются: (ОПК5)</p> <p>д. гормон роста, тиреоидные препараты, половые гормоны</p> <p>е. тиреоидные препараты,</p>	б	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с.</p>

	<p>поливитамины</p> <p>ж. хорионический гонадотропин, половые гормоны</p> <p>з. половые гормоны, глюкокортикостероиды</p>		<p>- ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
6	<p>13. Церебрально-гипофизарный нанизм необходимо дифференцировать с: (ОПК4)</p> <p>д. все перечисленное</p> <p>е. конституциональной задержкой роста и полового развития</p> <p>ж. семейной низкорослостью</p> <p>з. примордиальным нанизмом</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
7	<p>14. Клинические проявления церебрально-гипофизарного нанизма, обусловленные дефицитом гормона роста: (ОПК4)</p> <p>д. задержка роста, задержка костного возраста</p> <p>е. гипергликемии</p> <p>ж. задержка роста, ускорение костного возраста</p> <p>з. ожирение</p>	б	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
8	<p>6. В патогенезе клинических проявлений церебрально-гипофизарного нанизма имеет значение дефицит следующих гормонов: (ОПК4)</p> <p>д. тиреотропного гормона, гормона роста, адренкортикотропного гормона</p> <p>е. гормона роста, гонадотропинов</p> <p>ж. адренкортикотропного гормона, половых гормонов</p> <p>з. кортикостероидов</p>	а	<p>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</p>
9	<p>7. Клинические проявления акромегалии: (ОПК4)</p> <p>д. все перечисленное</p> <p>е. отеки и гипертрофия мягких тканей</p> <p>ж. гипертрофическая артропатия</p> <p>з. прогнатизм</p>	а	<p>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 :</p>

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
10	<p>8. Препараты, подавляющие секрецию АКГГ: (ОПК5)</p> <p>д. Бромкриптин. Достинекс</p> <p>е. Мамомит. Бромкриптин</p> <p>ж. Достинекс. Ориметен</p> <p>з. Ориметен. Мамомит</p>	а	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>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 37,1⁰ 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.,</p>	<p>Диффузный токсический зоб 2 степени, легкое течение</p>	<p>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</p>

	<p>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. $4,0 \times 10^{12}/л$, 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 мМЕ/л (N 0,17-4,05 мМЕ/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"> 5. Поставьте диагноз. 6. Назначьте необходимое дообследование. 7. Назначьте лечение. 8. Составьте план диспансеризации. 		
2.	<p>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, 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,</p>	Острый тиреозит	<p>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</p>

	<p>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> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
3	<p>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 4,05Т/л, Цв. П. 0,82, L 6,8 x103 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, непрямоy - 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> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников: вирильная форма</p>	<p>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</p>
4	<p>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, сольтерющей формы. Объективно: На момент осмотра состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие не</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников, смешанная форма (вирильная, сольтерющая), средней степени тяжести</p>	<p>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</p>

	<p>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. Мочиспускание 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.</p> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
5	<p>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.</p> <p>Данные обследования: Общий анализ крови: Эр. 3,6 x 10¹²/л, Нб - 88 г/л, ЦП - 0,8, Лейк. 4,3 x 10⁹/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.</p>	Хроническая надпочечниковая	<p>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</p>

	<p>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)</p> <p>Поставить диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.</p>		
--	---	--	--

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>К наследственным синдромам, сопровождающимся ожирением, относятся: (ОПК1)</p> <p>д. синдром Прадера-Вилли е. синдром Клайнфельтера ж. синдром Олбрайта-Брайцева з. ни один из перечисленных</p>	д	<p>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</p>
2.	<p>При лечении первичного гипокортицизма применяют: (ОПК5)</p> <p>д. стероидные гормоны е. сердечные препараты ж. мочегонные препараты з. Синактен-депо</p>	д	<p>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</p>
3	<p>Этиологические факторы вторичной хронической надпочечниковой недостаточности: (ОПК1)</p> <p>д. врожденный дефицит АКТГ е. опухоль надпочечника ж. врожденная гипоплазия надпочечников з. аутоиммунное поражение надпочечников</p>	д	<p>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 :</p>

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
4	Изменения, характерные для первичного гиперальдостеронизме: (ОПК4) д. содержание альдостерона в плазме повышено, активность ренина - снижена е. содержание альдостерона в плазме повышено, активность ренина - повышена ж. содержание альдостерона в плазме снижено, активность ренина - повышена з. содержание альдостерона в плазме снижено, активность ренина - снижена	д	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
5	Клинические симптомы, характерные для первичного гиперальдостеронизма: (ОПК4) д. артериальная гипертензия и приступы миоплегии е. головные боли и судорожная активность ж. слабость и прибавка веса з. полиурия и запах ацетона изо рта	д	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
6	Клинические симптомы, характерные для андростеромы: (ОПК4) д. рост ускорен и раннее телархе е. рост ускорен и задержка полового развития ж. задержка роста и раннее половое созревание з. рост ускорен и раннее половое оволосение	д	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
7	Пробы, имеющие диагностическое значение для глюкокортицизма: (ПК1) д. большая дексаметазоновая е. дексаметазон-хориогониновая ж. с АКТГ з. гсХГ	д	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

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
8	Особенностью вторичной надпочечниковой недостаточности не является: (ОПК4) д. нормальный уровень кортизола е. отсутствие гиперпигментации ж. отсутствие повышенной потребности в соли з. отсутствие гиперкалиемии	д	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
9	Основные принципы диетотерапии детей с ожирением предусматривают: (ОПК5) д. все перечисленное е. гипокалорийное дробное питание ж. ограничение жиров и углеводов з. содержание белка в возрастной потребности	д	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
10	В комплекс лечения гипоталамического ожирения не входит: (ОПК5) д. инсулинотерапия е. диетотерапия ж. физиотерапия з. липотропные препараты	д	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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	Диффузный токсический зоб 2 степени, легкое течение	Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю.

	<p>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.</p> <p>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 37,1⁰ 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 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. 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> <p>Поставьте диагноз. Назначьте необходимое дообследование. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		<p>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</p>
2.	Мальчик 7 лет, вес 32 кг, обратился с	Острый тиреодит	Детская эндокринология :

	<p>жалобами на слабость, нарастающую к вечеру, быструю утомляемость, фебрильную температуру 38,2⁰ С, 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 безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Стул через день. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр.3,2 x 10¹²/л, Нб 122 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. 11,3 x 10⁹/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> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		<p>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</p>
3	<p>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 4,05Т/л,</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников: вирильная форма</p>	<p>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</p>

	<p>Цв. П. 0,82, L 6,8 x103 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> <p>4. Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		
4	<p>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, сольтерьющей 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.</p> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников, смешанная форма (вирильная, сольтерьющая), средней степени тяжести</p>	<p>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.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
		Хроническая	Дедов, И. И.

5	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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)</p> <p>Поставить диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.</p>	надпочечниковая	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.studentlibra.ru/book/ISBN9785423501228.html
---	--	-----------------	---

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

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5)</p> <p>а.14 б.17 в.8 г.24</p>	а	<p align="right">Дедов, И. И.</p> <p>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.studentlibra</p>

			ry.ru/book/ISBN9785423501228.html
2.	<p>В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4)</p> <p>а.гиперосмолярность сыворотки крови б.накопление молочной кислоты в.гиперкалиемия г.накопление кислых кетоновых тел</p>	а	<p>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</p>
3	<p>Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4)</p> <p>а.коллоидный б.трабекулярный в.аутоиммунный г.фолликулярный</p>	а	<p>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</p>
4	<p>Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1)</p> <p>а.увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца б.любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы в.плотной консистенции долей щитовидной железы г.утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
5	<p>Основной источник йода для человека: (ОПК1)</p> <p>а.морские продукты б.поваренная соль в.молочные продукты г.растительная пища</p>	а	<p>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</p>

			3501228.html
6	<p>В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1)</p> <p>а.избыток тиреотропного гормона</p> <p>б.иммунодефицит</p> <p>в.тиреостимулирующие антитела</p> <p>г.избыток селена в продуктах питания</p>	а	<p>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</p>
7	<p>Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4)</p> <p>а.поражения цнс различной степени выраженности</p> <p>б.сахарный диабет новорожденного</p> <p>в.пороки развития плода</p> <p>задержка полового развития</p>	а	<p>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</p>
8	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4)</p> <p>а.1,5</p> <p>б.5,5</p> <p>в.3,3</p> <p>г.2,7</p>	а	<p>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</p>
9	<p>К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1)</p> <p>а.повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности</p> <p>б.снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности</p> <p>в.снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности</p> <p>г.потребность в инсулине во время беременности не изменяется</p>	а	<p>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</p>

10	<p>При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10)</p> <p>а. гипотоническому раствору хлорида натрия</p> <p>б. 4 % раствору гидрокарбоната натрия</p> <p>в. 5 % раствору глюкозы</p> <p>изотоническому раствору хлорида натрия</p>	а	<p>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</p>
----	---	---	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 4 года. Из анамнеза: на фоне назофарингита повысилась температура до 39,7°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.</p> <p>Предположительный диагноз.</p> <p>Дифференциальный диагноз.</p> <p>Лечение.</p>	Надпочечниковый криз	<p>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</p>
2.	<p>Мальчик 10 лет. Жалобы: на избыточный вес, повышенный аппетит, быструю утомляемость. Анамнез заболевания: ребенок родился с крупной массой, на первом году жизни ежемесячная</p>	Ожирение экзогенно-конституционального генеза	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с.</p>

<p>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 в семье 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.</p> <p>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:</p>		<p>- ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
--	--	--

	<p>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: кнаружи 90 град., кнутри-65, кверху-50, книзу-70. Рентгенография черепа: форма черепа округлая, турецкое седло не изменено.</p> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
3	<p>Мальчик 6 лет. Поступил с жалобами на избыточный вес, отставание в росте и развитии. Анамнез болезни: рос с избытком массы с первого года жизни, в росте отстает от сверстников, отстает в умственном развитии. Наблюдался и лечился неврологом с года. Анамнез жизни: Ребенок от 2й беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды срочные, самостоятельные, без патологии. Вес при рождении 3800 г, рост 50 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Вскармливание искусственное с 2-х недель жизни. Неонатальная желтуха до 2 месяцев жизни. Голову ребенок стал держать только в 5 месяцев, сидеть к году, а ходить с 2-х лет. К году вес 8500 г, рост 65 см. Первые зубы появились в 2 года. Перенесенные заболевания: не частые ОРВИ, затяжная неонатальная желтуха, дефицитная анемия с первого года. Семейный анамнез: Родители здоровы. Патологии роста и неврологических заболеваний в семье нет. Туберкулеза и венерических заболеваний у родственников нет. Статус при поступлении: Состояние ребенка средней тяжести, обусловленное неврологической симптоматикой. В сознании, вялый, малоподвижен. ЧМН: норма. Мышечный тонус диффузно умеренно снижен. Сухожильные рефлексy D=S, незначительно угнетены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Телосложение гиперстеническое, с сохранением инфантильных пропорций. Отложение жировой ткани равномерное. Стрий нет. Вес 19 кг, рост 100 см. Кожные покровы чистые, субиктеричные, сухие, холодные на ощупь. Выражена отечность лица. Волосы сухие, ломкие, тусклые. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые. Костная система: короткие конечности. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет.</p>	Ожирение тиреогенного генеза.	<p>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</p>

	<p>Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, короткий систолический шум на верхушке и в 5 точке, не проводится за пределы сердца, ЧСС 62 в минуту. Живот гипотоничный, мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см., селезенка не пальпируется. Стул: стойкие запоры. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр.3,2 x 10¹²/л, Нб 82 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. 7,3 x 10⁹/л, э.-0%,п/я.-4%, с/я-48%, л.-42%, м.-6%. СОЭ-12 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- 122 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т₃ свободная фракция - 2,2 нмоль/л (N 4-7,4 нмоль/л), Т₄ свободная фракция - 5,6 нмоль/л (N 10-26 нмоль/л). Кровь на сахар: гликемия натощак 2,6 ммоль/л, через 2 часа после еды 3,5 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: УЗ-признаки гипоплазии щитовидной железы. ЭКГ: Синусовая брадикардия. Снижение вольтажа зубцов. Дистрофические изменения миокарда. ЭхоКГ: органической патологии не выявлено. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: Имеются ядра окостенения головчатой и крючковидной костей, дистальный эпифиз лучевой кости, эпифизы основных, средних и концевых фаланг и пястных костей.</p> <p>Поставьте и обоснуйте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>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.</p>	Синдром Иценко-Кушинга (кортекостерома).	<p>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</p>

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 синеватых 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 x 10¹²/л, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. 9,0 x 10⁹/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 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. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: костный возраст соответствует 12 г. УЗИ органов брюшной полости: почки размером 9,3 x 4,7 см,

	<p>контуры ровные, четкие. Визуализируется объемное образование в области правого надпочечника.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
5	<p>Мальчик 8 лет. Жалобы: на избыточную массу тела, отставание в психическом развитии. Анамнез болезни: имеет повышенную массу тела с первого года жизни, масса постепенно нарастает. Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с гестозом в первой половине. Роды в срок, масса 3600г, длина 55 см. Начал сидеть в 6 мес, ходить к году. Отставание в умственном развитии было замечено к 1,5 годам. Наблюдается у невролога. Получал ноопропил, кавинтон, фезам. Привит. Детскими инфекционными болезнями не болел, травм и операций не было. Наследственный анамнез: родственники не страдают избытком массы тела. Туберкулеза, венерических заболеваний в семье нет. Объективный статус: сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно. Легко отвлекается. Словарный запас маленький. Доброжелателен. Подвержен резким сменам настроения. Телосложение гиперстеническое. Отложение жирового слоя равномерное. Рост 123 см, масса 38 кг. Нарушение осанки, сутулость. Мышечная масса развита слабо. Кожные покровы чистые, мраморные. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум с максимальной точкой звучания во 2-3 межреберье слева у грудины, ЧСС 86/минуту. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, увеличен в размере за счет избыточного жирового отложения, безболезненный. Край печени не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул: склонность к запорам. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ крови: эр.4,5 x 10¹²/л, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, баз. 0%, эоз. 0%, п/яд. 8%, с/яд. 65%, лимф.19%, мон. 8%, СОЭ 4 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 300,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1018, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 0-1 в п/зр., эп.пл.0-1 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 1. Биохимический анализ крови: общий белок-</p>	Синдром Барде-Бидля	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

	<p>75 г/л, билирубин общий- 9,1 мкмоль/л, холестерин - 7,1 ммоль/л, тимоловая проба 4 ЕД, сулемовая проба 1,8 мл, АлАТ-0,47 ммоль/л, АсАТ-0,48 ммоль/л, остаточный азот-19 ммоль/л, мочевины- 6,5 ммоль/л, креатинин- 44,25 мкмоль/л, К-4,3 ммоль/л, Na-138 ммоль/л. Пероральный глюкозотолерантный тест: 4,5 ммоль/л -7,7 ммоль/л. Уровень гормонов крови: СТГ- 4,2 нг/мл (N до 10), ТТГ 3,2 мкМЕ/л (N 0,7-4,5), свободные фракции Т₄ 15 нмоль/ (N 10-26), Т₃ 5,5 пмоль/ (N 4,0-7,4), ЛГ 1,3 мМЕ/л (N 0,04-3,6), ФСГ 2,1 МЕ/л (N 0,3-4,6). Анализ мочи на кетоновые тела: отрицательно. Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло не изменено. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: костный возраст соответствует 7-8 годам. Окулист: при офтальмоскопии - отложение пигмента на периферии сетчатки и в области соска зрительного нерва. DS: Пигментная дегенерация сетчатки.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
--	---	--	--

ОПК-6 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

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>К наследственным синдромам, сопровождающимся ожирением, относятся: (ОПК1)</p> <p>и. синдром Прадера-Вилли к. синдром Клайнфельтера л. синдром Олбрайта-Брайцева м. ни один из перечисленных</p>	д	<p>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</p>
2.	<p>При лечении первичного гипокортицизма применяют: (ОПК5)</p> <p>и. стероидные гормоны</p>	д	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И.</p>

	<p>к. сердечные препараты л. мочегонные препараты м. Синактен-депо</p>		<p>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</p>
3	<p>Этиологические факторы вторичной хронической надпочечниковой недостаточности: (ОПК1) и. врожденный дефицит АКТГ к. опухоль надпочечника л. врожденная гипоплазия надпочечников м. аутоиммунное поражение надпочечников</p>	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
4	<p>Изменения, характерные для первичного гиперальдостеронизма: (ОПК4) и. содержание альдостерона в плазме повышено, активность ренина - снижена к. содержание альдостерона в плазме повышено, активность ренина - повышена л. содержание альдостерона в плазме снижено, активность ренина - повышена м. содержание альдостерона в плазме снижено, активность ренина - снижена</p>	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
5	<p>Клинические симптомы, характерные для первичного гиперальдостеронизма: (ОПК4) и. артериальная гипертензия и приступы миоплегии к. головные боли и судорожная активность л. слабость и прибавка веса м. полиурия и запах ацетона изо рта</p>	д	<p>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</p>
6	<p>Клинические симптомы, характерные для андростеромы: (ОПК4) и. рост ускорен и раннее телархе к. рост ускорен и задержка полового развития</p>	д	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю.</p>

	<p>л. задержка роста и раннее половое созревание</p> <p>м. рост ускорен и раннее половое оволосение</p>		<p>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</p>
7	<p>Пробы, имеющие диагностическое значение для глюкостеромы: (ПК1)</p> <p>и. большая дексаметазоновая</p> <p>к. дексаметазон-хориогониновая</p> <p>л. с АКТГ</p> <p>м. гсХГ</p>	д	<p>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</p>
8	<p>Особенностью вторичной надпочечниковой недостаточности не является: (ОПК4)</p> <p>и. нормальный уровень кортизола</p> <p>к. отсутствие гиперпигментации</p> <p>л. отсутствие повышенной потребности в соли</p> <p>м. отсутствие гиперкалиемии</p>	д	<p>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</p>
9	<p>Основные принципы диетотерапии детей с ожирением предусматривают: (ОПК5)</p> <p>и. все перечисленное</p> <p>к. гипокалорийное дробное питание</p> <p>л. ограничение жиров и углеводов</p> <p>м. содержание белка в возрастной потребности</p>	д	<p>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</p>
10	<p>В комплекс лечения гипоталамического ожирения не входит: (ОПК5)</p> <p>и. инсулинотерапия</p> <p>к. диетотерапия</p> <p>л. физиотерапия</p> <p>м. липотропные препараты</p>	д	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва :</p>

			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
--	--	--	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 2-е сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, угрозы прерывания в 12 недель, на фоне внутриутробной гипоксии, роды срочные с обвитием пуповины. При рождении масса 2850г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: реакция на осмотр умеренно снижена. Двигательная активность снижена. Крик слабый, неэмоциональный. Голова долихоцефалической формы. Большой родничок 2х2см, на уровне костных краев. Голова отстает от туловища при тракции за руки. Глазной симптоматики нет. Диффузная умеренная мышечная гипотония. Рефлексы Бабкина снижен, хватательный ±, Робинсона -, рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижены, быстро угасают. Судорог при осмотре нет. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой снижен, истончен. Терморегуляция неустойчивая. Слизистые бледно-розового цвета. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно с обеих сторон. ЧСС 130/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При обследовании: общий анализ крови Лейк. $8,0 \times 10^9$/л, Эр. $6,18 \times 10^{12}$/л, Нб-207 г/л, э-2%, п/я-6, с/я-50, л-36, м-6, СОЭ 2 мм/ч. Электролиты крови К 6,4 ммоль/л, Na 124 ммоль/л. ЭКГ: удлиннен интервал PQ, зубец T высокий, заостренный. УЗИ органов брюшной полости - признаки кровоизлияния в оба надпочечника.</p> <p style="text-align: center;">Предположительный диагноз. Необходимые дополнительные обследования. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>	Острая надпочечниковая недостаточность	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

2.	<p>Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 1 родов, протекавших без патологии. Роды в срок. При рождении масса тела 3650 гр., длина 53 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. Рост в 1 год 77 см, в 2 года 92 см. За последние 6 месяцев выросла на 6 см. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Привита по возрасту. Семейный анамнез: эндокринной патологии в семье не выявлено. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Молочные железы несколько выдаются, околососочковый кружок вместе с соском образуют конус, плотно-эластичной консистенции, безболезненные пальпаторно. Периферические лимфатические узлы 1 и 2-го размера, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В лёгких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны ритмичные, отчетливые. ЧСС 115/минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный. Мочевыделение не нарушено. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Антропометрия: рост 98 см, вес 17,5 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,6 \times 10^{12}$ /л, Нб 118 г/л, цп 0,9, 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 150,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1019, 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.</p> <p>Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л, щелочная фосфатаза 5 ед., билирубин общий-9,8 мкмоль/л, прямой-2,0 мкмоль/л, непрямой-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, Ca 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%. Анализ кала на яйца гельминтов - не обнаружены.</p> <p>Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т₄ 10 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 5 нмоль/л (N 4-7,4), эстрадиол 56 пг/мл (N < 15), ЛГ 4,1 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 7,1 мМЕ/л (N 0,68-</p>	Идеопатическое истинное преждевременное половое развитие	<p>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</p>
----	---	--	---

	<p>6,7). Проба с гонадолиберином: усиление секреции ЛГ в 8 раз (N для препубертатного периода 2-4). Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: «костный возраст» соответствует 5 годам. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме.</p> <p>Поставьте диагноз. План дополнительного обследования. Лечебная тактика.</p>		
3	<p>Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.</p> <p>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 3200 г, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Семейный анамнез: у отца вторичные половые признаки появились к 15-ти годам. Родители среднего роста. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.</p> <p>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 не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен. Половые органы по мужскому типу, сформированы правильно. Формула полового созревания P 0, Aх 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 $4,8 \times 10^{12}/л$, 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 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 сыворотке крови: 0,7 нмоль/л (N 0,7-2,43 к 13 годам). После пробы с ХГ - уровень 1,4 нмоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 0,09</p>	Конституциональная задержка роста и пубертата	<p>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</p>

	<p>мМЕ/м (N 0,26-48), ФСГ - 0,4 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 5,1 нг/мл. Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.</p> <p>Поставьте диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>Девочка 2 месяца. Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе. Анамнез заболевания: с рождения, определяется неправильное строение наружных половых органов. Девочка часто срыгивала, со 2-й недели необильная рвота, аппетит снижен. Общая прибавка в массе за 2 месяца 250 гр. Периодически возникает жидкий стул до 5-6 раз в сутки.</p> <p>Анамнез жизни: от 1-й беременности на фоне токсикоза первой половины, с нефропатией. Роды в срок, вес при рождении 3200 гр., закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, докармливалась сцеженным молоком. Часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 гр. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В участились срыгивания и рвота. Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца - почечно-каменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 месяц при явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.</p> <p>Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36⁰С. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Масса 3450 гр., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0x1,5см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно ясный легочный звук, число дыханий 38 в мин. Границы сердечной тупости несколько расширены влево. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 132 в мин. Выслушивается систолический шум на</p>	<p>Врожденная гиперплазия коры надпочечников (АГС), сольтеряющая форма</p>	<p>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</p>

<p> верхушке сердца, короткий, за пределы сердца не проводится. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех областях. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника активная. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Моча светлая. Наружные половые органы гермафродитного типа - пенисообразный клитор с головкой и крайней плотью. Большие половые губы мошонкообразные, яички не пальпируются. Неврологический статус: патологических рефлексов нет, физиологические рефлексы резко снижены, сосание и глотание не нарушены. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, Нб 119 г/л, цп 0,87, лейк. $10,0 \times 10^9/л$, э-5%, п/я-4%, с/я-23%, л-60%, м-8%, СОЭ 6 мм/ч. </p> <p> Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок- нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., цилиндр-нет. Биохимические показатели крови: глюкоза натощак 3,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,0 ммоль/л, холестерин 1,7 ммоль/л (N 1,56-2,99), билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-2,5ммоль/л, непрямой-10,0 ммоль/л, АлАТ-0,41 ммоль/л, АсАТ-0,5 ммоль/л, сулемовая проба 1,6мл, тимоловая-2,0 ед, К-5,9 ммоль/л (N 4,1-5,7), На-125 ммоль/л (N 133-142), С1 - 90 ммоль/л(N 95-110). Уровень гормонов крови: андростендион - 6,4 нмоль/л (N 0,2-2,4), 17-ОПГ (17-гидроксипрогестерон) 4,5 нмоль/л (N 0,1-2,7).Суточная экскреция с мочей: 17-ОКС-0,7 мг/сут (N 0,5-1,0), уровень альдостерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67), 17-КС - 5,1 мг/сут (N до 2), Проба с преднизолоном: 17-КС в моче до пробы-5,1 мг/сут, после пробы 2,3 мг/сут.Половой хроматин в буккальном мазке: 30% хроматинположительных ядер.Рентгенография кисти, лучезапястных суставов: произошло окостенение головчатой, крючковидной костей.Рентгенография черепа в 2-х проекциях: турецкое седло не изменено. Швы, малый родничок закрыты. Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений без патологии.Пневмосупраренография: умеренная гиперплазия обоих надпочечников.Кариотип: 46,XX. </p> <p> Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации. Прогноз. </p>		
Мальчик 17 лет.	Синдром Клайнфельтера	Дедов, И. И.

5	<p>При осмотре рост 195 см, масса 95. Телосложение евнухоидное. Непропорционально длинные конечности, узкая грудная клетка. Мускулатура развита слабо. Отложение жира по женскому типу. Гинекомастия. Скудное оволосение лица, подмышечных впадин. Соматический статус без особенностей. Половые органы сформированы по мужскому типу. Половой член небольшой, дряблый. Яички небольшие, плотные, безболезненные. При обследовании: уровень глюкозы натощак 6,2 ммоль/л, кариотип 47,XXY.</p> <p>Предварительный диагноз. Какие исследования требуется провести для уточнения диагноза? Назначьте лечение.</p>		<p>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</p>
---	--	--	--

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>На 1 году диабета потребность в инсулине (ед/кгм.т./сут) у детей чаще составляет: (ОПК5)</p> <p>и. 0,3-0,5 к. более 1 л. 0,6-0,8 м. 0,8-1,0</p>	и	<p>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</p>
2.	<p>Ребенок 3-х лет рос и развивался нормально. Изредка болел ОРВИ. Неделю назад без видимой причины появились жажда, полиурия, энурез. Родители отмечают у ребенка хороший аппетит - при том, что он похудел. Для уточнения диагноза необходимо провести исследование: (ОПК4)</p> <p>и. сахар крови к. проба Зимницкого л. исследование креатинина крови м. консультация невропатолога</p>	и	<p>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</p>
3	<p>При лечении диабетической кетоацидотической комы - инсулин следует вводить: (ОПК5)</p>	и	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И.</p>

	<p>и. в/в капельно к. п/к л. в/в струйно м. в/м</p>		<p>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</p>
4	<p>Диабетическая кетоацидотическая кома развивается: (ОПК1) и. постепенно в течение нескольких дней к. внезапно л. в течение 1-2 часов м. в ночные часы</p>	и	<p>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</p>
5	<p>Основная причина развития диабетической кетоацидотической комы: (ОПК1) и. дефицит инсулина к. избыток инсулина л. дефицит глюкагона м. дефицит глюкокортикоидов</p>	и	<p>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</p>
6	<p>Какие из перечисленных продуктов Вы не рекомендуете включать в рацион питания ребенка с сахарным диабетом: (ОПК5) и. виноград, инжир, хурма к. грибы л. сметана, сливки, сыры, масло сливочное м. хлеб</p>	и	<p>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</p>
7	<p>Исключение каких продуктов позволит ограничить жиры в питании ребенка, находящегося в состоянии кетоза: (ОПК5) и. корейка, грудинка</p>	и	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> к. отварная рыба л. белые сорта сыра м. обезжиренный творог 		<p>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</p>
8	<p>Какие рекомендации по питанию Вы дадите больному сахарным диабетом на случай кетоацидотического состояния? (ОПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. расширить диету за счет легкоусвояемых ув-содержащих продуктов к. ограничить растительную клетчатку л. ограничить питье м. расширить диету за счет белковых продуктов 	и	<p>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</p>
9	<p>Противопоказания к занятиям в спортивной секции при сахарном диабете: (ОПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. гликемия перед спортивным занятием выше 14 ммоль/л к. гликемия натощак менее 12 ммоль/л л. склонность к кетоацидозу м. содержание холестерина в крови выше 5,2 ммоль/л 	и	<p>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</p>
10	<p>Ребенок 10 лет, у которого диабет был выявлен 3 года назад, получает 3 инъекции инсулина короткого действия перед каждым приемом пищи и 2 инъекции инсулина пролонгированного действия перед завтраком и перед сном. 3 дня тому назад выявлено ОРЗ, протекающее с гипертермией и острыми катаральными явлениями. Появились жажда в течение всего дня, выявлены повышенные показатели гликемии, положительная реакция мочи на ацетон. Показанием для госпитализации данного пациента может быть: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> д. ухудшение самочувствия, стойкая ацетонурия е. выраженные катаральные явления ж. температура тела 38,3 ° з. сниженный аппетит 	д	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 2-е сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, угрозы прерывания в 12 недель, на фоне внутриутробной гипоксии, роды срочные с обвитием пуповины. При рождении масса 2850г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: реакция на осмотр умеренно снижена. Двигательная активность снижена. Крик слабый, неэмоциональный. Голова долихоцефалической формы. Большой родничок 2x2см, на уровне костных краев. Голова отстает от туловища при тракции за руки. Глазной симптоматики нет. Диффузная умеренная мышечная гипотония. Рефлексы Бабкина снижен, хватательный ±, Робинсона -, рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижены, быстро угасают. Судорог при осмотре нет. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой снижен, истончен. Терморегуляция неустойчивая. Слизистые бледно-розового цвета. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно с обеих сторон. ЧСС 130/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При обследовании: общий анализ крови Лейк. $8,0 \times 10^9$/л, Эр. $6,18 \times 10^{12}$/л, Нб-207 г/л, э-2%, п/я-6, с/я-50, л-36, м-6, СОЭ 2 мм/ч. Электролиты крови К 6,4 ммоль/л, Na 124 ммоль/л. ЭКГ: удлиннен интервал PQ, зубец T высокий, заостренный. УЗИ органов брюшной полости - признаки кровоизлияния в оба надпочечника.</p> <p style="text-align: center;">Предположительный диагноз. Необходимые дополнительные обследования. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>	Острая надпочечниковая недостаточность	<p>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.studentlibra.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
2.	<p>Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 1 родов, протекавших без патологии. Роды в срок. При рождении масса тела 3650 гр., длина 53 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. Рост в 1 год 77 см, в 2 года 92 см. За последние 6 месяцев выросла на 6 см. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ.</p>	Идеопатическое истинное преждевременное половое развитие	<p>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 :</p>

<p>Привита по возрасту. Семейный анамнез: эндокринной патологии в семье не выявлено. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Молочные железы несколько выдаются, околосососковый кружок вместе с соском образуют конус, плотно-эластичной консистенции, безболезненные пальпаторно. Периферические лимфатические узлы 1 и 2-го размера, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В лёгких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны ритмичные, отчетливые. ЧСС 115/минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный. Мочеиспускание не нарушено. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Антропометрия: рост 98 см, вес 17,5 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,6 \times 10^{12}$ /л, Нб 118 г/л, цп 0,9, 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 150,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1019, 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.</p> <p>Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л, щелочная фосфатаза 5 ед., билирубин общий-9,8 мкмоль/л, прямой-2,0 мкмоль/л, не прямой-7,8 мкмоль/л, АЛТ-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%. Анализ кала на яйца гельминтов - не обнаружены.</p> <p>Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т₄ 10 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 5 нмоль/л (N 4-7,4), эстрадиол 56 пг/мл (N < 15), ЛГ 4,1 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 7,1 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Проба с гонадолиберином: усиление секреции ЛГ в 8 раз (N для препубертатного периода 2-4). Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: «костный возраст» соответствует 5 годам. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме.</p> <p style="text-align: center;">Поставьте диагноз. План дополнительного</p>	<p>электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
--	--

	<p>обследования. Лечебная тактика.</p>		
<p>3</p>	<p>Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.</p> <p>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 беременностей, вторых родов, протекавших без патологии. Родился без асфиксии. Масса 3200 г, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Семейный анамнез: у отца вторичные половые признаки появились к 15-ти годам. Родители среднего роста. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.</p> <p>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 не выступает из-под края рёберной дуги. 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 $4,8 \times 10^{12}/л$, 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 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 сыворотке крови: 0,7 нмоль/л (N 0,7-2,43 к 13 годам). После пробы с ХГ - уровень 1,4 нмоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 0,09 мМЕ/мл (N 0,26-48), ФСГ - 0,4 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 5,1 нг/мл. Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.</p> <p>Поставьте диагноз. Проведите дифференциальный диагноз.</p>	<p>Конституциональная задержка роста и пубертата</p>	<p>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</p>

	<p>Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>Девочка 2 месяца. Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе. Анамнез заболевания: с рождения, определяется неправильное строение наружных половых органов. Девочка часто срыгивала, со 2-й недели необильная рвота, аппетит снижен. Общая прибавка в массе за 2 месяца 250 гр. Периодически возникает жидкий стул до 5-6 раз в сутки.</p> <p>Анамнез жизни: от 1-й беременности на фоне токсикоза первой половины, с нефропатией. Роды в срок, вес при рождении 3200 гр., закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, докармливалась сцеженным молоком. Часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 гр. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В участились срыгивания и рвота. Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца - почечно-каменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 месяц при явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.</p> <p>Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36⁰С. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Масса 3450 гр., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0x1,5см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно ясный легочный звук, число дыханий 38 в мин. Границы сердечной тупости несколько расширены влево. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 132 в мин. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца, короткий, за пределы сердца не проводится. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех областях. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника активная. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Моча светлая. Наружные половые органы гермафродитного типа - пенисообразный клитор с головкой и крайней плотью. Большие половые губы мошонкообразные,</p>	<p>Врожденная гиперплазия коры надпочечников (АГС), сольтеряющая форма</p>	<p>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</p>

	<p>яички не пальпируются. Неврологический статус: патологических рефлексов нет, физиологические рефлексы резко снижены, сосание и глотание не нарушены. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. 4,5 x 10¹²/л, Нб 119 г/л, цп 0,87, лейк. 10,0 x 10⁹/л, э-5%, п/я-4%, с/я-23%, л-60%, м-8%, СОЭ 6 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок- нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., цилиндр-нет. Биохимические показатели крови: глюкоза натощак 3,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,0 ммоль/л, холестерин 1,7 ммоль/л (N 1,56-2,99), билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-2,5ммоль/л, непрямой-10,0 ммоль/л, АлАТ-0,41 ммоль/л, АсАТ-0,5 ммоль/л, сулемовая проба 1,6мл, тимоловая-2,0 ед, К-5,9 ммоль/л (N 4,1-5,7), На-125 ммоль/л (N 133-142), С1 - 90 ммоль/л(N 95-110). Уровень гормонов крови: андростендион - 6,4 нмоль/л (N 0,2-2,4), 17-ОПГ (17-гидроксипрогестерон) 4,5 нмоль/л (N 0,1-2,7).Суточная экскреция с мочей: 17-ОКС-0,7 мг/сут (N 0,5-1,0), уровень альдостерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67), 17-КС - 5,1 мг/сут (N до 2), Проба с преднизолоном: 17-КС в моче до пробы-5,1 мг/сут, после пробы 2,3 мг/сут.Половой хроматин в буккальном мазке: 30% хроматинположительных ядер.Рентгенография кисти, лучезапястных суставов: произошло окостенение головчатой, крючковидной костей.Рентгенография черепа в 2-х проекциях: турецкое седло не изменено. Швы, малый родничок закрыты. Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений без патологии.Пневмосупраренография: умеренная гиперплазия обоих надпочечников.Кариотип: 46,XX.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации. Прогноз.</p>		
5	<p>Мальчик 17 лет.</p> <p>При осмотре рост 195 см, масса 95. Телосложение евнухоидное. Непропорционально длинные конечности, узкая грудная клетка. Мускулатура развита слабо. Отложение жира по женскому типу. Гинекомастия. Скудное оволосение лица, подмышечных впадин. Соматический статус без особенностей. Половые органы сформированы по мужскому типу. Половой член небольшой, дряблый. Яички небольшие, плотные, безболезненные. При</p>	Синдром Клайнфельтера	<p>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 :</p>

	обследовании: уровень глюкозы натощак 6,2 ммоль/л, кариотип 47,XXY. Предварительный диагноз. Какие исследования требуется провести для уточнения диагноза? Назначьте лечение.		https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785423501228.html
--	--	--	---

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5) а.14 б.17 в.8 г.24	а	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.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465141.html
2.	В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4) а.гиперосмолярность сыворотки крови б.накопление молочной кислоты в.гиперкалиемия г.накопление кислых кетоновых тел	а	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.studentlibra.ru/book/ISBN9785423501228.html
3	Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4) а.коллоидный б.трабекулярный в.аутоиммунный г.фолликулярный	а	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	Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1) а.увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца б.любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы в.плотной консистенции долей щитовидной железы г.утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см	а	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
5	Основной источник йода для человека: (ОПК1) а.морские продукты б.поваренная соль в.молочные продукты г.растительная пища	а	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
6	В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1) а.избыток тиреотропного гормона б.иммунодефицит в.тирестимулирующие антитела г.избыток селена в продуктах питания	а	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
7	Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4) а.поражения цнс различной степени выраженности б.сахарный диабет новорожденного в.пороки развития плода задержка полового развития	а	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
8	Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4) а.1,5 б.5,5 в.3,3 г.2,7	а	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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
9	К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1) а.повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности б.снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности в.снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности г.потребность в инсулине во время беременности не изменяется	а	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
10	При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10) а.гипотоническому раствору хлорида натрия б.4 % раствору гидрокарбоната натрия в.5 % раствору глюкозы г.изотоническому раствору хлорида натрия	а	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Мальчик 2-е сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, угрозы прерывания в 12 недель, на фоне внутриутробной гипоксии, роды срочные с обвитием пуповины. При рождении масса 2850г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре:	Острая надпочечниковая недостаточность	Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст :

	<p>реакция на осмотр умеренно снижена. Двигательная активность снижена. Крик слабый, неэмоциональный. Голова долихоцефалической формы. Большой родничок 2х2см, на уровне костных краев. Голова отстает от туловища при тракции за руки. Глазной симптоматики нет. Диффузная умеренная мышечная гипотония. Рефлексы Бабкина снижен, хватательный ±, Робинсона -, рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижены, быстро угасают. Судорог при осмотре нет. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой снижен, истончен. Терморегуляция неустойчивая. Слизистые бледно-розового цвета. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно с обеих сторон. ЧСС 130/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При обследовании: общий анализ крови Лейк. $8,0 \times 10^9$/л, Эр. $6,18 \times 10^{12}$/л, Hb-207 г/л, э-2%, п/я-6, с/я-50, л-36, м-6, СОЭ 2 мм/ч. Электролиты крови К 6,4 ммоль/л, Na 124 ммоль/л. ЭКГ: удлинена интервал PQ, зубец T высокий, заостренный. УЗИ органов брюшной полости - признаки кровоизлияния в оба надпочечника.</p> <p>Предположительный диагноз. Необходимые дополнительные обследования. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>		<p>электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
2.	<p>Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 1 родов, протекавших без патологии. Роды в срок. При рождении масса тела 3650 гр., длина 53 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. Рост в 1 год 77 см, в 2 года 92 см. За последние 6 месяцев выросла на 6 см. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Привита по возрасту. Семейный анамнез: эндокринной патологии в семье не выявлено. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Молочные железы несколько выдаются, околососковый кружок вместе с соском образуют конус, плотно-эластичной консистенции, безболезненные пальпаторно. Периферические лимфатические узлы 1 и 2-го размера, эластичные, подвижные,</p>	<p>Идеопатическое истинное преждевременное половое развитие</p>	<p>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</p>

	<p>безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В лёгких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны ритмичные, отчетливые. ЧСС 115/минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный. Мочейспускание не нарушено. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Антропометрия: рост 98 см, вес 17,5 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. 4,6 x10¹² /л, Нб 118 г/л, цп 0,9, лейкоц. 4,5 x10⁹ /л, э-2%, п/я-5, с/я-45, л-44, м-4, СОЭ 5 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 150,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1019, 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.</p> <p>Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 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%. Анализ кала на яйца гельминтов - не обнаружены.</p> <p>Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т₄ 10 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 5 нмоль/л (N 4-7,4), эстрадиол 56 пг/мл (N < 15), ЛГ 4,1 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 7,1 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Проба с гонадолиберином: усиление секреции ЛГ в 8 раз (N для препубертатного периода 2-4). Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: «костный возраст» соответствует 5 годам. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме.</p> <p style="text-align: center;">Поставьте диагноз. План дополнительного обследования. Лечебная тактика.</p>		
3	<p>Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.</p> <p>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 3200 г, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не</p>	Конституциональная задержка роста и пубертата	<p>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</p>

	<p>болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Семейный анамнез: у отца вторичные половые признаки появились к 15-ти годам. Родители среднего роста. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.</p> <p>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 не выступает из-под края рёберной дуги. 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 $4,8 \times 10^{12}/л$, 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 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 сыворотке крови: 0,7 нмоль/л (N 0,7-2,43 к 13 годам). После пробы с ХГ - уровень 1,4 нмоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 0,09 мМЕ/м (N 0,26-48), ФСГ - 0,4 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 5,1 нг/мл. Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.</p> <p>Поставьте диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
4	<p>Девочка 2 месяца. Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе. Анамнез заболевания: с рождения, определяется неправильное строение наружных половых органов. Девочка часто срыгивала, со 2-й недели необильная рвота, аппетит снижен. Общая прибавка в массе за 2 месяца 250 гр. Периодически возникает</p>	<p>Врожденная гиперплазия коры надпочечников (АГС), сольтеряющая форма</p>	<p>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</p>

<p>жидкий стул до 5-6 раз в сутки.</p> <p>Анамнез жизни: от 1-й беременности на фоне токсикоза первой половины, с нефропатией. Роды в срок, вес при рождении 3200 гр., закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, докармливалась сцеженным молоком. Часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 гр. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В участились срыгивания и рвота.</p> <p>Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца - почечно-каменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 месяц при явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.</p> <p>Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36⁰С. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Масса 3450 гр., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0x1,5см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно ясный легочный звук, число дыханий 38 в мин. Границы сердечной тупости несколько расширены влево. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 132 в мин. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца, короткий, за пределы сердца не проводится. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех областях. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника активная. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Моча светлая. Наружные половые органы гермафродитного типа - пенисообразный клитор с головкой и крайней плотью. Большие половые губы мошонкообразные, яички не пальпируются. Неврологический статус: патологических рефлексов нет, физиологические рефлекс резко снижены, сосание и глотание не нарушены. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. 4,5 x 10¹²/л, Нб 119 г/л, цп 0,87, лейко. 10,0 x 10⁹/л, э-5%, п/я-4%, с/я-23%, л-60%, м-8%, СОЭ 6 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок- нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., цилиндр-нет. Биохимические показатели крови: глюкоза натощак 3,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,0 ммоль/л,</p>		<p>"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
--	--	---

	<p>холестерин 1,7 ммоль/л (N 1,56-2,99), билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-2,5ммоль/л, непрямой-10,0 ммоль/л, АлАТ-0,41 ммоль/л, АсАТ-0,5 ммоль/л, сулемовая проба 1,6мл, тимоловая-2,0 ед, К-5,9 ммоль/л (N 4,1-5,7), Na-125 ммоль/л (N 133-142), С1 - 90 ммоль/л(N 95-110). Уровень гормонов крови: андростендион - 6,4 нмоль/л (N 0,2-2,4), 17-ОПГ (17-гидроксипрогестерон) 4,5 нмоль/л (N 0,1-2,7).Суточная экскреция с мочей: 17-ОКС-0,7 мг/сут (N 0,5-1,0), уровень альдостерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67), 17-КС - 5,1 мг/сут (N до 2), Проба с преднизолоном: 17-КС в моче до пробы-5,1 мг/сут, после пробы 2,3 мг/сут. Половой хроматин в буккальном мазке: 30% хроматинположительных ядер.Рентгенография кисти, лучезапястных суставов: произошло окостенение головчатой, крючковидной костей.Рентгенография черепа в 2-х проекциях: турецкое седло не изменено. Швы, малый родничок закрыты. Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений без патологии.Пневмосупраренография: умеренная гиперплазия обоих надпочечников.Кариотип: 46,XX.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации. Прогноз.</p>		
5	<p>Мальчик 17 лет. При осмотре рост 195 см, масса 95. Телосложение евнухоидное. Непропорционально длинные конечности, узкая грудная клетка. Мускулатура развита слабо. Отложение жира по женскому типу. Гинекомастия. Скудное оволосение лица, подмышечных впадин. Соматический статус без особенностей. Половые органы сформированы по мужскому типу. Половой член небольшой, дряблый. Яички небольшие, плотные, безболезненные. При обследовании: уровень глюкозы натощак 6,2 ммоль/л, кариотип 47,XXY.</p> <p>Предварительный диагноз. Какие исследования требуется провести для уточнения диагноза? Назначьте лечение.</p>	Синдром Клайнфельтера	<p>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</p>

ОПК-9 Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Для болезни Иценко-Кушинга не характерно увеличение секреции: (ОПК4) д. катехоламинов е. кортикотропина ж. глюкокортикоидов з. андрогенов	д	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.	Обменные нарушения, характерные для болезни Иценко-Кушинга: (ОПК4) г. все ответы верны д. ожирение е. снижение толерантности к углеводам повышенный катаболизм белков	г	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
3	15. К аутоиммунному типу сахарного диабета относится: (ОПК1) д. сахарный диабет 1 типа е. сахарный диабет 2 типа ж. тип MODY з. гестационный диабет	д	Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
4	Предпочтительными режимами инсулинотерапии у детей и подростков являются: (ОПК5) д. базисно-болюсный режим: инсулин короткого действия перед основными приемами пищи на фоне 2 инъекций инсулина пролонгированного	и	Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. -

	<p>действия</p> <p>е. 1 инъекция в день инсулинов короткого и пролонгированного действия</p> <p>ж. 2 инъекции в день инсулина короткого действия и 2 инъекции инсулина продленного действия</p> <p>з. 3-4 инъекции инсулина пролонгированного действия</p>		<p>ISBN 978-5-9704-5936- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
5	<p>К метаболическим маркерам гипогликемии относятся: (ОПК4)</p> <p>д. низкое содержание сахара в крови</p> <p>е. высокое содержание сахара в крови</p> <p>ж. повышение концентрации в крови кетоновых тел</p> <p>з. положительная реакция мочи на ацетон</p>	и	<p>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</p>
6	<p>Нагрузка глюкозой при проведении стандартного глюкозотолерантного теста дается из расчета (г/кг): (ОПК4)</p> <p>д. 1,75</p> <p>е. 0,5</p> <p>ж. 1,5</p> <p>з. 2,75</p>	д	<p>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</p>
7	<p>Посталиментарная гликемия указывает на сахарный диабет при значениях (ммоль/л): (ОПК4)</p> <p>д. > 11,1</p> <p>е. > 9,9</p> <p>ж. > 12,0</p> <p>з. > 9,6</p>	д	<p>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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
8	<p>Гликемия натощак определяется как "диабетическая" при уровне глюкозы в капиллярной цельной крови (ммоль/л): (ОПК4)</p> <p>д. > 7,2</p> <p>е. > 6,7</p>	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-</p>

	<p>ж. > 8,6 з. > 9,0</p>		<p>Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
9	<p>К наиболее вероятному экзогенному фактору, провоцирующему сахарный диабет 2 типа относится: (ОПК1) д. ожирение е. эмоциональный стресс ж. панкреатит з. нейроинфекции</p>	д	<p>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</p>
10	<p>К независимым факторам риска сахарного диабета относится: (ОПК1) д. генетический фактор е. алиментарный фактор ж. травматический фактор з. чрезмерные физические нагрузки</p>	д	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: частые ангины, бронхит, ветряная оспа. Аллергологический</p>	<p>Диффузный токсический зоб 2 степени, легкое течение</p>	<p>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</p>

	<p>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 37,1⁰ 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 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. 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> <p>Поставьте диагноз. Назначьте необходимое дообследование. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		0465141.html
2.	<p>Мальчик 7 лет, вес 32 кг, обратился с жалобами на слабость, нарастающую к вечеру, быструю утомляемость, фебрильную температуру 38,2⁰ С, 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,</p>	Острый тиреодит	<p>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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

	<p>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 безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Стул через день. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр.3,2 x 10¹²/л, Нб 122 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. 11,3 x 10⁹/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> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		<p>https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
3	<p>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 акневулгарис. 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 4,05Т/л, Цв. П. 0,82, L 6,8 x10³ 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</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников: вирильная форма</p>	<p>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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>

	<p>возраст составляет 14 лет.</p> <p>5. Поставьте предварительный диагноз</p> <p>Составьте план обследования</p> <p>Укажите основные принципы лечения</p>		
4	<p>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, сольтерющей 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</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Поставьте предварительный диагноз</p> <p>Составьте план обследования</p> <p>Укажите основные принципы лечения</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников, смешанная форма (вирильная, сольтерьяющая), средней степени тяжести</p>	<p>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</p>
5	<p>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</p>	<p>Хроническая надпочечниковая</p>	<p>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</p>

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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)</p> <p>Поставить диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.</p>	<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
--	--	--

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Задачами врача эндокринологического кабинета являются все перечисленные, за исключением (ОПК2)</p> <p>а. вакцинопрофилактики б. консультаций больных эндокринными заболеваниями в. специфической диагностики г. специфической гормонотерапии</p>	а	<p>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</p>
2.	<p>Возможными этиологическими факторами болезни Иценко-Кушинга не является: (ОПК1)</p> <p>а. гормонально-активные опухоли коры надпочечников б. опухоли гипофиза в. травмы черепа г. воспалительные процессы в</p>	а	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст :</p>

	гипоталамо-гипофизарной области		электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
3	Первичным в патогенезе клинических симптомов несахарного диабета является: (ОПК4) а. полиурия б. полидипсия в. дегидратация г. желудочно-кишечные расстройства	а	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	Опухоли гипофиза можно заподозрить, если обнаруживаются: (ОПК4) а. все ответы правильные б. эрозия костных стенок турецкого седла, головные боли в. сужение полей зрения г. снижение слуха, вызванное сдавливанием слухового нерва	а	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
5	В комплексе лечения церебрально-гипофизарного нанизма используются: (ОПК5) а. гормон роста, тиреоидные препараты, половые гормоны б. тиреоидные препараты, поливитамины в. хорионический гонадотропин, половые гормоны г. половые гормоны, глюкокортикостероиды	б	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
6	Церебрально-гипофизарный нанизм необходимо дифференцировать с: (ОПК4) а. все перечисленное б. конституциональной задержкой роста и полового развития в. семейной низкорослостью г. примордиальным нанизмом	а	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
7	<p>Клинические проявления церебрально-гипофизарного нанизма, обусловленные дефицитом гормона роста: (ОПК4)</p> <p>а. задержка роста, задержка костного возраста б. гипергликемии в. задержка роста, ускорение костного возраста г. ожирение</p>	б	<p>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</p>
8	<p>В патогенезе клинических проявлений церебрально-гипофизарного нанизма имеет значение дефицит следующих гормонов: (ОПК4)</p> <p>а. тиреотропного гормона, гормона роста, адренокортикотропного гормона б. гормона роста, гонадотропинов в. адренокортикотропного гормона, половых гормонов г. кортикостероидов</p>	а	<p>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</p>
9	<p>Клинические проявления акромегалии: (ОПК4)</p> <p>а. все перечисленное б. отеки и гипертрофия мягких тканей в. гипертрофическая артропатия г. прогнатизм</p>	а	<p>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</p>
10	<p>Препараты, подавляющие секрецию АКТГ: (ОПК5)</p> <p>а. Бромкриптин. Достинекс б. Мамомит. Бромкриптин в. Достинекс. Ориметен г. Ориметен. Мамомит</p>	а	<p>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</p>

		студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Семейный анамнез: Родители здоровы. Рост матери 168 см, отца 184 см. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, активная. Телосложение пропорциональное. 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. Мочеиспускание 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 x10¹²/л, Нв 118 г/л, цп 0,89, лейкоц. 4,5 x10⁹/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-</p>	Гипофизарный нанизм.	<p>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</p>

	<p>2,0мкмоль/л, непрямой-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.</p> <p>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 мкМЕ/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.</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поставьте диагноз. • Проведите дифференциальный диагноз. • Назначьте лечение. • Составьте план диспансеризации. 		
2.	<p>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.</p> <p>Анамнез жизни: от 3 беременностей, 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</p>	Конституциональный нанизм	<p>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</p>

	<p>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 х 1,5 см. Антропометрия: рост 139 см, вес 32 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 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, К А/Г=1,4, остаточный азот 20,0 ммоль/л, мочевина 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поставьте диагноз. • Проведите дифференциальный диагноз. • Назначьте лечение. • Составьте план диспансеризации. 		
3	<p>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</p>	Синдром Шерешевского-Тернера	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

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 I-II и паховые - I размера, единичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, эластичной консистенции, безболезненные. Мышечная система симметрично развита, тонус и сила мышц достаточны. 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. Психоориентация женская. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр 4,8 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-57, л-34, м-4, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/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, мочевина 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

	<p>дистальные эпифизы локтевой и лучевой костей, эпифизы фаланг 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.</p> <p>Кариотип: 45,ХО.</p> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Возможности терапии. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>Девочка 15 лет. Жалобы: на низкий рост. Анамнез заболевания: девочка отстает в росте от сверстников с раннего возраста, рост в 1 год - 68 см, на втором и третьем годах прибавка роста 5-6 см, после 4 лет - 3-4 см в год. Пубертат наступил вовремя.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды в срок, масса при рождении 3300 г, рост 52 см. Перенесенные заболевания: в 6 месяцев эпидемический паротит. Привита по возрасту. Наследственный анамнез: родители, родственники здоровы. Родители низкого роста: мать 128 см, отец 132 см. Объективный статус: состояние удовлетворительное. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные. Периферические лимфоузлы 1-2 размера, эластичные, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. ЧД 19/мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧСС 82/мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул оформленный, 1раз/сут. Мочеиспускание не нарушено. Половые органы сформированы по женскому типу. Ма 3, Р 3, Ах 2, Ме 3. Антропометрические данные: рост 120 см, вес 24 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр 4,8 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/л. Общий анализ мочи: уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпит.плоский ед. в п.з. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, К А/Г=1,2, остаточный</p>	Низкорослость семейная.	<p>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</p>

	<p>азот 19,0 ммоль/л, мочевина 4,5 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,9 ммоль/л. Кальций общий 2,7 ммоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л. 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). Клофелинова проба: до - СТГ 7,1 нг/мл, после - 13,6 нг/мл.</p> <p>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.</p> <p>Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло стандартных размеров.</p> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Возможности терапии. Составьте план реабилитации.</p>		
5	<p>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 патологии. 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. Печень, 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 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/л. Общий</p>	<p>Гигантизм (доброкачественная ацидофильная аденома) гипопфиза</p>	<p>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</p>

	<p>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> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
--	--	--	--

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

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>К метаболическим маркерам гипогликемии относится: (ОПК4)</p> <p>и. низкое содержание сахара в крови</p> <p>к. высокое содержание сахара в крови</p> <p>л. повышение концентрации в крови кетоновых тел</p> <p>м. положительная реакция мочи на ацетон</p>	д	<p>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]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
2.	<p>Предпочтительными режимами инсулинотерапии у детей и подростков являются: (ОПК5)</p> <p>и. базисно-болюсный режим: инсулин короткого действия перед основными приемами пищи на фоне 2 инъекций инсулина продленного действия</p> <p>к. 1 инъекция в день инсулинов короткого и пролонгированного действия</p> <p>л. 2 инъекции в день инсулина короткого действия и 2 инъекции инсулина продленного действия</p> <p>м. 3-4 инъекции инсулина пролонгированного действия</p>	д	<p>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</p>
3	<p>На 1 году диабета потребность в инсулине (ед/кгм.т./сут) у детей чаще составляет: (ОПК5)</p> <p>а. 0,3-0,5</p> <p>б. более 1</p> <p>в. 0,6-0,8</p> <p>г. 0,8-1,0</p>	а	<p>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</p>
4	<p>Ребенок 3-х лет рос и развивался нормально. Изредка болел ОРВИ. Неделю назад без видимой причины появились жажда, полиурия, энурез. Родители отмечают у ребенка хороший аппетит - при том, что он похудел. Для уточнения диагноза необходимо провести исследование: (ОПК4)</p> <p>н. сахар крови</p> <p>о. проба Зимницкого</p> <p>п. исследование креатинина крови</p> <p>р. консультация невропатолога</p>	д	<p>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</p>
5	<p>Исключение каких продуктов позволит ограничить жиры в питании ребенка, находящегося в состоянии кетоза: (ОПК5)</p> <p>н. корейка, грудинка</p> <p>о. отварная рыба</p> <p>п. белые сорта сыра</p> <p>р. обезжиренный творог</p>	д	<p>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</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
6	<p>Какие из перечисленных продуктов Вы не рекомендуете включать в рацион питания ребенка с сахарным диабетом: (ОПК5)</p> <p>н. виноград, инжир, хурма о. грибы п. сметана, сливки, сыры, масло сливочное р. хлеб</p>	д	<p>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</p>
7	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5)</p> <p>д. 14 е. 17 ж. 8 з. 24</p>	д	<p>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</p>
8	<p>К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1)</p> <p>д. повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности е. снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности ж. снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности з. потребность в инсулине во время беременности не изменяется</p>	д	<p>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</p>
9	<p>Церебрально-гипофизарный нанизм необходимо дифференцировать с: (ОПК4)</p> <p>а. все перечисленное б. конституциональной задержкой роста и полового развития в. семейной низкорослостью г. примордиальным нанизмом</p>	а	<p>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 :</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
10	<p>Клинические проявления церебрально-гипофизарного нанизма, обусловленные дефицитом гормона роста: (ОПК4)</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>	б	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>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 37,1⁰ 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,</p>	<p>Диффузный токсический зоб 2 степени, легкое течение</p>	<p>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</p>

	<p>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. $4,0 \times 10^{12}/л$, 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> <p>Поставьте диагноз. Назначьте необходимое дообследование. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
2.	<p>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 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</p>	Острый тиреоидит	<p>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</p>

	<p>щитовидной железой ^{131}I в пределах нормы. Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
3	<p>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 4,05Т/л, Цв. П. 0,82, L 6,8 x103 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, непрямоy - 14 ммоль/л, глюкоза 5,3 ммоль/л, холестерин 4,8 ммоль/л, Na 130 ммоль/л, K 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> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников: вирильная форма</p>	<p>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</p>
4	<p>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</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников, смешанная форма (вирильная, сольтеряющая), средней степени тяжести</p>	<p>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</p>

	<p>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., лейк.-1-2 в п/зр.</p> <p style="text-align: center;">Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		
5	<p>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.</p> <p style="text-align: center;">Данные обследования: Общий анализ крови: Эр. 3,6 x 10¹²/л, Нб - 88 г/л, ЦП - 0,8, Лейк. 4,3 x 10⁹/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)</p> <p style="text-align: center;">Поставить диагноз.</p>	Хроническая надпочечниковая	<p style="text-align: right;">Дедов, И. И.</p> <p>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</p>

	Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.		
--	---	--	--

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Педиатрия»

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>В патогенезе клинических проявлений церебрально-гипофизарного нанизма имеет значение дефицит следующих гормонов: (ОПК4)</p> <p>а. тиреотропного гормона, гормона роста, аденокортикотропного гормона б. гормона роста, гонадотропинов в. аденокортикотропного гормона, половых гормонов г. кортикостероидов</p>	а	<p>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</p>
2.	<p>Клинические проявления акромегалии: (ОПК4)</p> <p>а. все перечисленное б. отеки и гипертрофия мягких тканей в. гипертрофическая артропатия г. прогнатизм</p>	а	<p>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</p>
3	<p>В комплексе лечения церебрально-гипофизарного нанизма используются: (ОПК5)</p> <p>а. гормон роста, тиреоидные препараты, половые гормоны б. тиреоидные препараты, поливитамины в. хорионический гонадотропин, половые гормоны г. половые гормоны, глюкокортикостероиды</p>	б	<p>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- - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
4	<p>Церебрально-гипофизарный нанизм необходимо дифференцировать с: (ОПК4)</p> <p>а. все перечисленное б. конституциональной задержкой роста и полового развития в. семейной низкорослостью г. примордиальным нанизмом</p>	а	<p>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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
5	<p>Клинические проявления церебрально-гипофизарного нанизма, обусловленные дефицитом гормона роста: (ОПК4)</p> <p>а. задержка роста, задержка костного возраста б. гипергликемии в. задержка роста, ускорение костного возраста г. ожирение</p>	б	<p>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</p>
6	<p>В патогенезе клинических проявлений церебрально-гипофизарного нанизма имеет значение дефицит следующих гормонов: (ОПК4)</p> <p>а. тиреотропного гормона, гормона роста, аденокортикотропного гормона б. гормона роста, гонадотропинов в. аденокортикотропного гормона, половых гормонов г. кортикостероидов</p>	а	<p>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</p>
7	<p>Клинические проявления акромегалии: (ОПК4)</p> <p>а. все перечисленное б. отеки и гипертрофия мягких тканей в. гипертрофическая артропатия г. прогнатизм</p>	а	<p>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</p>

			3501228.html
8	<p>Препараты, подавляющие секрецию АКТГ: (ОПК5)</p> <p>а. Бромкриптин. Достинекс б. Мамомит. Бромкриптин в. Достинекс. Ориметен г. Ориметен. Мамомит</p>	а	<p>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</p>
9	<p>В комплексе лечения церебрально-гипофизарного нанизма используются: (ОПК5)</p> <p>а. гормон роста, тиреоидные препараты, половые гормоны б. тиреоидные препараты, поливитамины в. хорионический гонадотропин, половые гормоны г. половые гормоны, глюкокортикостероиды</p>	б	<p>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</p>
10	<p>Церебрально-гипофизарный нанизм необходимо дифференцировать с: (ОПК4)</p> <p>а. все перечисленное б. конституциональной задержкой роста и полового развития в. семейной низкорослостью г. примордиальным нанизмом</p>	а	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.			<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 256 с. - ISBN 978-5-</p>

			9704-6514-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
2.			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
3			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
4			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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
5			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
--	--	--

ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Задачами врача эндокринологического кабинета являются все перечисленные, за исключением (ОПК2)</p> <p>и. вакцинопрофилактики</p> <p>к. консультаций больных эндокринными заболеваниями</p> <p>л. специфической диагностики</p> <p>м. специфической гормонотерапии</p>	д	<p>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</p>
2.	<p>Возможными этиологическими факторами болезни Иценко-Кушинга не является: (ОПК1)</p> <p>н. гормонально-активные опухоли коры надпочечников</p> <p>о. опухоли гипофиза</p> <p>п. травмы черепа</p> <p>р. воспалительные процессы в гипоталамо-гипофизарной области</p>	д	<p>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</p>
3	<p>Первичным в патогенезе клинических симптомов несахарного диабета является: (ОПК4)</p> <p>и. полиурия</p> <p>к. полидипсия</p> <p>л. дегидратация</p> <p>м. желудочно-кишечные расстройства</p>	д	<p>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</p>

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
4	<p>Опухоли гипофиза можно заподозрить, если обнаруживается: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. все ответы правильные к. эрозия костных стенок турецкого седла, головные боли л. сужение полей зрения м. снижение слуха, вызванное сдавливанием слухового нерва 	д	<p>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</p>
5	<p>В комплексе лечения церебрально-гипофизарного нанизма используются: (ОПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. гормон роста, тиреоидные препараты, половые гормоны к. тиреоидные препараты, поливитамины л. хорионический гонадотропин, половые гормоны м. половые гормоны, глюкокортикостероиды 	д	<p>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</p>
6	<p>Церебрально-гипофизарный нанизм необходимо дифференцировать с: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. все перечисленное к. конституциональной задержкой роста и полового развития л. семейной низкорослостью м. примордиальным нанизмом 	д	<p>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</p>
7	<p>Клинические проявления церебрально-гипофизарного нанизма, обусловленные дефицитом гормона роста: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. задержка роста, задержка костного возраста к. гипергликемии л. задержка роста, ускорение костного возраста м. ожирение 	д	<p>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 :</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
8	<p>В патогенезе клинических проявлений церебрально-гипофизарного нанизма имеет значение дефицит следующих гормонов: (ОПК4)</p> <p>и. тиреотропного гормона, гормона роста, адренокортикотропного гормона</p> <p>к. гормона роста, гонадотропинов</p> <p>л. адренокортикотропного гормона, половых гормонов</p> <p>м. кортикостероидов</p>	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
9	<p>Клинические проявления акромегалии: (ОПК4)</p> <p>и. все перечисленное</p> <p>к. отеки и гипертрофия мягких тканей</p> <p>л. гипертрофическая артропатия</p> <p>м. прогнатизм</p>	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
10	<p>Препараты, подавляющие секрецию АКТГ: (ОПК5)</p> <p>и. Бромкриптин. Достинекс</p> <p>к. Мамомит. Бромкриптин</p> <p>л. Достинекс. Ориметен</p> <p>м. Ориметен. Мамомит</p>	д	<p>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</p>

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5)	а	Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А.

	<p>a.14 б.17 в.8 г.24</p>		<p>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</p>
2.	<p>В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4) а.гиперосмолярность сыворотки крови б.накопление молочной кислоты в.гиперкалиемия г.накопление кислых кетоновых тел</p>		<p>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</p>
3	<p>Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4) а.коллоидный б.трабекулярный в.аутоиммунный г.фолликулярный</p>	а	<p>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</p>
4	<p>Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1) а.увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца б.любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы в.плотной консистенции долей щитовидной железы г.утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см</p>	а	<p>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</p>
5	<p>Основной источник йода для человека: (ОПК1) а.морские продукты б.поваренная соль в.молочные продукты г.растительная пища</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-</p>

			Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
6	В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1) а.избыток тиреотропного гормона б.иммунодефицит в.тирестимулирующие антитела г.избыток селена в продуктах питания	а	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
7	Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4) а.поражения цнс различной степени выраженности б.сахарный диабет новорожденного в.пороки развития плода задержка полового развития	а	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
8	Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4) а.1,5 б.5,5 в.3,3 г.2,7	а	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
9	К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1) а.повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности б.снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности в.снижение потребности в инсулине в	а	Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-4235-

	первом триместре беременности г.потребность в инсулине во время беременности не изменяется		0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
10	При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10) а. гипотоническому раствору хлорида натрия б. 4 % раствору гидрокарбоната натрия в. 5 % раствору глюкозы г. изотоническому раствору хлорида натрия	а	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

ОПК-6 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

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5) и. 14 к. 17 л. 8 м. 24	и	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.	В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4) д. гиперосмолярность сыворотки крови е. накопление молочной кислоты ж. гиперкалиемия з. накопление кислых кетоновых тел	д	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
3	Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4) д. коллоидный е. трабекулярный ж. аутоиммунный з. фолликулярный	д	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	Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1) д. увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца е. любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы ж. плотной консистенции долей щитовидной железы з. утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см	д	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
5	Основной источник йода для человека: (ОПК1) д. морские продукты е. поваренная соль ж. молочные продукты з. растительная пища	д	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
6	В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1) д. избыток тиреотропного гормона е. иммунодефицит ж. тиреостимулирующие антитела з. избыток селена в продуктах питания	д	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
7	<p>Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4)</p> <p>г. поражения цнс различной степени выраженности</p> <p>д. сахарный диабет новорожденного</p> <p>е. пороки развития плода</p> <p>задержка полового развития</p>	г	<p>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</p>
8	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4)</p> <p>д. 1,5</p> <p>е. 5,5</p> <p>ж. 3,3</p> <p>з. 2,7</p>	д	<p>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</p>
9	<p>К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1)</p> <p>и. повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности</p> <p>к. снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности</p> <p>л. снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности</p> <p>м. потребность в инсулине во время беременности не изменяется</p>	и	<p>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</p>
10	<p>При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10)</p> <p>г. гипотоническому раствору хлорида натрия</p> <p>д. 4 % раствору гидрокарбоната натрия</p> <p>е. 5 % раствору глюкозы</p> <p>изотоническому раствору хлорида натрия</p>	г	<p>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</p>

		ry.ru/book/ISBN9785423501228.html
--	--	-----------------------------------

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5) а.14 б.17 в.8 г.24	а	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
2.	В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4) а.гиперосмолярность сыворотки крови б.накопление молочной кислоты в.гиперкалиемия г.накопление кислых кетоновых тел	а	Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
3	Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4) а.коллоидный б.трабекулярный в.аутоиммунный г.фолликулярный	а	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
4	Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1) а.увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги	а	Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А.

	<p>большого пальца б.любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы в.плотной консистенции долей щитовидной железы г.утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см</p>		<p>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</p>
5	<p>Основной источник йода для человека: (ОПК1) а.морские продукты б.поваренная соль в.молочные продукты г.растительная пища</p>	а	<p>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</p>
6	<p>В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1) а.избыток тиреотропного гормона б.иммунодефицит в.тиреостимулирующие антитела г.избыток селена в продуктах питания</p>	а	<p>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</p>
7	<p>Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4) а.поражения цнс различной степени выраженности б.сахарный диабет новорожденного в.пороки развития плода задержка полового развития</p>	а	<p>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</p>
8	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4) а.1,5 б.5,5</p>	а	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с.</p>

	в.3,3 г.2,7		- ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
9	К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1) а.повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности б.снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности в.снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности г.потребность в инсулине во время беременности не изменяется	а	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
10	При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10) а.гипотоническому раствору хлорида натрия б.4 % раствору гидрокарбоната натрия в.5 % раствору глюкозы изотоническому раствору хлорида натрия	а	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Семейный анамнез: Родители здоровы. Рост матери 168 см, отца 184 см. Туберкулёза, венерических	Гипофизарный нанизм.	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

<p>заболеваний нет. Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, активная. Телосложение пропорциональное. 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. Мочеиспускание 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 x10¹²/л, Нб 118 г/л, цп 0,89, лейк. 4,5 x10⁹/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, лейк. 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-2,0мкмоль/л, непрямой-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.</p> <p>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 мкМЕ/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.</p> <p>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: рефлексy D=S, живые. Симптомов поражения ЦНС нет. Кариотип: 46,XX.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поставьте диагноз. • Проведите дифференциальный 	<p>0465141.html</p>
--	---------------------

	<p>диагноз.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Назначьте лечение. • Составьте план диспансеризации. 		
2.	<p>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.</p> <p>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 P 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 $4,8 \times 10^{12}/л$, 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 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,</p>	Конституциональный нанизм	<p>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</p>

	<p>гороховидная кость отсутствует.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поставьте диагноз. • Проведите дифференциальный диагноз. • Назначьте лечение. • Составьте план диспансеризации. 		
3	<p>Девочка 13 лет.</p> <p>Жалобы: на низкий рост, отсутствие вторичных половых признаков.</p> <p>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 I-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 достаточны. 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</p>	Синдром Шерешевского-Тернера	<p>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</p>

	<p>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. Психоориентация женская. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр 4,8 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-57, л-34, м-4, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/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, мочевина 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, деференцировка 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 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.</p> <p style="text-align: center;">Кариотип: 45,ХО. Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Возможности терапии. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>Девочка 15 лет. Жалобы: на низкий рост. Анамнез заболевания: девочка отстает в росте от сверстников с раннего возраста, рост в 1 год - 68 см, на втором и третьем годах прибавка роста 5-6 см, после 4 лет - 3-4 см в год. Пубертат наступил вовремя.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды в срок, масса при рождении 3300 г,</p>	Низкорослость семейная.	<p style="text-align: right;">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</p>

	<p>рост 52 см. Перенесенные заболевания: в 6 месяцев эпидемический паротит. Привита по возрасту. Наследственный анамнез: родители, родственники здоровы. Родители низкого роста: мать 128 см, отец 132 см. Объективный статус: состояние удовлетворительное. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные. Периферические лимфоузлы 1-2 размера, эластичные, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. ЧД 19/мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧСС 82/мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул оформленный, 1раз/сут. Мочеиспускание не нарушено. Половые органы сформированы по женскому типу. Ма 3, Р 3, Ах 2, Ме 3. Антропометрические данные: рост 120 см, вес 24 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр 4,8 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/л. Общий анализ мочи: уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпит.плоский ед. в п.з. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, К А/Г=1,2, остаточный азот 19,0 ммоль/л, мочевины 4,5 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,9 ммоль/л. Кальций общий 2,7 ммоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л. 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). Клофелинова проба: до - СТГ 7,1 нг/мл, после - 13,6 нг/мл.</p> <p>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.</p> <p>Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло стандартных размеров.</p> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Возможности терапии. Составьте план реабилитации.</p>		<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
5	<p>Мальчик 15 лет. Жалобы: на высокий рост,</p>	<p>Гигантизм (доброкачественная</p>	<p>Дедов, И. И. Справочник детского</p>

<p>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 патологии. 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. Печень, 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 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/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</p>	<p>ацидофильная гипопфиза аденома)</p>	<p>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</p>
---	--	--

<p>уменьшена в высоте. Больной переведен в нейрохирургическое отделение, где проведена гипофизэктомия. Гистологическом исследовании удаленного препарата: доброкачественная ацидофильная аденома гипофиза.</p> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
---	--	--

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Причины первичной хронической недостаточности надпочечников: (ОПК1)</p> <p>д. аутоиммунное поражение или туберкулез надпочечников</p> <p>е. длительный прием глюкокортикоидов.</p> <p>ж. черепно-мозговая травма</p> <p>з. нейроинфекция</p>	д	<p>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</p>
2.	<p>Лечение острой недостаточности надпочечников начинают с введения: (ОПК10)</p> <p>д. Гидрокортизона в вену</p> <p>е. Преднизолон в мышцу</p> <p>ж. Преднизолон в вену</p> <p>з. Преднизолон per os</p>	д	<p>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</p>
3	<p>В патогенезе первичного альдостеронизма имеет значение: (ОПК4)</p> <p>д. повышение продукции альдостерона</p> <p>е. повышение продукции андрогенов</p> <p>ж. повышение продукции глюкокортикоидов</p> <p>з. повышение продукции катехоламинов</p>	д	<p>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</p>

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
4	<p>При острой надпочечниковой недостаточности наблюдаются следующие изменения электролитов: (ОПК4)</p> <p>д. содержание натрия снижено, содержание калия повышено</p> <p>е. содержание калия снижено, содержание натрия повышено</p> <p>ж. содержание калия повышено, содержание натрия повышено</p> <p>з. содержание натрия повышено, содержание калия в норме</p>	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
5	<p>Наиболее часто встречающаяся клиническая форма адреногенитального синдрома: (ОПК4)</p> <p>д. Неосложненная (вирильная, простая)</p> <p>е. Сольтертяющая без выраженной вирилизации</p> <p>ж. Сольтертяющая с выраженной вирилизацией</p> <p>з. Гипертоническая</p>	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
6	<p>Клинические симптомы, характерные для адреногенитального синдрома у девочек: (ОПК4)</p> <p>д. гермафродитное строение наружных гениталий</p> <p>е. задержка физического развития в детстве</p> <p>ж. высокорослость по завершении пубертата</p> <p>з. истинное преждевременное изосексуальное половое развитие</p>	д	<p>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</p>
7	<p>Неотложная терапия при острой недостаточности надпочечников включает: (ОПК10)</p> <p>д. стероидные гормоны</p> <p>е. препараты калия -</p> <p>ж. сердечные препараты</p> <p>з. препараты кальция</p>	д	<p>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</p>

			ry.ru/book/ISBN9785423501228.html
8	Клиника острой недостаточности надпочечников у детей старшего возраста включает: (ОПК10) д. боли в животе, жидкий стул е. булимию ж. тетанию з. боли в животе, запоры	д	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
9	Гормональные изменения при острой первичной недостаточности надпочечников: (ПК1) д. уровень кортизола снижен е. уровень кортизола повышен ж. уровень АКТГ не изменен з. уровень АКТГ снижен	д	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
10	Недостаточность минералокортикоидов вызывает: (ОПК4) г. артериальную гипотонию д. отеки е. запоры артериальную гипертензию	г	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Мальчик 2-е сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, угрозы прерывания в 12 недель, на фоне внутриутробной гипоксии, роды срочные с обвитием пуповины. При рождении масса 2850г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре:	Острая надпочечниковая недостаточность	Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 256 с. - ISBN 978-5-

	<p>реакция на осмотр умеренно снижена. Двигательная активность снижена. Крик слабый, неэмоциональный. Голова долихоцефалической формы. Большой родничок 2х2см, на уровне костных краев. Голова отстает от туловища при тракции за руки. Глазной симптоматики нет. Диффузная умеренная мышечная гипотония. Рефлексы Бабкина снижен, хватательный ±, Робинсона -, рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижены, быстро угасают. Судорог при осмотре нет. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой снижен, истончен. Терморегуляция неустойчивая. Слизистые бледно-розового цвета. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно с обеих сторон. ЧСС 130/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При обследовании: общий анализ крови Лейк. $8,0 \times 10^9$/л, Эр. $6,18 \times 10^{12}$/л, Hb-207 г/л, э-2%, п/я-6, с/я-50, л-36, м-6, СОЭ 2 мм/ч. Электролиты крови К 6,4 ммоль/л, Na 124 ммоль/л. ЭКГ: удлинена интервал PQ, зубец T высокий, заостренный. УЗИ органов брюшной полости - признаки кровоизлияния в оба надпочечника.</p> <p>Предположительный диагноз. Необходимые дополнительные обследования. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>		<p>9704-6514-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
2.	<p>Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 1 родов, протекавших без патологии. Роды в срок. При рождении масса тела 3650 гр., длина 53 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. Рост в 1 год 77 см, в 2 года 92 см. За последние 6 месяцев выросла на 6 см. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Привита по возрасту. Семейный анамнез: эндокринной патологии в семье не выявлено. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Молочные железы несколько выдаются, околососковый кружок вместе с соском образуют конус, плотно-эластичной консистенции, безболезненные пальпаторно. Периферические лимфатические узлы 1 и 2-го размера, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В лёгких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны</p>	<p>Идеопатическое истинное преждевременное половое развитие</p>	<p>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</p>

	<p>ритмичные, отчетливые. ЧСС 115/минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный. Мочеиспускание не нарушено. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Антропометрия: рост 98 см, вес 17,5 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,6 \times 10^{12}$ /л, Hb 118 г/л, цп 0,9, 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 150,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1019, 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.</p> <p>Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 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%. Анализ кала на яйца гельминтов - не обнаружены.</p> <p>Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т₄ 10 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 5 нмоль/л (N 4-7,4), эстрадиол 56 пг/мл (N < 15), ЛГ 4,1 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 7,1 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Проба с гонадолиберинот: усиление секреции ЛГ в 8 раз (N для препубертатного периода 2-4). Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: «костный возраст» соответствует 5 годам. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме.</p> <p>Поставьте диагноз. План дополнительного обследования. Лечебная тактика.</p>		
3	<p>Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.</p> <p>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 беременностей, вторых родов, протекавших без патологии. Родился без асфиксии. Масса 3200 г, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Семейный анамнез: у отца вторичные половые признаки появились к</p>	Конституциональная задержка роста и пубертата	<p>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/ISBN978542</p>

	<p>15-ти годам. Родители среднего роста. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.</p> <p>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 не выступает из-под края рёберной дуги. 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 $4,8 \times 10^{12}/л$, 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 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 сыворотке крови: 0,7 нмоль/л (N 0,7-2,43 к 13 годам). После пробы с ХГ - уровень 1,4 нмоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 0,09 мМЕ/м (N 0,26-48), ФСГ - 0,4 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 5,1 нг/мл. Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.</p> <p>Поставьте диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		3501228.html
4	<p>Девочка 2 месяца. Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе. Анамнез заболевания: с рождения, определяется неправильное строение наружных половых органов. Девочка часто срыгивала, со 2-й недели необильная рвота, аппетит снижен. Общая прибавка в массе за 2 месяца 250 гр. Периодически возникает жидкий стул до 5-6 раз в сутки.</p> <p>Анамнез жизни: от 1-й беременности на фоне токсикоза первой половины, с нефропатией. Роды в срок, вес при рождении 3200 гр., закричала сразу. Оценка</p>	Врожденная гиперплазия коры надпочечников (АГС), сольтеряющая форма	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/ISBN978597

<p>по шкале Апгар 6-7 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, докармливалась сцеженным молоком. Часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 гр. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В участились срыгивания и рвота. Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца - почечно-каменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 месяц при явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.</p> <p>Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36⁰С. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Масса 3450 гр., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0x1,5см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно ясный легочный звук, число дыханий 38 в мин. Границы сердечной тупости несколько расширены влево. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 132 в мин. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца, короткий, за пределы сердца не проводится. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех областях. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника активная. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Моча светлая. Наружные половые органы гермафродитного типа - пенисообразный клитор с головкой и крайней плотью. Большие половые губы мошонкообразные, яички не пальпируются. Неврологический статус: патологических рефлексов нет, физиологические рефлексы резко снижены, сосание и глотание не нарушены. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. 4,5 x 10¹²/л, Нб 119 г/л, цп 0,87, лейкоц. 10,0 x 10⁹/л, э-5%, п/я-4%, с/я-23%, л-60%, м-8%, СОЭ 6 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок- нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., цилиндр-нет. Биохимические показатели крови: глюкоза натощак 3,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,0 ммоль/л, холестерин 1,7 ммоль/л (N 1,56-2,99), билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-2,5ммоль/л, непрямой-10,0 ммоль/л, АлАТ-0,41 ммоль/л, АсАТ-0,5 ммоль/л, сулемовая проба 1,6мл, тимоловая-2,0 ед, К-5,9 ммоль/л</p>		0465141.html
---	--	--------------

	<p>(N 4,1-5,7), Na-125 ммоль/л (N 133-142), Cl - 90 ммоль/л(N 95-110). Уровень гормонов крови: андростендион - 6,4 нмоль/л (N 0,2-2,4), 17-ОПГ (17-гидроксипрогестерон) 4,5 нмоль/л (N 0,1-2,7).Суточная экскреция с мочей: 17-ОКС-0,7 мг/сут (N 0,5-1,0), уровень альдостерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67), 17-КС - 5,1 мг/сут (N до 2), Проба с преднизолоном: 17-КС в моче до пробы- 5,1 мг/сут, после пробы 2,3 мг/сут.Половой хроматин в буккальном мазке: 30% хроматинположительных ядер.Рентгенография кисти, лучезапястных суставов: произошло окостенение головчатой, крючковидной костей.Рентгенография черепа в 2-х проекциях: турецкое седло не изменено. Швы, малый родничок закрыты. Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений без патологии.Пневмосупраренография: умеренная гиперплазия обоих надпочечников.Кариотип: 46,XX.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации. Прогноз.</p>		
5	<p>Мальчик 17 лет. При осмотре рост 195 см, масса 95. Телосложение евнухоидное. Непропорционально длинные конечности, узкая грудная клетка. Мускулатура развита слабо. Отложение жира по женскому типу. Гинекомастия. Скудное оволосение лица, подмышечных впадин. Соматический статус без особенностей. Половые органы сформированы по мужскому типу. Половой член небольшой, дряблый. Яички небольшие, плотные, безболезненные. При обследовании: уровень глюкозы натощак 6,2 ммоль/л, кариотип 47,XXY.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Предварительный диагноз. 5. Какие исследования требуется провести для уточнения диагноза? 6. Назначьте лечение. 	Синдром Клайнфельтера	<p>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</p>

ОПК-9 Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите правильный ответ		
1.	Тяжесть течения диффузного токсического зоба у детей определяется: (ОПК4) д. выраженностью	д	Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова,

	<p>клинических синдромов</p> <p>е. размерами щитовидной железы</p> <p>ж. уровнем тиреотропного гормона в крови</p> <p>з. возрастом больного</p>		<p>В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
2.	<p>При ожирении I степени избыток массы тела составляет: (ОПК4)</p> <p>д. 10 %-29 %</p> <p>е. 30 %-49 %</p> <p>ж. >50 %</p> <p>з. <10 %</p>	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
3	<p>Больной с ожирением не нуждается в консультации: (ОПК2)</p> <p>д. хирурга</p> <p>е. окулиста</p> <p>ж. гинеколога</p> <p>з. отоларинголога</p>	д	<p>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</p>
4	<p>К метаболическим нарушениям, не характерным для больных ожирением относится: (ОПК4)</p> <p>д. повышенная утилизация неэстерифицированных жирных кислот</p> <p>е. повышение липосинтеза</p> <p>ж. гиперинсулинизм</p> <p>з. снижение процессов липолиза</p>	д	<p>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</p>
5	<p>Ожирение не является фактором риска развития: (ОПК1)</p> <p>д. Сахарного диабета и гипертонической болезни</p> <p>е. Тиреотоксикоза</p>	д	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва :</p>

	<p>ж. Гипотонии</p> <p>з. Желчно-каменной болезни</p>		<p>Литтерра, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
6	<p>Ожирение часто наблюдается при следующих эндокринопатиях: (ОПК4)</p> <p>д. все перечисленное</p> <p>е. болезни Иценко-Кушинга</p> <p>ж. Гипогонадизме</p> <p>з. Гипотиреозе</p>	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
7	<p>В развитии экзогенно-конституционального ожирения имеют значение: (ОПК1)</p> <p>д. все перечисленное</p> <p>е. несбалансированное питание (значительное преобладание углеводов или жиров)</p> <p>ж. снижение физической активности</p> <p>з. наследственная предрасположенность</p>	д	<p>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</p>
8	<p>Индекс массы тела определяется как: (ОПК4)</p> <p>д. масса тела (кг)/рост² (м)</p> <p>е. масса тела (кг)/площадь поверхности тела (м²)</p> <p>ж. масса тела (кг)/рост (м)</p> <p>з. масса тела (кг) - рост (см)</p>	д	<p>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</p>
9	<p>При ожирении III степени избыток массы тела составляет: (ОПК4)</p> <p>д. 50 %-99 %</p> <p>е. 10 %-29 %</p> <p>ж. >35 %</p> <p>з. >100 %</p>	д	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с.</p>

			- ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
10	При ожирении II степени избыток массы тела составляет: (ОПК4) д. 30 %-49 % е. >50 % ж. >60 % з. 10 %-29 %	д	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>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 37,1⁰ 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.,</p>	Диффузный токсический зоб 2 степени, легкое течение	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

	<p>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. $4,0 \times 10^{12}/л$, 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> <p>Поставьте диагноз. Назначьте необходимое дообследование. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
2.	<p>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, 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</p>	Острый тиреозит	<p>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</p>

	<p>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> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
3	<p>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 4,05Т/л, Цв. П. 0,82, L 6,8 x10³ 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, непрямоy - 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> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников: вирильная форма</p>	<p>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</p>
4	<p>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, сольтерьющей формы. Объективно: На момент осмотра состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие не страдает. Реакция на осмотр адекватная, девочка спокойная. Кожные покровы умеренной влажности, бледно-розовые.</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников, смешанная форма (вирильная, сольтерьющая), средней степени тяжести</p>	<p>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</p>

	<p>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. Мочейспускание 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., лейк.-1-2 в п/зр.</p> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		ry.ru/book/ISBN9785423501228.html
5	<p>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.</p> <p>Данные обследования: Общий анализ крови: Эр. 3,6 х 10¹²/л, Нб - 88 г/л, ЦП - 0,8, Лейк. 4,3 х 10⁹/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 -</p>	Хроническая надпочечниковая	<p>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</p>

	145 нмоль/л (N 190 - 750) Поставить диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.		
--	---	--	--

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Тяжесть течения диффузного токсического зоба у детей определяется: (ОПК4) и. выраженностью клинических синдромов к. размерами щитовидной железы л. уровнем тиреотропного гормона в крови м. возрастом больного	и	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.	При ожирении I степени избыток массы тела составляет: (ОПК4) и. 10 %-29 % к. 30 %-49 % л. >50 % м. <10 %	и	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
3	Больной с ожирением не нуждается в консультации: (ОПК2) и. хирурга к. окулиста л. гинеколога м. отоларинголога	и	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

			ry.ru/book/ISBN9785423501228.html
4	<p>К метаболическим нарушениям, не характерным для больных ожирением относятся: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. повышенная утилизация незэстерифицированных жирных кислот к. повышение липосинтеза л. гиперинсулинизм м. снижение процессов липолиза 	и	<p>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</p>
5	<p>Ожирение не является фактором риска развития: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. Сахарного диабета и гипертонической болезни к. Тиреотоксикоза л. Гипотонии м. Желчно-каменной болезни 	и	<p>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</p>
6	<p>Ожирение часто наблюдается при следующих эндокринопатиях: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. все перечисленное к. болезни Иценко-Кушинга л. Гипогонадизме м. Гипотиреозе 	и	<p>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</p>
7	<p>В развитии экзогенно-конституционального ожирения имеют значение: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. все перечисленное к. несбалансированное питание (значительное преобладание углеводов или жиров) л. снижение физической активности м. наследственная предрасположенность 	и	<p>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</p>

8	Индекс массы тела определяется как: (ОПК4) и. масса тела (кг)/рост ² (м) к. масса тела (кг)/площадь поверхности тела (м ²) л. масса тела (кг)/рост (м) м. масса тела (кг) - рост (см)	и	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
9	При ожирении III степени избыток массы тела составляет: (ОПК4) и. 50 %-99 % к. 10 %-29 % л. >35 % м. >100 %	и	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
10	При ожирении II степени избыток массы тела составляет: (ОПК4) и. 30 %-49 % к. >50 % л. >60 % м. 10 %-29 %	и	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
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.			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
3			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
4			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
5			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

		студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
--	--	---

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

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Тяжесть течения диффузного токсического зоба у детей определяется: (ОПК4) н. выраженностью клинических синдромов о. размерами щитовидной железы п. уровнем тиреотропного гормона в крови р. возрастом больного	д	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.	При ожирении I степени избыток массы тела составляет: (ОПК4) н. 10 %-29 % о. 30 %-49 % п. >50 % р. <10 %	д	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
3	Больной с ожирением не нуждается в консультации: (ОПК2) н. хирурга о. окулиста п. гинеколога р. отоларинголога	д	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

			ry.ru/book/ISBN9785970465141.html
4	<p>К метаболическим нарушениям, не характерным для больных ожирением относятся: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> н. повышенная утилизация неэстерифицированных жирных кислот о. повышение липосинтеза п. гиперинсулинизм р. снижение процессов липолиза 	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
5	<p>Ожирение не является фактором риска развития: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> н. Сахарного диабета и гипертонической болезни о. Тиреотоксикоза п. Гипотонии р. Желчно-каменной болезни 	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
6	<p>Ожирение часто наблюдается при следующих эндокринопатиях: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> н. все перечисленное о. болезни Иценко-Кушинга п. Гипогонадизме р. Гипотиреозе 	а	<p>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</p>
7	<p>В развитии экзогенно-конституционального ожирения имеют значение: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> н. все перечисленное о. несбалансированное питание (значительное преобладание углеводов или жиров) п. снижение физической активности р. наследственная предрасположенность 	д	<p>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</p>

8	Индекс массы тела определяется как: (ОПК4) н. масса тела (кг)/рост ² (м) о. масса тела (кг)/площадь поверхности тела (м ²) п. масса тела (кг)/рост (м) р. масса тела (кг) - рост (см)	д	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
9	При ожирении III степени избыток массы тела составляет: (ОПК4) н. 50 %-99 % о. 10 %-29 % п. >35 % р. >100 %	д	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
10	При ожирении II степени избыток массы тела составляет: (ОПК4) н. 30 %-49 % о. >50 % п. >60 % р. 10 %-29 %	д	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Мальчик 2-е сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, угрозы прерывания в 12 недель, на фоне внутриутробной гипоксии, роды срочные с обвитием пуповины. При рождении масса 2850г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: реакция на осмотр умеренно снижена. Двигательная активность снижена. Крик	Острая надпочечниковая недостаточность	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

	<p>слабый, неэмоциональный. Голова долихоцефалической формы. Большой родничок 2х2см, на уровне костных краев. Голова отстаёт от туловища при тракции за руки. Глазной симптоматики нет. Диффузная умеренная мышечная гипотония. Рефлексы Бабкина снижены, хватательный ±, Робинсона -, рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижены, быстро угасают. Судорог при осмотре нет. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой снижен, истончен. Терморегуляция неустойчивая. Слизистые бледно-розового цвета. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно с обеих сторон. ЧСС 130/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При обследовании: общий анализ крови Лейк. $8,0 \times 10^9$/л, Эр. $6,18 \times 10^{12}$/л, Нб-207 г/л, э-2%, п/я-6, с/я-50, л-36, м-6, СОЭ 2 мм/ч. Электролиты крови К 6,4 ммоль/л, Na 124 ммоль/л. ЭКГ: удлинен интервал PQ, зубец T высокий, заостренный. УЗИ органов брюшной полости - признаки кровоизлияния в оба надпочечника.</p> <p>Предположительный диагноз. Необходимые дополнительные обследования. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>		<p>"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
2.	<p>Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 1 родов, протекавших без патологии. Роды в срок. При рождении масса тела 3650 гр., длина 53 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. Рост в 1 год 77 см, в 2 года 92 см. За последние 6 месяцев выросла на 6 см. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Привита по возрасту. Семейный анамнез: эндокринной патологии в семье не выявлено. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Молочные железы несколько выдаются, околососковый кружок вместе с соском образуют конус, плотно-эластичной консистенции, безболезненные пальпаторно. Периферические лимфатические узлы 1 и 2-го размера, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В лёгких аускультативно</p>	Идеопатическое истинное преждевременное половое развитие	<p>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</p>

	<p>пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны ритмичные, отчетливые. ЧСС 115/минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный. Мочеиспускание не нарушено. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Антропометрия: рост 98 см, вес 17,5 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,6 \times 10^{12}$ /л, Нв 118 г/л, цп 0,9, 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 150,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1019, 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.</p> <p>Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 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%. Анализ кала на яйца гельминтов - не обнаружены.</p> <p>Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т4 10 нмоль/л (N 10-26), Т3 5 нмоль/л (N 4-7,4), эстрадиол 56 пг/мл (N < 15), ЛГ 4,1 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 7,1 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Проба с гонадолиберинем: усиление секреции ЛГ в 8 раз (N для препубертатного периода 2-4). Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: «костный возраст» соответствует 5 годам. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме.</p> <p>Поставьте диагноз. План дополнительного обследования. Лечебная тактика.</p>		
3	<p>Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.</p> <p>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 беременностей, вторых родов, протекавших без патологии. Родился без асфиксии. Масса 3200 г, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Семейный анамнез: у отца</p>	Конституциональная задержка роста и пубертата	<p>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 :</p>

	<p>вторичные половые признаки появились к 15-ти годам. Родители среднего роста. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.</p> <p>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 не выступает из-под края рёберной дуги. 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 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/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 сыворотке крови: 0,7 нмоль/л (N 0,7-2,43 к 13 годам). После пробы с ХГ - уровень 1,4 нмоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 0,09 мМЕ/м (N 0,26-48), ФСГ - 0,4 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 5,1 нг/мл. Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.</p> <p>Поставьте диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		<p>https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
4	<p>Девочка 2 месяца. Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе. Анамнез заболевания: с рождения, определяется неправильное строение наружных половых органов. Девочка часто срыгивала, со 2-й недели необильная рвота, аппетит снижен. Общая прибавка в массе за 2 месяца 250 гр. Периодически возникает жидкий стул до 5-6 раз в сутки. Анамнез жизни: от 1-й беременности на</p>	<p>Врожденная гиперплазия коры надпочечников (АГС), сольтеряющая форма</p>	<p>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 :</p>

<p>фоне токсикоза первой половины, с нефропатией. Роды в срок, вес при рождении 3200 гр., закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, докармливалась сцеженным молоком. Часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 гр. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В участились срыгивания и рвота. Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца - почечно-каменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 месяц при явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.</p> <p>Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36⁰С. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Масса 3450 гр., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0x1,5см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно ясный легочный звук, число дыханий 38 в мин. Границы сердечной тупости несколько расширены влево. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 132 в мин. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца, короткий, за пределы сердца не проводится. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех областях. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника активная. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Моча светлая. Наружные половые органы гермафродитного типа - пенисообразный клитор с головкой и крайней плотью. Большие половые губы мошонкообразные, яички не пальпируются. Неврологический статус: патологических рефлексов нет, физиологические рефлекс резко снижены, сосание и глотание не нарушены. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. 4,5 x 10¹²/л, Нб 119 г/л, цп 0,87, лейкоц. 10,0 x 10⁹/л, э-5%, п/я-4%, с/я-23%, л-60%, м-8%, СОЭ 6 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок- нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., цилиндр-нет. Биохимические показатели крови: глюкоза натощак 3,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,0 моль/л, холестерин 1,7 ммоль/л (N 1,56-2,99), билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-</p>		<p>https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
--	--	--

	<p>2,5ммоль/л, непрямо́й-10,0 ммоль/л, АлАТ-0,41 ммоль/л, АсАТ-0,5 ммоль/л, сулемовая проба 1,6мл, тимоловая-2,0 ед, К-5,9 ммоль/л (N 4,1-5,7), Na-125 ммоль/л (N 133-142), С1 - 90 ммоль/л(N 95-110). Уровень гормонов крови: андростендион - 6,4 нмоль/л (N 0,2-2,4), 17-ОПГ (17-гидроксипрогестерон) 4,5 нмоль/л (N 0,1-2,7).Суточная экскреция с мочей: 17-ОКС-0,7 мг/сут (N 0,5-1,0), уровень альдостерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67), 17-КС - 5,1 мг/сут (N до 2), Проба с преднизолоном: 17-КС в моче до пробы- 5,1 мг/сут, после пробы 2,3 мг/сут. Половой хроматин в буккальном мазке: 30% хроматинположительных ядер.Рентгенография кисти, лучезапястных суставов: произошло окостенение головчатой, крючковидной костей.Рентгенография черепа в 2-х проекциях: турецкое седло не изменено. Швы, малый родничок закрыты. Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений без патологии.Пневмосупраренография: умеренная гиперплазия обоих надпочечников.Кариотип: 46,XX.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации. Прогноз.</p>		
5	<p>Мальчик 17 лет. При осмотре рост 195 см, масса 95. Телосложение евнухоидное. Непропорционально длинные конечности, узкая грудная клетка. Мускулатура развита слабо. Отложение жира по женскому типу. Гинекомастия. Скудное оволосение лица, подмышечных впадин. Соматический статус без особенностей. Половые органы сформированы по мужскому типу. Половой член небольшой, дряблый. Яички небольшие, плотные, безболезненные. При обследовании: уровень глюкозы натощак 6,2 ммоль/л, кариотип 47,XXY.</p> <p>Предварительный диагноз. Какие исследования требуется провести для уточнения диагноза? Назначьте лечение.</p>	Синдром Клайнфельтера	<p>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</p>

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Детская кардиология»

ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Суточная потребность 5-летнего ребенка в йоде составляет: (ОПК5) д. 90 мкг е. 50 мкг ж. 1 мг з. 150 мкг	д	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.	В лечении эндемического зоба используются: (ОПК5) д. Левотироксин е. йодированная поваренная соль ж. глюкокортикоиды з. Мерказолил	д	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
3	Для дифференциальной диагностики первичного и вторичного гипотиреоза нужно знать: (ОПК4) д. уровень свободного тироксина и тиреотропного гормона в сыворотке крови е. уровень холестерина крови ж. время ахиллового рефлекса з. функцию щитовидной железы на автономность	д	Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
4	Критерием адекватности заместительной терапии гипотиреоза не является: (ОПК4)	д	Детская эндокринология :

	<p>д. тахикардия</p> <p>е. соответствие физического развития возрасту ребенка</p> <p>ж. соответствие костного возраста паспортному</p> <p>з. нормальное умственное развитие</p>		<p>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</p>
5	<p>Клинические особенности вторичного врожденного гипотиреоза: (ОПК4)</p> <p>д. нет задержки умственного развития</p> <p>е. нет задержки роста</p> <p>ж. нет задержки костного возраста</p> <p>з. нет нарушения деятельности внутренних органов и систем</p>	д	<p>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</p>
6	<p>Основной причиной транзиторной формы врожденного первичного гипотиреоза чаще всего служит: (ОПК1)</p> <p>д. пренатальный дефицит йода</p> <p>е. агенезия щитовидной железы</p> <p>ж. дефицит тиреотропного гормона</p> <p>з. нарушение чувствительности тканей к тиреоидным гормонам</p>	д	<p>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</p>
7	<p>Причиной первичного врожденного гипотиреоза не является: (ОПК1)</p> <p>д. дефицит тиреотропного гормона</p> <p>е. дисгенезия щитовидной железы</p> <p>ж. дисгормоногенез</p> <p>з. внутриутробный избыток йода</p>	д	<p>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</p>
8	<p>Аутоиммунный тиреоидит детей и подростков в большинстве случаев характеризуется: (ОПК1)</p>	д	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И.</p>

	<p>д. развитием диффузного зоба</p> <p>е. преобладанием в подростковом возрасте у юношей</p> <p>ж. спонтанной ремиссией после завершения пубертата</p> <p>з. выраженным снижением интеллекта</p>		<p>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</p>
9	<p>Показания к хирургическому лечению эндемического зоба: (ОПК5)</p> <p>д. смещение/сдавление органов шеи</p> <p>е. наличие антителоносительства</p> <p>ж. семейный анамнез по узловой патологии щитовидной железы</p> <p>з. пальпируемый узел размером до 1 см</p>	д	<p>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</p>
10	<p>Особенности клинических проявлений диффузного токсического зоба у детей: (ОПК4)</p> <p>д. преобладание нарушений в нервно-психической сфере</p> <p>е. изолированные нарушения сердечного ритма</p> <p>ж. частое сочетание с аутоиммунной орбитопатией</p> <p>з. преобладание узловых форм зоба</p>	д	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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. В</p>	<p>Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный с кетоацидозом</p>	<p>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]. -</p>

	<p>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. 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 style="text-align: center;">Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		<p>URL : https://www.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
2.	<p>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. Гипогликемия ниже определяемых значений. Приступ был купирован введением глюкозы. Второй приступ через 10 мес., в возрасте 1г.11 мес. Судороги в</p>	<p>Гипогликемический синдром</p>	<p>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.studentlibra.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>

	<p>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. 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 пмоль/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> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		
3	<p>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%,</p>	<p>Сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, фаза декомпенсации с кетоацидозом</p>	<p>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</p>

	<p>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> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		
4	<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, быстрая утомляемость, увеличение щитовидной железы. Осенью обратилась в ОДКБ и была госпитализирована для обследования.</p> <p>Анамнез жизни: ранний анамнез не известен. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школу пошла с 7 лет, учится 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,</p>	<p>Диффузный токсический зоб 3 степени, тяжелое течение</p>	<p>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</p>

	<p>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 натощак, сахарная кривая: сахар крови натощак 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> <p>Клинический диагноз и его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Составьте план диспансерного наблюдения.</p>		
5	<p>Девочка 15 лет, пришла на прием в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, головные боли, 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</p>	Эндемичный зоб	<p>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</p>

	<p>полового развития: Ма2,Р2,Ах2, менструации с 14 лет. скудные. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации - мягкая, элластичная. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Данные обследования: Общий анализ крови: Нв 112 г/л, лейкоциты 6,5 x 10⁹, 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 мк/МЕ/мл (N 0,65 – 4,6).</p> <p>Антитела к ТПО: 0. УЗИ щитовидной железы: объем 24 мл, контур ровный, ткань железы с диффузным снижением эхогенности.</p> <p>Поставить диагноз. Провести дифференциальный диагноз. Назначить лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
--	--	--	--

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Для болезни Иценко-Кушинга не характерно увеличение секреции: (ОПК4)</p> <p>и. катехоламинов к. кортикотропина л. глюкокортикоидов м. андрогенов</p>	д	<p>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</p>
2.	<p>Обменные нарушения, характерные для болезни Иценко-Кушинга: (ОПК4)</p> <p>ж. все ответы верны з. ожирение и. снижение толерантности к углеводам повышенный катаболизм белков</p>	г	<p>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</p>

			"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
3	16. К аутоиммунному типу сахарного диабета относится: (ОПК1) и. сахарный диабет 1 типа к. сахарный диабет 2 типа л. тип MODY м. гестационный диабет	д	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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
4	Предпочтительными режимами инсулинотерапии у детей и подростков являются: (ОПК5) н. базисно-болюсный режим: инсулин короткого действия перед основными приемами пищи на фоне 2 инъекций инсулина пролонгированного действия о. 1 инъекция в день инсулинов короткого и пролонгированного действия п. 2 инъекции в день инсулина короткого действия и 2 инъекции инсулина пролонгированного действия р. 3-4 инъекции инсулина пролонгированного действия	и	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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
5	К метаболическим маркерам гипогликемии относится: (ОПК4) н. низкое содержание сахара в крови о. высокое содержание сахара в крови п. повышение концентрации в крови кетоновых тел р. положительная реакция мочи на ацетон	и	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
6	Нагрузка глюкозой при проведении стандартного глюкозотолерантного теста дается из расчета (г/кг): (ОПК4) и. 1,75 к. 0,5 л. 1,5 м. 2,75	д	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
7	<p>Посталиментарная гликемия указывает на сахарный диабет при значениях (ммоль/л): (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. > 11,1 к. > 9,9 л. > 12,0 м. > 9,6 	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
8	<p>Гликемия натощак определяется как "диабетическая" при уровне глюкозы в капиллярной цельной крови (ммоль/л): (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. > 7,2 к. > 6,7 л. > 8,6 м. > 9,0 	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
9	<p>К наиболее вероятному экзогенному фактору, провоцирующему сахарный диабет 2 типа относится: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. ожирение к. эмоциональный стресс л. панкреатит м. нейроинфекции 	д	<p>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</p>
10	<p>К независимым факторам риска сахарного диабета относится: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> и. генетический фактор к. алиментарный фактор л. травматический фактор м. чрезмерные физические нагрузки 	д	<p>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</p>

		URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
--	--	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 2-е сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, угрозы прерывания в 12 недель, на фоне внутриутробной гипоксии, роды срочные с обвитием пуповины. При рождении масса 2850г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: реакция на осмотр умеренно снижена. Двигательная активность снижена. Крик слабый, незмоциональный. Голова долихоцефалической формы. Большой родничок 2x2см, на уровне костных краев. Голова отстает от туловища при тракции за руки. Глазной симптоматики нет. Диффузная умеренная мышечная гипотония. Рефлексы Бабкина снижен, хватательный ±, Робинсона -, рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижены, быстро угасают. Судорог при осмотре нет. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой снижен, истончен. Терморегуляция неустойчивая. Слизистые бледно-розового цвета. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно с обеих сторон. ЧСС 130/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При обследовании: общий анализ крови Лейк. $8,0 \times 10^9 / \text{л}$, Эр. $6,18 \times 10^{12} / \text{л}$, Нб-207 г/л, э-2%, п/я-6, с/я-50, л-36, м-6, СОЭ 2 мм/ч. Электролиты крови К 6,4 ммоль/л, Na 124 ммоль/л. ЭКГ: удлинена интервал PQ, зубец T высокий, заостренный. УЗИ органов брюшной полости - признаки кровоизлияния в оба надпочечника.</p> <p style="text-align: center;">Предположительный диагноз. Необходимые дополнительные обследования. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>	Острая надпочечниковая недостаточность	Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
2.	<p>Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 1 родов, протекавших без патологии. Роды в срок.</p>	Идеопатическое истинное преждевременное половое развитие	Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е

<p>При рождении масса тела 3650 гр., длина 53 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. Рост в 1 год 77 см, в 2 года 92 см. За последние 6 месяцев выросла на 6 см. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Привита по возрасту. Семейный анамнез: эндокринной патологии в семье не выявлено. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Молочные железы несколько выдаются, околосососковый кружок вместе с соском образуют конус, плотно-эластичной консистенции, безболезненные пальпаторно. Периферические лимфатические узлы 1 и 2-го размера, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В лёгких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны ритмичные, отчетливые. ЧСС 115/минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный. Мочеиспускание не нарушено. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Антропометрия: рост 98 см, вес 17,5 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,6 \times 10^{12}$ /л, Hb 118 г/л, цп 0,9, 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 150,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1019, 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.</p> <p>Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 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%. Анализ кала на яйца гельминтов - не обнаружены.</p> <p>Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т₄ 10 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 5 нмоль/л (N 4-7,4), эстрадиол 56 пг/мл (N < 15), ЛГ 4,1 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 7,1 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Проба с гонадолиберином: усиление секреции ЛГ в 8 раз (N для препубертатного периода 2-4). Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов:</p>	<p>изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
--	--

	<p>«костный возраст» соответствует 5 годам. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме.</p> <p>Поставьте диагноз. План дополнительного обследования. Лечебная тактика.</p>		
3	<p>Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.</p> <p>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 3200 г, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Семейный анамнез: у отца вторичные половые признаки появились к 15-ти годам. Родители среднего роста. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.</p> <p>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 не выступает из-под края рёберной дуги. 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 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/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 сыворотке крови: 0,7 нмоль/л (N 0,7-2,43 к 13 годам). После пробы с ХГ - уровень 1,4 нмоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 0,09 мМЕ/м (N 0,26-48), ФСГ - 0,4 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 5,1 нг/мл. Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза,</p>	Конституциональная задержка роста и пубертата	<p>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</p>

	<p>гороховидная кость отсутствует. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>Девочка 2 месяца. Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе. Анамнез заболевания: с рождения, определяется неправильное строение наружных половых органов. Девочка часто срыгивала, со 2-й недели необильная рвота, аппетит снижен. Общая прибавка в массе за 2 месяца 250 гр. Периодически возникает жидкий стул до 5-6 раз в сутки. Анамнез жизни: от 1-й беременности на фоне токсикоза первой половины, с нефропатией. Роды в срок, вес при рождении 3200 гр., закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, докармливалась сцеженным молоком. Часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 гр. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В участились срыгивания и рвота. Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца - почечно-каменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 месяц при явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.</p> <p>Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36⁰С. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Масса 3450 гр., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0x1,5см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно ясный легочный звук, число дыханий 38 в мин. Границы сердечной тупости несколько расширены влево. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 132 в мин. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца, короткий, за пределы сердца не проводится. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех областях. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника активная. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без</p>	<p>Врожденная гиперплазия коры надпочечников (АГС), сольтерьяющая форма</p>	<p>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</p>

	<p>патологических примесей. Моча светлая. Наружные половые органы гермафродитного типа - пенисообразный клитор с головкой и крайней плотью. Большие половые губы мошонкообразные, яички не пальпируются. Неврологический статус: патологических рефлексов нет, физиологические рефлексы резко снижены, сосание и глотание не нарушены. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, Hb 119 г/л, цп 0,87, лейкоц. $10,0 \times 10^9/л$, э-5%, п/я-4%, с/я-23%, л-60%, м-8%, СОЭ 6 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок- нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., цилиндр-нет. Биохимические показатели крови: глюкоза натощак 3,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,0 ммоль/л, холестерин 1,7 ммоль/л (N 1,56-2,99), билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-2,5ммоль/л, непрямой-10,0 ммоль/л, АЛАТ-0,41 ммоль/л, АсАТ-0,5 ммоль/л, сулемовая проба 1,6мл, тимоловая-2,0 ед, К-5,9 ммоль/л (N 4,1-5,7), Na-125 ммоль/л (N 133-142), Cl - 90 ммоль/л(N 95-110). Уровень гормонов крови: андростендион - 6,4 нмоль/л (N 0,2-2,4), 17-ОПГ (17-гидроксипрогестерон) 4,5 нмоль/л (N 0,1-2,7).Суточная экскреция с мочей: 17-ОКС-0,7 мг/сут (N 0,5-1,0), уровень альдостерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67), 17-КС - 5,1 мг/сут (N до 2), Проба с преднизолоном: 17-КС в моче до пробы-5,1 мг/сут, после пробы 2,3 мг/сут.Половой хроматин в буккальном мазке: 30% хроматинположительных ядер.Рентгенография кисти, лучезапястных суставов: произошло окостенение головчатой, крючковидной костей.Рентгенография черепа в 2-х проекциях: турецкое седло не изменено. Швы, малый родничок закрыты. Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений без патологии.Пневмосупраренография: умеренная гиперплазия обоих надпочечников.Кариотип: 46,XX.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации. Прогноз.</p>		
5	<p>Мальчик 17 лет. При осмотре рост 195 см, масса 95. Телосложение евнухоидное. Непропорционально длинные конечности, узкая грудная клетка. Мускулатура развита слабо. Отложение жира по женскому типу. Гинекомастия. Скудное оволосение лица,</p>	Синдром Клайнфельтера	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-4235-</p>

	<p>подмышечных впадин. Соматический статус без особенностей. Половые органы сформированы по мужскому типу. Половой член небольшой, дряблый. Яички небольшие, плотные, безболезненные. При обследовании: уровень глюкозы натощак 6,2 ммоль/л, кариотип 47,XXY.</p> <p>Предварительный диагноз. Какие исследования требуется провести для уточнения диагноза? Назначьте лечение.</p>		<p>0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
--	--	--	--

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

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Причины первичной хронической недостаточности надпочечников: (ОПК1)</p> <p>и. аутоиммунное поражение или туберкулез надпочечников</p> <p>к. длительный прием глюкокортикоидов.</p> <p>л. черепно-мозговая травма</p> <p>м. нейроинфекция</p>	а	<p>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</p>
2.	<p>Лечение острой недостаточности надпочечников начинают с введения: (ОПК10)</p> <p>и. Гидрокортизона в вену</p> <p>к. Преднизолон в мышцу</p> <p>л. Преднизолон в вену</p> <p>м. Преднизолон per os</p>	а	<p>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</p>
3	<p>В патогенезе первичного альдостеронизма имеет значение: (ОПК4)</p> <p>и. повышение продукции альдостерона</p> <p>к. повышение продукции андрогенов</p> <p>л. повышение продукции</p>	а	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022.</p>

	<p>глюкокортикоидов</p> <p>м. повышение продукции катехоламинов</p>		<p>- 256 с. - ISBN 978-5-9704-6514-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
4	<p>При острой надпочечниковой недостаточности наблюдаются следующие изменения электролитов: (ОПК4)</p> <p>и. содержание натрия снижено, содержание калия повышено</p> <p>к. содержание калия снижено, содержание натрия повышено</p> <p>л. содержание калия повышено, содержание натрия повышено</p> <p>м. содержание натрия повышено, содержание калия в норме</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
5	<p>Наиболее часто встречающаяся клиническая форма адреногенитального синдрома: (ОПК4)</p> <p>и. Неосложненная (вирильная, простая)</p> <p>к. Сольтерьяющая без выраженной вирилизации</p> <p>л. Сольтерьяющая с выраженной вирилизацией</p> <p>м. Гипертоническая</p>	а	<p>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</p>
6	<p>Клинические симптомы, характерные для адреногенитального синдрома у девочек: (ОПК4)</p> <p>и. гермафродитное строение наружных гениталий</p> <p>к. задержка физического развития в детстве</p> <p>л. высокорослость по завершении пубертата</p> <p>м. истинное преждевременное изосексуальное половое развитие</p>	а	<p>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</p>
7	<p>Неотложная терапия при острой недостаточности надпочечников включает: (ОПК10)</p> <p>и. стероидные гормоны</p> <p>к. препараты калия -</p> <p>л. сердечные препараты</p> <p>м. препараты кальция</p>	а	<p>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 :</p>

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
8	Клиника острой недостаточности надпочечников у детей старшего возраста включает: (ОПК10) и. боли в животе, жидкий стул к. булимию л. тетанию м. боли в животе, запоры	а	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
9	Гормональные изменения при острой первичной недостаточности надпочечников: (ПК1) и. уровень кортизола снижен к. уровень кортизола повышен л. уровень АКТГ не изменен м. уровень АКТГ снижен	а	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
10	Недостаточность минералокортикоидов вызывает: (ОПК4) ж. артериальную гипотонию з. отеки и. запоры артериальную гипертензию	а	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
	Девочка 5 лет. Жалобы: на отставание в	Гипофизарный нанизм.	Дедов, И. И.

1.	<p>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. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Семейный анамнез: Родители здоровы. Рост матери 168 см, отца 184 см. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, активная. Телосложение пропорциональное. 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. Мочепуспускание 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-2,0мкмоль/л, непрямой-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, Ca 2,7 ммоль/л.</p> <p>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 мкМЕ/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.</p>	<p>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.studentlibra.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
----	--	--

	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Поставьте диагноз. 6. Проведите дифференциальный диагноз. 7. Назначьте лечение. 8. Составьте план диспансеризации. 		
2.	<p>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.</p> <p>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 P 0, Aх 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</p>	Конституциональный нанизм	<p>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</p>

	<p>ммоль/л, мочеви́на 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.</p> <p>9. Поставьте диагноз. 10. Проведите дифференциальный диагноз. 11. Назначьте лечение. 12. Составьте план диспансеризации.</p>		
3	<p>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 I-II и паховые - I размера, единичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, эластичной консистенции,</p>	Синдром Шерешевского-Тернера	<p>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</p>

<p>безболезненные. Мышечная система симметрично развита, тонус и сила мышц достаточны. 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. Психоориентация женская. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр 4,8 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-57, л-34, м-4, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/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, деференцировка 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 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.</p> <p>Кариотип: 45,ХО.</p> <p>9. Поставьте диагноз.</p> <p>10. Дифференциальный диагноз.</p>		
--	--	--

	<p>11. Возможности терапии. 12. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>Девочка 15 лет. Жалобы: на низкий рост. Анамнез заболевания: девочка отстает в росте от сверстников с раннего возраста, рост в 1 год - 68 см, на втором и третьем годах прибавка роста 5-6 см, после 4 лет - 3-4 см в год. Пубертат наступил вовремя.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды в срок, масса при рождении 3300 г, рост 52 см. Перенесенные заболевания: в 6 месяцев эпидемический паротит. Привита по возрасту. Наследственный анамнез: родители, родственники здоровы. Родители низкого роста: мать 128 см, отец 132 см. Объективный статус: состояние удовлетворительное. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные. Периферические лимфоузлы 1-2 размера, эластичные, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. ЧД 19/мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧСС 82/мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул оформленный, 1раз/сут. Мочевыделение не нарушено. Половые органы сформированы по женскому типу. Ма 3, Р 3, Ах 2, Ме 3. Антропометрические данные: рост 120 см, вес 24 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 2-3 в поле зрения, эпит.плоский ед. в п.з. Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, К А/Г=1,2, остаточный азот 19,0 ммоль/л, мочевины 4,5 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,9 ммоль/л. Кальций общий 2,7 ммоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л. 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). Клофелинова проба: до - СТГ 7,1 нг/мл, после - 13,6 нг/мл.</p> <p>Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: в наличии дистальный эпифиз локтевой кости, шиловидный отросток локтевой</p>	Низкорослость семейная.	<p>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</p>

	<p>кости, гороховидная кость, сесамовидные кости в I пястно-фаланговом суставе. Синостоз в I пястной кости.</p> <p>Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло стандартных размеров.</p> <p>9. Поставьте диагноз.</p> <p>10. Дифференциальный диагноз.</p> <p>11. Возможности терапии.</p> <p>12. Составьте план реабилитации.</p>		
5	<p>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. Печень, 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 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/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), ФСТГ 3,2 МЕ/л (N 1,0-7,4), ЛГ 13,1 МЕ/л (N</p>	<p>Гигантизм (доброкачественная ацидофильная аденома) гипофиза</p>	<p>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</p>

	<p>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), ФСТГ 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> <p>7. Поставьте диагноз. 8. Дифференциальный диагноз. 9. Лечение.</p> <p>Составьте план диспансеризации.</p>		
--	---	--	--

ОПК-6 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

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5)</p> <p>а.14 б.17 в.8 г.24</p>	а	<p>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</p>
2.	<p>В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4)</p> <p>а.гиперосмолярность сыворотки крови б.накопление молочной кислоты в.гиперкалиемия</p>	а	<p>Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю.</p>

	г.накопление кислых кетоновых тел		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
3	Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4) а.коллоидный б.трабекулярный в.аутоиммунный г.фолликулярный	а	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
4	Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1) а.увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца б.любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы в.плотной консистенции долей щитовидной железы г.утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см	а	Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
5	Основной источник йода для человека: (ОПК1) а.морские продукты б.поваренная соль в.молочные продукты г.растительная пища	а	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
6	В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1) а.избыток тиреотропного гормона б.иммунодефицит в.тирестимулирующие антитела г.избыток селена в продуктах питания	а	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
7	<p>Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4)</p> <p>а.поражения цнс различной степени выраженности</p> <p>б.сахарный диабет новорожденного</p> <p>в.пороки развития плода</p> <p> задержка полового развития</p>	а	<p>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</p>
8	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4)</p> <p>а.1,5</p> <p>б.5,5</p> <p>в.3,3</p> <p>г.2,7</p>	а	<p>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</p>
9	<p>К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1)</p> <p>а.повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности</p> <p>б.снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности</p> <p>в.снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности</p> <p>г.потребность в инсулине во время беременности не изменяется</p>	а	<p>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</p>
10	<p>При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10)</p> <p>а.гипотоническому раствору хлорида натрия</p> <p>б.4 % раствору гидрокарбоната натрия</p>	а	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-4235-</p>

	в.5 % раствору глюкозы изотоническому раствору хлорида натрия		0122-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
--	---	--	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 4 года. Из анамнеза: на фоне назофарингита повысилась температура до 39,7⁰С, 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.</p> <p style="text-align: center;">Предположительный диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>	Надпочечниковый криз	<p>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</p>
2.	<p>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</p>	Ожирение экзогенно-конституционального генеза	<p>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</p>

<p>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 в семье 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.</p> <p>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.</p> <p>Поставьте диагноз.</p>		
---	--	--

	<p>Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
3	<p>Мальчик 6 лет. Поступил с жалобами на избыточный вес, отставание в росте и развитии. Анамнез болезни: рос с избытком массы с первого года жизни, в росте отстает от сверстников, отстает в умственном развитии. Наблюдался и лечился неврологом с года. Анамнез жизни: Ребенок от 2й беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды срочные, самостоятельные, без патологии. Вес при рождении 3800 г, рост 50 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Вскармливание искусственное с 2-х недель жизни. Неонатальная желтуха до 2 месяцев жизни. Голову ребенок стал держать только в 5 месяцев, сидеть к году, а ходить с 2-х лет. К году вес 8500 г, рост 65 см. Первые зубы появились в 2 года. Перенесенные заболевания: не частые ОРВИ, затяжная неонатальная желтуха, дефицитная анемия с первого года. Семейный анамнез: Родители здоровы. Патологии роста и неврологических заболеваний в семье нет. Туберкулеза и венерических заболеваний у родственников нет. Статус при поступлении: Состояние ребенка средней тяжести, обусловленное неврологической симптоматикой. В сознании, вялый, малоподвижен. ЧМН: норма. Мышечный тонус диффузно умеренно снижен. Сухожильные рефлексy D=S, незначительно угнетены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Телосложение гиперстеническое, с сохранением инфантильных пропорций. Отложение жировой ткани равномерное. Стрий нет. Вес 19 кг, рост 100 см. Кожные покровы чистые, субиктеричные, сухие, холодные на ощупь. Выражена отечность лица. Волосы сухие, ломкие, тусклые. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые. Костная система: короткие конечности. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, короткий систолический шум на верхушке и в 5 точке, не проводится за пределы сердца, ЧСС 62 в минуту. Живот гипотоничный, мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см., селезенка не пальпируется. Стул: стойкие запоры. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.</p>	<p>Ожирение тиреогенного генеза.</p>	<p>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</p>

	<p>Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр.3,2 x 10¹²/л, Нб 82 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. 7,3 x 10⁹/л, э.-0%,п/я.-4%, с/я-48%, л.-42%, м.-6%. СОЭ-12 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- 122 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т₃ свободная фракция - 2,2 нмоль/л (N 4-7,4 нмоль/л), Т₄ свободная фракция - 5,6 нмоль/л (N 10-26 нмоль/л). Кровь на сахар: гликемия натощак 2,6 ммоль/л, через 2 часа после еды 3,5 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: УЗ-признаки гипоплазии щитовидной железы. ЭКГ: Синусовая брадикардия. Снижение вольтажа зубцов. Дистрофические изменения миокарда. ЭхоКГ: органической патологии не выявлено. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: Имеются ядра окостенения головчатой и крючковидной костей, дистальный эпифиз лучевой кости, эпифизы основных, средних и концевых фаланг и пястных костей.</p> <p>Поставьте и обоснуйте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>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 синебагровых стрий длиной 5-7 см., явления фолликулита. Подкожно-жировой слой развит избыточно, с преимущественным отложением на лице и туловище. Лицо округлое, лунообразное, с</p>	Синдром Иценко-Кушинга (кортекостерома).	<p>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</p>

<p>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 жираотложения, 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 x 10¹²/л, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. 9,0 x 10⁹/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, холлестерин - 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, мочевиная-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 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> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
---	--	--

5	<p>Мальчик 8 лет. Жалобы: на избыточную массу тела, отставание в психическом развитии. Анамнез болезни: имеет повышенную массу тела с первого года жизни, масса постепенно нарастает. Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с гестозом в первой половине. Роды в срок, масса 3600г, длина 55 см. Начал сидеть в 6 мес, ходить к году. Отставание в умственном развитии было замечено к 1,5 годам. Наблюдается у невролога. Получал ноопропил, кавинтон, фезам. Привит. Детскими инфекционными болезнями не болел, травм и операций не было. Наследственный анамнез: родственники не страдают избытком массы тела. Туберкулеза, венерических заболеваний в семье нет. Объективный статус: сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно. Легко отвлекается. Словарный запас маленький. Доброжелателен. Подвержен резким сменам настроения. Телосложение гиперстеническое. Отложение жирового слоя равномерное. Рост 123 см, масса 38 кг. Нарушение осанки, сутулость. Мышечная масса развита слабо. Кожные покровы чистые, мраморные. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум с максимальной точкой звучания во 2-3 межреберье слева у грудины, ЧСС 86/минуту. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, увеличен в размере за счет избыточного жирового отложения, безболезненный. Край печени не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул: склонность к запорам. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ крови: эр.4,5 x 10¹²/л, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, баз. 0%, эоз. 0%, п/яд. 8%, с/яд. 65%, лимф.19%, мон. 8%, СОЭ 4 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 300,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1018, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 0-1 в п/зр., эп.пл.0-1 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 1. Биохимический анализ крови: общий белок- 75 г/л, билирубин общий- 9,1 мкмоль/л, холестерин - 7,1 ммоль/л, тимоловая проба 4 ЕД, сулемовая проба 1,8 мл, АлАТ-0,47 ммоль/л, АсАТ-0,48 ммоль/л, остаточный азот-19 ммоль/л, мочевины- 6,5 ммоль/л, креатинин- 44,25 мкмоль/л, К-4,3 ммоль/л, Na-138 ммоль/л. Пероральный глюкозотолерантный тест: 4,5 ммоль/л -7,7 ммоль/л. Уровень гормонов крови: СТГ- 4,2 нг/мл (N до 10), ТТГ 3,2 мкМЕ/л (N 0,7-4,5), свободные фракции Т₄ 15 нмоль/ (N 10-26),</p>	<p>Синдром Барде-Бидля</p>	<p>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</p>
---	--	----------------------------	---

	<p>Т₃ 5,5 пмоль/ (N 4,0-7,4), ЛГ 1,3 мМЕ/л (N 0,04-3,6), ФСГ 2,1 МЕ/л (N 0,3-4,6). Анализ мочи на кетоновые тела: отрицательно. Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло не изменено. Ренгенография кистей, лучезапястных суставов: костный возраст соответствует 7-8 годам. Окулист: при офтальмоскопии - отложение пигмента на периферии сетчатки и в области соска зрительного нерва. DS: Пигментная дегенерация сетчатки.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
--	--	--	--

ОПК-9 Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Возможными этиологическими факторами болезни Иценко-Кушинга не является: (ОПК1)</p> <p>с. гормонально-активные опухоли коры надпочечников т. опухоли гипофиза у. травмы черепа ф. воспалительные процессы в гипоталамо-гипофизарной области</p>	и	<p>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</p>
2.	<p>На 1 году диабета потребность в инсулине (ед/кгм.т./сут) у детей чаще составляет: (ОПК5)</p> <p>н. 0,3-0,5 о. более 1 п. 0,6-0,8 р. 0,8-1,0</p>	д	<p>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</p>

3	<p>Ребенок 3-х лет рос и развивался нормально. Изредка болел ОРВИ. Неделю назад без видимой причины появились жажда, полиурия, энурез. Родители отмечают у ребенка хороший аппетит - при том, что он похудел. Для уточнения диагноза необходимо провести исследование: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> с. сахар крови т. проба Зимницкого у. исследование креатинина крови ф. консультация невропатолога 	д	<p>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</p>
4	<p>При лечении диабетической кетоацидотической комы - инсулин следует вводить: (ОПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> н. в/в капельно о. п/к п. в/в струйно р. в/м 	д	<p>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</p>
5	<p>Диабетическая кетоацидотическая кома развивается: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> н. постепенно в течение нескольких дней о. внезапно п. в течение 1-2 часов р. в ночные часы 	д	<p>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</p>
6	<p>Основная причина развития диабетической кетоацидотической комы: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> н. дефицит инсулина о. избыток инсулина п. дефицит глюкагона р. дефицит глюкокортикоидов 	д	<p>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</p>
	Какие из перечисленных продуктов Вы не	д	Дедов, И. И.

7	<p>рекомендуете включать в рацион питания ребенка с сахарным диабетом: (ОПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> с. виноград, инжир, хурма т. грибы у. сметана, сливки, сыры, масло сливочное ф. хлеб 		<p>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</p>
8	<p>Исключение каких продуктов позволит ограничить жиры в питании ребенка, находящегося в состоянии кетоза: (ОПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> с. корейка, грудинка т. отварная рыба у. белые сорта сыра ф. обезжиренный творог 	д	<p>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</p>
9	<p>Какие рекомендации по питанию Вы дадите больному сахарным диабетом на случай кетоацидотического состояния? (ОПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> н. расширить диету за счет легкоусвояемых ув-содержащих продуктов о. ограничить растительную клетчатку п. ограничить питье р. расширить диету за счет белковых продуктов 	д	<p>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</p>
10	<p>Противопоказания к занятиям в спортивной секции при сахарном диабете: (ОПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> н. гликемия перед спортивным занятием выше 14 ммоль/л о. гликемия натощак менее 12 ммоль/л п. склонность к кетоацидозу р. содержание холестерина в крови выше 5,2 ммоль/л 	д	<p>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</p>

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 2-е сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, угрозы прерывания в 12 недель, на фоне внутриутробной гипоксии, роды срочные с обвитием пуповины. При рождении масса 2850г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: реакция на осмотр умеренно снижена. Двигательная активность снижена. Крик слабый, неэмоциональный. Голова долихоцефалической формы. Большой родничок 2х2см, на уровне костных краев. Голова отстает от туловища при тракции за руки. Глазной симптоматики нет. Диффузная умеренная мышечная гипотония. Рефлексы Бабкина снижен, хватательный ±, Робинсона -, рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижены, быстро угасают. Судорог при осмотре нет. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой снижен, истончен. Терморегуляция неустойчивая. Слизистые бледно-розового цвета. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно с обеих сторон. ЧСС 130/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При обследовании: общий анализ крови Лейк. $8,0 \times 10^9$/л, Эр. $6,18 \times 10^{12}$/л, Нб-207 г/л, э-2%, п/я-6, с/я-50, л-36, м-6, СОЭ 2 мм/ч. Электролиты крови К 6,4 ммоль/л, Na 124 ммоль/л. ЭКГ: удлиннен интервал PQ, зубец T высокий, заостренный. УЗИ органов брюшной полости - признаки кровоизлияния в оба надпочечника.</p> <p style="text-align: center;">Предположительный диагноз. Необходимые дополнительные обследования. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>	Острая надпочечниковая недостаточность	<p>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.studentlibra.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
2.	<p>Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 1 родов, протекавших без патологии. Роды в срок. При рождении масса тела 3650 гр., длина 53 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. Рост в 1 год 77 см, в 2 года 92 см. За последние 6 месяцев выросла на 6 см. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Привита по возрасту. Семейный анамнез:</p>	Идеопатическое истинное преждевременное половое развитие	<p>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</p>

<p>эндокринной патологии в семье не выявлено. Туберкулез, венерических заболеваний нет. Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Молочные железы несколько выдаются, околосососковый кружок вместе с соском образуют конус, плотно-эластичной консистенции, безболезненные пальпаторно. Периферические лимфатические узлы 1 и 2-го размера, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В легких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны ритмичные, отчетливые. ЧСС 115/минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный. Мочеиспускание не нарушено. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Антропометрия: рост 98 см, вес 17,5 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,6 \times 10^{12}$ /л, Нб 118 г/л, цп 0,9, 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 150,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1019, 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.</p> <p>Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л, щелочная фосфатаза 5 ед., билирубин общий-9,8 мкмоль/л, прямой-2,0 мкмоль/л, не прямой-7,8 мкмоль/л, АЛТ-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%. Анализ кала на яйца гельминтов - не обнаружены.</p> <p>Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т₄ 10 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 5 нмоль/л (N 4-7,4), эстрадиол 56 пг/мл (N < 15), ЛГ 4,1 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 7,1 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Проба с гонадолиберином: усиление секреции ЛГ в 8 раз (N для препубертатного периода 2-4). Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: «костный возраст» соответствует 5 годам. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме.</p> <p>Поставьте диагноз. План дополнительного обследования.</p>		<p>"Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
--	--	---

	Лечебная тактика.		
3	<p>Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.</p> <p>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 3200 г, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Семейный анамнез: у отца вторичные половые признаки появились к 15-ти годам. Родители среднего роста. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.</p> <p>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 не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен. Половые органы по мужскому типу, сформированы правильно. Формула полового созревания P 0, Ax 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 $4,8 \times 10^{12}/л$, 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 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 сыворотке крови: 0,7 нмоль/л (N 0,7-2,43 к 13 годам). После пробы с ХГ - уровень 1,4 нмоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 0,09 мМЕ/м (N 0,26-48), ФСГ - 0,4 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 5,1 нг/мл. Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.</p> <p>Поставьте диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение.</p>	Конституциональная задержка роста и пубертата	<p>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</p>

	Составьте план диспансеризации.		
4	<p>Девочка 2 месяца. Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе. Анамнез заболевания: с рождения, определяется неправильное строение наружных половых органов. Девочка часто срыгивала, со 2-й недели необильная рвота, аппетит снижен. Общая прибавка в массе за 2 месяца 250 гр. Периодически возникает жидкий стул до 5-6 раз в сутки.</p> <p>Анамнез жизни: от 1-й беременности на фоне токсикоза первой половины, с нефропатией. Роды в срок, вес при рождении 3200 гр., закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, докармливалась сцеженным молоком. Часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 гр. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В участились срыгивания и рвота. Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца - почечно-каменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 месяц при явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.</p> <p>Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36⁰С. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Масса 3450 гр., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0x1,5см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно ясный легочный звук, число дыханий 38 в мин. Границы сердечной тупости несколько расширены влево. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 132 в мин. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца, короткий, за пределы сердца не проводится. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех областях. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника активная. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Моча светлая. Наружные половые органы гермафродитного типа - пенисообразный клитор с головкой и крайней плотью. Большие половые губы мошонкообразные, яички не пальпируются. Неврологический</p>	Врожденная гиперплазия коры надпочечников (АГС), сольтеряющая форма	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

	<p>статус: патологических рефлексов нет, физиологические рефлексы резко снижены, сосание и глотание не нарушены. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. 4,5 x 10¹²/л, Нб 119 г/л, цп 0,87, лейкоц. 10,0 x 10⁹/л, э-5%, п/я-4%, с/я-23%, л-60%, м-8%, СОЭ 6 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок- нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., цилиндр-нет. Биохимические показатели крови: глюкоза натощак 3,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,0 ммоль/л, холестерин 1,7 ммоль/л (N 1,56-2,99), билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-2,5ммоль/л, непрямо-10,0 ммоль/л, АлАТ-0,41 ммоль/л, АсАТ-0,5 ммоль/л, сулемовая проба 1,6мл, тимоловая-2,0 ед, К-5,9 ммоль/л (N 4,1-5,7), Na-125 ммоль/л (N 133-142), С1 - 90 ммоль/л(N 95-110). Уровень гормонов крови: андростендион - 6,4 нмоль/л (N 0,2-2,4), 17-ОПГ (17-гидроксипрогестерон) 4,5 нмоль/л (N 0,1-2,7).Суточная экскреция с мочей: 17-ОКС-0,7 мг/сут (N 0,5-1,0), уровень альдостерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67), 17-КС - 5,1 мг/сут (N до 2), Проба с преднизолоном: 17-КС в моче до пробы-5,1 мг/сут, после пробы 2,3 мг/сут. Половой хроматин в буккальном мазке: 30% хроматинположительных ядер.Рентгенография кисти, лучезапястных суставов: произошло окостенение головчатой, крючковидной костей.Рентгенография черепа в 2-х проекциях: турецкое седло не изменено. Швы, малый родничок закрыты. Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений без патологии.Пневмосупраренография: умеренная гиперплазия обоих надпочечников.Кариотип: 46,XX.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации. Прогноз.</p>		
5	<p>Мальчик 17 лет.</p> <p>При осмотре рост 195 см, масса 95. Телосложение евнухоидное. Непропорционально длинные конечности, узкая грудная клетка. Мускулатура развита слабо. Отложение жира по женскому типу. Гинекомастия. Скудное оволосение лица, подмышечных впадин. Соматический статус без особенностей. Половые органы сформированы по мужскому типу. Половой член небольшой, дряблый. Яички небольшие, плотные, безболезненные. При обследовании: уровень глюкозы натощак 6,2</p>	Синдром Клайнфельтера	<p>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.studentlibra</p>

	<p>ммоль/л, кариотип 47,XXY. Предварительный диагноз. Какие исследования требуется провести для уточнения диагноза? Назначьте лечение.</p>	<p>ry.ru/book/ISBN978542 3501228.html</p>
--	---	--

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

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Преждевременное половое развитие наблюдается при: (ОПК4)</p> <p>д. врожденной дисфункции коры надпочечников (недостаточность 21 - гидроксилазы)</p> <p>е. синдроме тестикулярной феминизации</p> <p>ж. истинном гермафродитизме</p> <p>з. недостаточности 5-альфа-редуктазы</p>	а	<p>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</p>
2.	<p>Выбор паспортного пола у больных истинным гермафродитизмом определяется: (ОПК4)</p> <p>д. степенью развития тестикулярной ткани</p> <p>е. главным образом желанием родителей</p> <p>ж. кариотипом</p> <p>з. возрастом ребенка</p>	а	<p>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</p>
3	<p>Для больных истинным гермафродитизмом не характерно: (ОПК1)</p> <p>д. преждевременного полового развития</p> <p>е. мозаичного кариотипа 46, XX / 46, XY</p> <p>ж. внутренних гениталий женского типа</p> <p>з. наружных гениталий смешанного типа</p>	а	<p>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</p>

4	<p>Больной первичным гипогонадизмом в детородном возрасте: (ОПК1)</p> <p>д. безусловно стерилен</p> <p>е. как правило фертилен</p> <p>ж. стерилен, если заместительная терапия начата поздно</p> <p>з. плодовит, если проведена пересадка яичек и последние не отторгнуты</p>	а	<p>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</p>
5	<p>Терапевтическая тактика при верификации врожденной дисфункции коры надпочечников, неклассическая форма в допубертатном периоде: (ОПК5)</p> <p>д. наблюдение</p> <p>е. назначить кортеф</p> <p>ж. назначить преднизолон в сочетании с кортинеффом</p> <p>з. назначить дексаметазон</p>	а	<p>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</p>
6	<p>Первым манифестным симптомом гиперандрогении у детей является: (ОПК4)</p> <p>г. изолированное пубархе</p> <p>д. гирсутизм</p> <p>е. угревая болезнь</p> <p>жирная себорея волос</p>	а	<p>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</p>
7	<p>При установлении диагноза вторичного гипогонадизма в 16 лет следует: (ОПК4)</p> <p>д. проводить лечение препаратами хорионического гонадотропина постоянно</p> <p>е. отложить лечение</p> <p>ж. проводить лечение препаратами депо-тестостерона</p> <p>з. проводить лечение препаратами хорионического гонадотропина курсами</p>	а	<p>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</p>

8	<p>Для больных синдромом Шерешевского-Тернера характерны: (ОПК4)</p> <p>д. низкорослость и незначительное отставание "костного" возраста от паспортного</p> <p>е. низкорослость и выраженное отставание "костного" возраста от паспортного</p> <p>ж. высокорослость и соответствие "костного" возраста паспортному</p> <p>з. высокорослость и выраженное отставание "костного" возраста от паспортного</p>	а	<p>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</p>
9	<p>В патогенезе синдрома тестикулярной феминизации играют роль: (ОПК1)</p> <p>д. нарушение чувствительности тканей-мишеней к андрогенам</p> <p>е. гиперпродукция материнских эстрогенов</p> <p>ж. дефект синтеза тестостерона</p> <p>з. дисгенезия яичек</p>	а	<p>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</p>
10	<p>От гормональной терапии можно ожидать эффекта при крипторхизме: (ОПК5)</p> <p>д. в форме паховой ретенции и низком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p> <p>е. в форме эктопии и низком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p> <p>ж. в форме паховой ретенции и высоком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p> <p>з. в форме брюшной ретенции и высоком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p>	а	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 4 года. Из анамнеза: на фоне назофарингита повысилась температура до 39,7⁰С, 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</p>	Надпочечниковый криз	<p>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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

	<p>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.</p> <p>Предположительный диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>		<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
2.	<p>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 в семье 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.</p>	<p>Ожирение экзогенно-конституционального генеза</p>	<p>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</p>

	<p>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. О 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.</p> <p>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: кнаружи 90 град., кнутри-65, кверху-50, книзу-70. Рентгенография черепа: форма черепа округлая, турецкое седло не изменено.</p> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
3	<p>Мальчик 6 лет. Поступил с жалобами на избыточный вес, отставание в росте и развитии. Анамнез болезни: рос с избытком массы с первого года жизни, в росте отстает от сверстников, отстает в умственном развитии. Наблюдался и лечился неврологом с года. Анамнез жизни: Ребенок от 2й беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды срочные, самостоятельные, без патологии. Вес при рождении 3800 г, рост 50 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Вскармливание искусственное с 2-х недель жизни. Неонатальная желтуха до 2 месяцев жизни. Голову ребенок стал держать только в 5 месяцев, сидеть к году, а ходить с 2-х лет. К году вес 8500 г, рост 65 см. Первые</p>	Ожирение тиреоидного генеза.	<p>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.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>

зубы появились в 2 года. Перенесенные заболевания: не частые ОРВИ, затяжная неонатальная желтуха, дефицитная анемия с первого года. Семейный анамнез: Родители здоровы. Патологии роста и неврологических заболеваний в семье нет. Туберкулеза и венерических заболеваний у родственников нет. Статус при поступлении: Состояние ребенка средней тяжести, обусловленное неврологической симптоматикой. В сознании, вялый, малоподвижен. ЧМН: норма. Мышечный тонус диффузно умеренно снижен. Сухожильные рефлексы D=S, незначительно угнетены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Телосложение гиперстеническое, с сохранением инфантильных пропорций. Отложение жировой ткани равномерное. Стрий нет. Вес 19 кг, рост 100 см. Кожные покровы чистые, субиктеричные, сухие, холодные на ощупь. Выражена отечность лица. Волосы сухие, ломкие, тусклые. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые. Костная система: короткие конечности. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, короткий систолический шум на верхушке и в 5 точке, не проводится за пределы сердца, ЧСС 62 в минуту. Живот гипотоничный, мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см., селезенка не пальпируется. Стул: стойкие запоры. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр.3,2 x 10¹²/л, Нб 82 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. 7,3 x 10⁹/л, э.-0%,п/я.-4%, с/я-48%, л.-42%, м.-6%. СОЭ-12 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- 122 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т₃ свободная фракция - 2,2 нмоль/л (N 4-7,4 нмоль/л), Т₄ свободная фракция - 5,6 нмоль/л (N 10-26 нмоль/л). Кровь на сахар: гликемия натощак 2,6 ммоль/л, через 2 часа после еды 3,5 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: УЗ-признаки гипоплазии щитовидной железы. ЭКГ: Синусовая брадикардия. Снижение вольтажа зубцов. Дистрофические изменения миокарда. ЭхоКГ: органической патологии не выявлено. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: Имеются ядра окостенения головчатой и крючковидной костей, дистальный эпифиз лучевой кости, эпифизы основных, средних и концевых фаланг и пястных костей.

Поставьте и обоснуйте

	<p>диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>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 синякообразных 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 жираотложения, 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 x 10¹²/л, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. 9,0 x 10⁹/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 -</p>	<p>Синдром Иценко-Кушинга (кортекостерома).</p>	<p>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</p>

	<p>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 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> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
5	<p>Мальчик 8 лет. Жалобы: на избыточную массу тела, отставание в психическом развитии. Анамнез болезни: имеет повышенную массу тела с первого года жизни, масса постепенно нарастает. Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с гестозом в первой половине. Роды в срок, масса 3600г, длина 55 см. Начал сидеть в 6 мес, ходить к году. Отставание в умственном развитии было замечено к 1,5 годам. Наблюдается у невролога. Получал ноопропил, кавинтон, фезам. Привит. Детскими инфекционными болезнями не болел, травм и операций не было. Наследственный анамнез: родственники не страдают избытком массы тела. Туберкулеза, венерических заболеваний в семье нет. Объективный статус: сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно. Легко отвлекается. Словарный запас маленький. Доброжелателен. Подвержен резким сменам настроения. Телосложение гиперстеническое. Отложение жирового слоя равномерное.</p>	Синдром Барде-Бидля	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

<p>Рост 123 см, масса 38 кг. Нарушение осанки, сутулость. Мышечная масса развита слабо. Кожные покровы чистые, мраморные. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум с максимальной точкой звучания во 2-3 межреберье слева у грудины, ЧСС 86/минуту. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, увеличен в размере за счет избыточного жирового отложения, безболезненный. Край печени не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул: склонность к запорам. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет. Данные обследования: Общий анализ крови: эр.4,5 x 10¹²/л, Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, баз. 0%, эоз. 0%, п/яд. 8%, с/яд. 65%, лимф.19%, мон. 8%, СОЭ 4 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 300,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1018, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 0-1 в п/зр., эп.пл.0-1 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 1. Биохимический анализ крови: общий белок- 75 г/л, билирубин общий- 9,1 мкмоль/л, холестерин - 7,1 ммоль/л, тимоловая проба 4 ЕД, сулемовая проба 1,8 мл, АлАТ-0,47 ммоль/л, АсАТ-0,48 ммоль/л, остаточный азот-19 ммоль/л, мочевины- 6,5 ммоль/л, креатинин- 44,25 мкмоль/л, К-4,3 ммоль/л, Na-138 ммоль/л. Пероральный глюкозотолерантный тест: 4,5 ммоль/л -7,7 ммоль/л. Уровень гормонов крови: СТГ- 4,2 нг/мл (N до 10), ТТГ 3,2 мкМЕ/л (N 0,7-4,5), свободные фракции Т₄ 15 нмоль/ (N 10-26), Т₃ 5,5 пмоль/ (N 4,0-7,4), ЛГ 1,3 мМЕ/л (N 0,04-3,6), ФСГ 2,1 МЕ/л (N 0,3-4,6). Анализ мочи на кетоновые тела: отрицательно. Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло не изменено. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: костный возраст соответствует 7-8 годам. Окулист: при офтальмоскопии - отложение пигмента на периферии сетчатки и в области соска зрительного нерва. DS: Пигментная дегенерация сетчатки.</p> <p style="text-align: center;">Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Составьте план диспансеризации.</p>		
--	--	--

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Детская неврология»**

ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5) а.14 б.17 в.8 г.24	а	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.	В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4) а.гиперосмолярность сыворотки крови б.накопление молочной кислоты в.гиперкалиемия г.накопление кислых кетоновых тел	а	Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
3	Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4) а.коллоидный б.трабекулярный в.аутоиммунный г.фолликулярный	а	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
	Классификация ВОЗ (1994) подразумевает	а	Детская

4	<p>наличие зоба при: (ОПК1)</p> <p>а.увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца</p> <p>б.любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы</p> <p>в.плотной консистенции долей щитовидной железы</p> <p>г.утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см</p>		<p>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</p>
5	<p>Основной источник йода для человека: (ОПК1)</p> <p>а.морские продукты</p> <p>б.поваренная соль</p> <p>в.молочные продукты</p> <p>г.растительная пища</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
6	<p>В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1)</p> <p>а.избыток тиреотропного гормона</p> <p>б.иммунодефицит</p> <p>в.тиреостимулирующие антитела</p> <p>г.избыток селена в продуктах питания</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
7	<p>Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4)</p> <p>а.поражения цнс различной степени выраженности</p> <p>б.сахарный диабет новорожденного</p> <p>в.пороки развития плода</p> <p>задержка полового развития</p>	а	
8	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4)</p> <p>а.1,5</p> <p>б.5,5</p> <p>в.3,3</p> <p>г.2,7</p>	а	<p>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</p>

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html
9	К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1) а.повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности б.снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности в.снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности г.потребность в инсулине во время беременности не изменяется	а	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
10	При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10) а.гипотоническому раствору хлорида натрия б.4 % раствору гидрокарбоната натрия в.5 % раствору глюкозы изотоническому раствору хлорида натрия	а	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Девочка К, 3 недели. Поступила в стационар с диагнозом: затянущаяся желтуха у доношенного ребенка. Мать Rh-положительная? группа крови матери II(A), ребенка- I(0). Непрямой билирубин ребенка при поступлении-80 мкмоль/л, анемии и ретикулоцитоза нет. На осмотре: вялость, расхождение прямых мышц живота, большой живот. Печень увеличена на 3,5 см. Нос седловидный, широкое расстояние между глазами, короткие толстые пальцы, язык не помещается во рту. Голос грубый, осиплый. Череп больших размеров, роднички открыты. Отмечается брадикардия.</p> <p>Назовите факторы риска, патогенез заболевания. Какие ведущие клинические симптомы при осмотре ребенка.</p>		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

	<p>Обоснуйте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить. Назначьте лечение. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.</p>		
2.	<p>Мальчик Т. Был извлечен на 39-40 неделе беременности путем операции кесарева сечения. Предпринятой без родовой деятельности в связи с рубцом на матке у женщины, страдающей ожирением и гестационным сахарным диабетом с 28 неделе беременности. Беременность вторая, протекала с умеренным повышением АД с 31-32 недели, отмечались отеки, белок в моче, многоводие. Масса тела ребенка 4000 г, рост 51 см. оценка по шкале Апгар 8 баллов. При осмотре отмечались: диспропорциональное телосложение, яркая окраска кожных покровов, периферический цианоз, пастозность, выраженное лануго. Через час у ребенка отмечено снижение мышечного тонуса, физиологических рефлексов, появление тремора конечностей, повышенная возбудимость, приглушенность сердечных тонов, одышка до 70 в минуту. Живот округлой формы, печень +3,0 см из-под реберного края.</p> <p>Назовите факторы риска, патогенез заболевания. Какие ведущие клинические симптомы при осмотре ребенка. Обоснуйте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить. Назначьте лечение. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.</p>		<p>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</p>
3	<p>При патронаже 2-недельного ребёнка мама жалуется на наличие у него запора, желтухи, вялости и сонливости. Из анамнеза известно: ребёнок родился от матери 30 лет, от 2 беременности, 1 родов, 1 беременность - искусственный аборт, на учете с 10 недель. На 8-й неделе беременности мать болела гриппом. Роды срочные в 41 неделю. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов, состояние при рождении средней тяжести. Масса тела ребенка при рождении 4000 г, длина 55 см.</p> <p>При осмотре: двигательная активность снижена, ребенок вялый, голова</p>		<p>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</p>

	<p>округлая, малый родничок 0,5×0,5 см, большой 2,5×3 см, тургор тканей повышен, легкая желтушность, отмечается отечность лица и туловища, вздутый живот, умеренная брадикардия у спящего ребёнка. Результаты неонатального скрининга, проведенного в роддоме: ТТГ - 30 мМЕ/л, Т4 - 70 нмоль/л.</p> <p>Поставьте предварительный диагноз данному ребенку. Опишите патогенез данного состояния. Укажите диагностические критерии. Назначьте лечение. Определите прогноз. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.</p>		0465141.html
4	<p>Новорожденная Д. от матери, страдающей сахарным диабетом 1 типа. Родилась без асфиксии, масса при рождении- 4200 г. При осмотре отмечались: диспропорциональное телосложение, периферический цианоз, пастозность, лануго. Периодический тремор конечностей, снижение двигательной-рефлекторной возбудимости. Аускультивно сердечные тоны приглушены, ритмичные, чсс-130 в минуту. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, чд-50 в минуту. Живот округлой формы, печень +3,0 см из-под реберного края. Стул-меконий.</p> <p>Обоснуйте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить. Каких нарушений в углеводном обмене можно ожидать у данного ребенка? Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.</p>		<p>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</p>
5	<p>Мальчик, 14 дней, от 5-й беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась рождением здорового ребенка, вторая и третья беременности – мед. абортами, четвертая - выкидышем в 10 недель. Настоящая беременность протекала с ранним гестозом, во втором триместре беременности мать лечилась в стационаре по поводу угрозы выкидыша. Роды с родостимуляцией. Ребенок закричал сразу, масса тела при рождении 4150,0 г, длина 52 см, к груди приложен на 3 сутки. Сосал удовлетворительно, но обильно срыгивал. Масса тела на 7-й день жизни 3850,0. Ребенок был переведен в стационар на 12-й день жизни при явлениях нарастания</p>		<p>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</p>

	<p>эксикоза и токсикоза. При поступлении масса тела 3030,0 г. Состояние ребенка тяжелое, крик слабый. Подкожно-жировой слой отсутствует, кожа сухая, морщинистая. Страдальческое выражение лица. Запавшие глаза, "синева" под глазами. Живот умеренно вздут, с выраженной венозной сетью. Печень и селезенка увеличены. Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, половой член несколько увеличен в размерах, пигментация мошонки усилена. Мышечная гипотония. Рефлексы угнетены. Тремор рук. Стул 8 раз в сутки, разжижен. Клинический анализ крови: Нб - 234 г/л, Л - $10,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ 4 мм/ч, КОС: рН - 7,30, рСО₂ - 36 мм. рт. ст., ВЕ - 7 ммоль/л, Биохимический анализ крови: К - 8,4 ммоль/л, Na - 80 ммоль/л. Суточная экскреция 17-КС с мочой - 3,2 мг/сут.</p> <p>Поставьте и обоснуйте диагноз. Опишите патогенез заболевания. Опишите характерную клиническую картину данного заболевания. Укажите критерии диагностики. Окажите неотложную помощь. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.</p>		
--	---	--	--

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Преждевременное половое развитие наблюдается при: (ОПК4)</p> <p>и. врожденной дисфункции коры надпочечников (недостаточность 21 - гидроксилазы)</p> <p>к. синдроме тестикулярной феминизации</p> <p>л. истинном гермафродитизме</p> <p>м. недостаточности 5-альфа-редуктазы</p>	а	<p>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/ISBN978542</p>

			3501228.html
2.	<p>Выбор паспортного пола у больных истинным гермафродитизмом определяется: (ОПК4)</p> <p>и. степенью развития тестикулярной ткани</p> <p>к. главным образом желанием родителей</p> <p>л. кариотипом</p> <p>м. возрастом ребенка</p>	а	<p>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</p>
3	<p>Для больных истинным гермафродитизмом не характерно: (ОПК1)</p> <p>и. преждевременного полового развития</p> <p>к. мозаичного кариотипа 46, XX / 46, XY</p> <p>л. внутренних гениталий женского типа</p> <p>м. наружных гениталий смешанного типа</p>	а	<p>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</p>
4	<p>Больной первичным гипогонадизмом в детородном возрасте: (ОПК1)</p> <p>и. безусловно стерилен</p> <p>к. как правило фертилен</p> <p>л. стерилен, если заместительная терапия начата поздно</p> <p>м. плодовит, если проведена пересадка яичек и последние не отторгнуты</p>	а	<p>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</p>
5	<p>Терапевтическая тактика при верификации врожденной дисфункции коры надпочечников, неклассическая форма в допубертатном периоде: (ОПК5)</p> <p>и. наблюдение</p> <p>к. назначить кортеф</p> <p>л. назначить преднизолон в сочетании с кортинеффом</p> <p>м. назначить дексаметазон</p>	а	<p>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</p>

6	<p>Первым манифестным симптомом гиперандрогении у детей является: (ОПК4)</p> <p>ж. изолированное пубархе з. гирсутизм и. угревая болезнь жирная себорея волос</p>	а	<p>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</p>
7	<p>При установлении диагноза вторичного гипогонадизма в 16 лет следует: (ОПК4)</p> <p>и. проводить лечение препаратами хорионического гонадотропина постоянно к. отложить лечение л. проводить лечение препаратами депо-тестостерона м. проводить лечение препаратами хорионического гонадотропина курсами</p>	а	<p>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</p>
8	<p>Для больных синдромом Шерешевского-Тернера характерны: (ОПК4)</p> <p>и. низкорослость и незначительное отставание "костного" возраста от паспортного к. низкорослость и выраженное отставание "костного" возраста от паспортного л. высокорослость и соответствие "костного" возраста паспортному м. высокорослость и выраженное отставание "костного" возраста от паспортного</p>	а	<p>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</p>
9	<p>В патогенезе синдрома тестикулярной феминизации играют роль: (ОПК1)</p> <p>и. нарушение чувствительности тканей-мишеней к андрогенам к. гиперпродукция материнских эстрогенов л. дефект синтеза тестостерона м. дисгенезия яичек</p>	а	<p>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</p>

10	<p>От гормональной терапии можно ожидать эффекта при крипторхизме: (ОПК5)</p> <p>и. в форме паховой ретенции и низком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p> <p>к. в форме эктопии и низком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p> <p>л. в форме паховой ретенции и высоком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p> <p>м. в форме брюшной ретенции и высоком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p>	а	<p>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</p>
----	--	---	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Мальчик 2-е сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, угрозы прерывания в 12 недель, на фоне внутриутробной гипоксии, роды срочные с обвитием пуповины. При рождении масса 2850г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: реакция на осмотр умеренно снижена. Двигательная активность снижена. Крик слабый, незмоциональный. Голова долихоцефалической формы. Большой родничок 2х2см, на уровне костных краев. Голова отстает от туловища при тракции за руки. Глазной симптоматики нет. Диффузная умеренная мышечная гипотония. Рефлексы Бабкина снижен, хватательный ±, Робинсона -, рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижены, быстро угасают. Судорог при осмотре нет. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой снижен, истончен. Терморегуляция неустойчивая. Слизистые бледно-розового цвета. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно с обеих сторон. ЧСС 130/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При обследовании: общий анализ крови Лейк. $8,0 \times 10^9$/л, Эр. $6,18 \times 10^{12}$/л, Нб-207 г/л, э-2%, п/я-6, с/я-50, л-36, м-6, СОЭ 2 мм/ч. Электролиты крови К 6,4 ммоль/л, Na 124 ммоль/л. ЭКГ: удлинена интервал PQ, зубец Т высокий, заостренный. УЗИ органов брюшной полости - признаки кровоизлияния в оба надпочечника.</p> <p style="text-align: center;">Предположительный диагноз. Необходимые</p>	Острая надпочечниковая недостаточность	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>

	<p>дополнительные обследования. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p>		
2.	<p>Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 1 родов, протекавших без патологии. Роды в срок. При рождении масса тела 3650 гр., длина 53 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. Рост в 1 год 77 см, в 2 года 92 см. За последние 6 месяцев выросла на 6 см. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Привита по возрасту. Семейный анамнез: эндокринной патологии в семье не выявлено. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Молочные железы несколько выдаются, околосососковый кружок вместе с соском образуют конус, плотно-эластичной консистенции, безболезненные пальпаторно. Периферические лимфатические узлы 1 и 2-го размера, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В лёгких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны ритмичные, отчетливые. ЧСС 115/минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный. Мочиспускание не нарушено. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Антропометрия: рост 98 см, вес 17,5 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,6 \times 10^{12}$ /л, Нб 118 г/л, цп 0,9, 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 150,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1019, 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.</p> <p>Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л, щелочная фосфатаза 5 ед., билирубин общий-9,8 мкмоль/л, прямой-2,0 мкмоль/л, непрямой-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%. Анализ кала на яйца гельминтов - не</p>	<p>Идеопатическое истинное преждевременное половое развитие</p>	<p>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</p>

	<p>обнаружены.</p> <p>Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т₄ 10 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 5 нмоль/л (N 4-7,4), эстрадиол 56 пг/мл (N < 15), ЛГ 4,1 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 7,1 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Проба с гонадолиберином: усиление секреции ЛГ в 8 раз (N для препубертатного периода 2-4). Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: «костный возраст» соответствует 5 годам. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме.</p> <p>Поставьте диагноз. План дополнительного обследования. Лечебная тактика.</p>		
3	<p>Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.</p> <p>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 3200 г, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Семейный анамнез: у отца вторичные половые признаки появились к 15-ти годам. Родители среднего роста. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.</p> <p>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 не выступает из-под края рёберной дуги. 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 x 10¹²/л, Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк. 6,0 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты 320 x 10⁹/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),</p>	Конституциональная задержка роста и пубертата	<p>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</p>

	<p>кальций общий 2,8 ммоль/л, калий 4,0 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л. Тестостерон сыворотке крови: 0,7 нмоль/л (N 0,7-2,43 к 13 годам). После пробы с ХГ - уровень 1,4 нмоль/л. Уровень гормонов крови: ЛГ - 0,09 мМЕ/м (N 0,26-48), ФСГ - 0,4 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т₄ 15 нмоль/л (N 10-26), Т₃ 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 5,1 нг/мл. Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.</p> <p>Поставьте диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
4	<p>Девочка 2 месяца. Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе. Анамнез заболевания: с рождения, определяется неправильное строение наружных половых органов. Девочка часто срыгивала, со 2-й недели необильная рвота, аппетит снижен. Общая прибавка в массе за 2 месяца 250 гр. Периодически возникает жидкий стул до 5-6 раз в сутки.</p> <p>Анамнез жизни: от 1-й беременности на фоне токсикоза первой половины, с нефропатией. Роды в срок, вес при рождении 3200 гр., закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, докармливалась сцеженным молоком. Часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 гр. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В участились срыгивания и рвота. Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца - почечно-каменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 месяц при явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.</p> <p>Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36⁰С. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Масса 3450 гр., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0x1,5см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет,</p>	<p>Врожденная гиперплазия коры надпочечников (АГС), сольтеряющая форма</p>	<p>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</p>

<p>перкуторно ясный легочный звук, число дыханий 38 в мин. Границы сердечной тупости несколько расширены влево. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 132 в мин. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца, короткий, за пределы сердца не проводится. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех областях. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника активная. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Моча светлая. Наружные половые органы гермафродитного типа - пенисообразный клитор с головкой и крайней плотью. Большие половые губы мошонкообразные, яички не пальпируются. Неврологический статус: патологических рефлексов нет, физиологические рефлексы резко снижены, сосание и глотание не нарушены. Данные обследования: Общий анализ крови: эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, Hb 119 г/л, цп 0,87, лейкоц. $10,0 \times 10^9/л$, э-5%, п/я-4%, с/я-23%, л-60%, м-8%, СОЭ 6 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок- нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., цилиндр-нет. Биохимические показатели крови: глюкоза натощак 3,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,0 ммоль/л, холестерин 1,7 ммоль/л (N 1,56-2,99), билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-2,5ммоль/л, непрямой-10,0 ммоль/л, АлАТ-0,41 ммоль/л, АсАТ-0,5 ммоль/л, сулемовая проба 1,6мл, тимоловая-2,0 ед, К-5,9 ммоль/л (N 4,1-5,7), Na-125 ммоль/л (N 133-142), Cl - 90 ммоль/л(N 95-110). Уровень гормонов крови: андростендион - 6,4 нмоль/л (N 0,2-2,4), 17-ОПГ (17-гидроксипрогестерон) 4,5 нмоль/л (N 0,1-2,7).Суточная экскреция с мочей: 17-ОКС-0,7 мг/сут (N 0,5-1,0), уровень альдостерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67), 17-КС - 5,1 мг/сут (N до 2), Проба с преднизолоном: 17-КС в моче до пробы-5,1 мг/сут, после пробы 2,3 мг/сут.Половой хроматин в буккальном мазке: 30% хроматинположительных ядер.Рентгенография кисти, лучезапястных суставов: произошло окостенение головчатой, крючковидной костей.Рентгенография черепа в 2-х проекциях: турецкое седло не изменено. Швы, малый родничок закрыты. Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений без патологии.Пневмосупраренография: умеренная гиперплазия обоих надпочечников.Кариотип: 46,XX.</p> <p>Поставьте диагноз. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.</p>		
---	--	--

	Составьте план диспансеризации. Прогноз.		
5	<p>Мальчик 17 лет. При осмотре рост 195 см, масса 95. Телосложение евнухоидное. Непропорционально длинные конечности, узкая грудная клетка. Мускулатура развита слабо. Отложение жира по женскому типу. Гинекомастия. Скудное оволосение лица, подмышечных впадин. Соматический статус без особенностей. Половые органы сформированы по мужскому типу. Половой член небольшой, дряблый. Яички небольшие, плотные, безболезненные. При обследовании: уровень глюкозы натощак 6,2 ммоль/л, кариотип 47,XXY.</p> <p>Предварительный диагноз. Какие исследования требуется провести для уточнения диагноза? Назначьте лечение.</p>	Синдром Клайнфельтера	<p>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</p>

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

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5)</p> <p>а. 14 б. 17 в. 8 г. 24</p>	а	<p>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</p>
2.	<p>В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4)</p> <p>а. гиперосмолярность сыворотки крови б. накопление молочной кислоты в. гиперкалиемия г. накопление кислых кетоновых тел</p>	а	<p>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</p>

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
3	Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4) а. коллоидный б.трабекулярный в.аутоиммунный г.фолликулярный	а	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
4	Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1) а.увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца б.любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы в.плотной консистенции долей щитовидной железы г.утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см	а	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
5	Основной источник йода для человека: (ОПК1) а.морские продукты б.поваренная соль в.молочные продукты г.растительная пища	а	Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
6	В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1) а.избыток тиреотропного гормона б.иммунодефицит в.тиреостимулирующие антитела г.избыток селена в продуктах питания	а	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

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html
7	<p>Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4)</p> <p>а.поражения цнс различной степени выраженности</p> <p>б.сахарный диабет новорожденного</p> <p>в.пороки развития плода</p> <p>задержка полового развития</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
8	<p>Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4)</p> <p>а.1,5</p> <p>б.5,5</p> <p>в.3,3</p> <p>г.2,7</p>	а	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
9	<p>К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся: (ОПК1)</p> <p>а.повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности</p> <p>б.снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности</p> <p>в.снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности</p> <p>г.потребность в инсулине во время беременности не изменяется</p>	а	<p>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</p>
10	<p>При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10)</p> <p>а.гипотоническому раствору хлорида натрия</p> <p>б.4 % раствору гидрокарбоната натрия</p> <p>в.5 % раствору глюкозы</p> <p>изотоническому раствору хлорида натрия</p>	а	<p>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</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	<p>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.</p> <p>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 37,1⁰ 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. Мочевыделение 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</p>	Диффузный токсический зоб 2 степени, легкое течение	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

	<p>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> <p>Поставьте диагноз. Назначьте необходимое дообследование. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
2.	<p>Мальчик 7 лет, вес 32 кг, обратился с жалобами на слабость, нарастающую к вечеру, быструю утомляемость, фебрильную температуру 38,2⁰ С, 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 безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Стул через день. Данные обследования: Общий анализ крови: Эр.3,2 x 10¹²/л, Нб 122 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. 11,3 x 10⁹/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> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Составьте план диспансеризации.</p>	Острый тиреодит	<p>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.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
3	<p>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</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников: вирильная форма</p>	<p>Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. - Москва : Литтерра, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-4235-0122-8. - Текст :</p>

	<p>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 4,05Т/л, Цв. П. 0,82, L 6,8 x103 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, непрямо́й - 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> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		<p>электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501228.html</p>
4	<p>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, сольтерьющей 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: Нв -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.</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников, смешанная форма (вирильная, сольтерьющая), средней степени тяжести</p>	<p>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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>

	<p>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</p> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		
5	<p>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 холестазии отрицательны. Стул со склонностью к поносам.</p> <p>Данные обследования: Общий анализ крови: Эр. 3,6 x 10¹²/л, Нб - 88 г/л, ЦП - 0,8, Лейк. 4,3 x 10⁹/л, э.-3%, п/я - 0%, с/я - 28%, л -70%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.</p> <p>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)</p> <p>Поставить диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.</p>	Хроническая надпочечниковая	<p>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</p>

ОПК-6 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

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
--	--------------------	------------------	----------

Выберите правильный ответ			
1.	Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 % раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы: (ОПК5) а.14 б.17 в.8 г.24	а	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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
2.	В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4) а.гиперосмолярность сыворотки крови б.накопление молочной кислоты в.гиперкалиемия г.накопление кислых кетоновых тел	а	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- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
3	Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4) а.коллоидный б.трабекулярный в.аутоиммунный г.фолликулярный	а	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	Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1) а.увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца б.любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы в.плотной консистенции долей щитовидной железы г.утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см	а	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
	Основной источник йода для человека:	а	Дедов, И. И.

5	(ОПК1) а.морские продукты б.поваренная соль в.молочные продукты г.растительная пища		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
6	В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1) а.избыток тиреотропного гормона б.иммунодефицит в.тиреостимулирующие антитела г.избыток селена в продуктах питания	а	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
7	Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4) а.поражения цнс различной степени выраженности б.сахарный диабет новорожденного в.пороки развития плода задержка полового развития	а	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
8	Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4) а.1,5 б.5,5 в.3,3 г.2,7	а	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
	К особенностям течения сахарного диабета	а	Дедов, И. И.

9	во время беременности относятся: (ОПК1) а.повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности б.снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности в.снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности г.потребность в инсулине во время беременности не изменяется		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
10	При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать: (ОПК10) а.гипотоническому раствору хлорида натрия б.4 % раствору гидрокарбоната натрия в.5 % раствору глюкозы изотоническому раствору хлорида натрия	а	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Девочка, 11 мес. Ребенок от 2 беременностей , 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. 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. 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	Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный с кетоацидозом	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

	<p>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>4. Поставьте предварительный диагноз</p> <p>5. Составьте план обследования</p> <p>6. Укажите основные принципы лечения</p>		
2.	<p>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. Гипогликемия 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,</p>	Гипогликемический синдром	<p>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</p>

	<p>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. 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 пмоль/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> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>		
3	<p>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> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>	Сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, фаза декомпенсации с кетоацидозом	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
4	<p>Девочка, 12 лет. Жалобы на возбудимость, плаксивость, раздражительность, сердцебиение, похудание при сохраненном аппетите, опухолевидное образование на</p>	Диффузный токсический зоб 3 степени, тяжелое течение	Дедов, И. И. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов, В. А.

<p>ше. Анамнез заболевания: считает себя больной с лета этого года, когда возникли слабость, раздражительность, быстрая утомляемость, увеличение щитовидной железы. Осенью обратилась в ОДКБ и была госпитализирована для обследования.</p> <p>Анамнез жизни: ранний анамнез не известен. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школу пошла с 7 лет, учится 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. Мочейспускание 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 натощак, сахарная кривая: сахар крови натощак 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.</p>	<p>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</p>
---	---

	<p>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> <p>Клинический диагноз и его обоснование.</p> <p>Проведите дифференциальный диагноз.</p> <p>Назначьте лечение.</p> <p>Составьте план диспансерного наблюдения.</p>		
5	<p>Девочка 15 лет, пришла на прием в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, головные боли, 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 x 10⁹, 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 мк/МЕ/мл (N 0,65 – 4,6).</p> <p>Антитела к ТПО: 0. УЗИ щитовидной железы: объем 24 мл,</p>	Эндемичный зоб	<p>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</p>

	<p>контур ровный, ткань железы с диффузным снижением эхогенности. Поставить диагноз. Провести дифференциальный диагноз. Назначить лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
--	--	--	--

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Для болезни Иценко-Кушинга не характерно увеличение секреции: (ОПК4)</p> <p>н. катехоламинов о. кортикотропина п. глюкокортикоидов р. андрогенов</p>	д	<p>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</p>
2.	<p>Обменные нарушения, характерные для болезни Иценко-Кушинга: (ОПК4)</p> <p>к. все ответы верны л. ожирение м. снижение толерантности к углеводам повышенный катаболизм белков</p>	г	<p>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</p>
3	<p>17. К аутоиммунному типу сахарного диабета относится: (ОПК1)</p> <p>н. сахарный диабет 1 типа о. сахарный диабет 2 типа п. тип MODY р. гестационный диабет</p>	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
4	<p>Предпочтительными режимами инсулинотерапии у детей и подростков являются: (ОПК5)</p> <p>с. базисно-болюсный режим: инсулин короткого действия перед основными приемами пищи на фоне 2 инъекций инсулина продленного действия</p> <p>т. 1 инъекция в день инсулинов короткого и пролонгированного действия</p> <p>у. 2 инъекции в день инсулина короткого действия и 2 инъекции инсулина продленного действия</p> <p>ф. 3-4 инъекции инсулина пролонгированного действия</p>	и	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html</p>
5	<p>К метаболическим маркерам гипогликемии относится: (ОПК4)</p> <p>с. низкое содержание сахара в крови</p> <p>т. высокое содержание сахара в крови</p> <p>у. повышение концентрации в крови кетоновых тел</p> <p>ф. положительная реакция мочи на ацетон</p>	и	<p>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</p>
6	<p>Нагрузка глюкозой при проведении стандартного глюкозотолерантного теста дается из расчета (г/кг): (ОПК4)</p> <p>н. 1,75</p> <p>о. 0,5</p> <p>п. 1,5</p> <p>р. 2,75</p>	д	<p>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</p>
7	<p>Посталиментарная гликемия указывает на сахарный диабет при значениях (ммоль/л): (ОПК4)</p> <p>н. > 11,1</p> <p>о. > 9,9</p> <p>п. > 12,0</p> <p>р. > 9,6</p>	д	<p>Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
8	Гликемия натощак определяется как "диабетическая" при уровне глюкозы в капиллярной цельной крови (ммоль/л): (ОПК4) н. > 7,2 о. > 6,7 п. > 8,6 р. > 9,0	д	Детская эндокринология : атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-5936-6 Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459362.html
9	К наиболее вероятному экзогенному фактору, провоцирующему сахарный диабет 2 типа относится: (ОПК1) н. ожирение о. эмоциональный стресс п. панкреатит р. нейроинфекции	д	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
10	К независимым факторам риска сахарного диабета относится: (ОПК1) н. генетический фактор о. алиментарный фактор п. травматический фактор р. чрезмерные физические нагрузки	д	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

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Мальчик, 14 дней, от 5-й беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась рождением здорового ребенка, вторая и третья беременности – мед. абортами, четвертая - выкидышем в 10 недель. Настоящая	Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма	Детская эндокринология : учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022.

	<p>беременность протекала с ранним гестозом, во втором триместре беременности мать лечилась в стационаре по поводу угрозы выкидыша. Роды с родостимуляцией. Ребенок кричал сразу, масса тела при рождении 4150,0 г, длина 52 см, к груди приложен на 3 сутки. Сосал удовлетворительно, но обильно срыгивал. Масса тела на 7-й день жизни 3850,0. Ребенок был переведен в стационар на 12-й день жизни при явлениях нарастания экзикоза и токсикоза. При поступлении масса тела 3030,0 г. Состояние ребенка тяжелое, крик слабый. Подкожно-жировой слой отсутствует, кожа сухая, морщинистая. Страдальческое выражение лица. Запавшие глаза, "синева" под глазами. Живот умеренно вздут, с выраженной венозной сетью. Печень и селезенка увеличены. Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, половой член несколько увеличен в размерах, пигментация мошонки усилена. Мышечная гипотония. Рефлексы угнетены. Тремор рук. Стул 8 раз в сутки, разжижен. Клинический анализ крови: Нб - 234 г/л, Л - $10,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ 4 мм/ч, КОС: рН - 7,30, рСО₂ - 36 мм. рт. ст., ВЕ - 7 ммоль/л, Биохимический анализ крови: К - 8,4 ммоль/л, Na - 80 ммоль/л. Суточная экскреция 17-КС с мочой - 3,2 мг/сут.</p> <p style="text-align: center;">Поставьте и обоснуйте диагноз. Опишите патогенез заболевания. Опишите характерную клиническую картину данного заболевания. Укажите критерии диагностики. Окажите неотложную помощь. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.</p>		<p>- 256 с. - ISBN 978-5-9704-6514-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
2.	<p>Мальчик 7 лет, вес 32 кг, обратился с жалобами на слабость, нарастающую к вечеру, быструю утомляемость, фебрильную температуру 38,2⁰ С, 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,</p>	<p>Острый тиреоидит</p>	<p>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</p>

	<p>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 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> <p>Поставьте диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Составьте план диспансеризации.</p>		
3	<p>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 акне вульгарис. 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 4,05Т/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> <p>Поставьте предварительный диагноз</p>	<p>Врожденная дисфункция коры надпочечников: вирильная форма</p>	<p>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</p>

	Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения		
4	<p>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, сольтерьяющей 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.</p> <p>Поставьте предварительный диагноз Составьте план обследования Укажите основные принципы лечения</p>	Врожденная дисфункция коры надпочечников, смешанная форма (вирильная, сольтерьяющая), средней степени тяжести	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.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465141.html
5	<p>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</p>	Хроническая надпочечниковая	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.studentlibra.ru/book/ISBN9785970465141.html

	<p>сердца; живот мягкий, безболезненный. Симптомы холепатии отрицательны. Стул со склонностью к поносам.</p> <p>Данные обследования:</p> <p>Общий анализ крови: Эр. 3,6 x 10¹²/л, Нб - 88 г/л, ЦП - 0,8, Лейк. 4,3 x 10⁹/л, э.-3%, п/я - 0%, с/я - 28%, л -70%, м – 2%, СОЭ - 10 мм/час.</p> <p>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)</p> <p>Поставить диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.</p>	<p>ry.ru/book/ISBN9785970465141.html</p>
--	--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

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

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталья Ивановна

09.09.24 13:45 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C