



АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«ТОМСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ОБУЧЕНИЯ»

УТВЕРЖДЕНО:
Директор АНО ДПО «ТМЦО»
Г. В. Иткина
«09» января 2019 г.



Дополнительная профессиональная образовательная
программа профессиональной переподготовки
«Детская эндокринология»

	Должность	Фамилия	Подпись	Дата
Разработал	Преподаватель АНО ДПО «ТМЦО»			

Томск 2019

Содержание программы

- I. Пояснительная записка
- II. Учебно-тематический план
- III. Календарный учебный график
- IV. Организационно-педагогические условия реализации программы
- V. Планируемые результаты
- VI. Оценочные и методические материалы

I. Пояснительная записка

Цель изучения: овладение в полном объеме системой теоретических знаний и общекультурных, общепрофессиональных и специальных профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной работы в должности врача-специалиста детского эндокринолога.

Задачами является:

- обеспечить общепрофессиональную подготовку врача- детского эндокринолога, включая основы фундаментальных дисциплин, вопросы этиологии, патогенеза, клинических проявлений эндокринных заболеваний, лабораторных и функциональных исследований, постановки диагноза, определения видов и этапов лечения с учетом современных достижений медицины и профилактики заболеваний.
- сформировать профессиональные знания, умения, навыки, владения врача по основным направлениям детской эндокринологии и педиатрии с целью самостоятельного ведения больных в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях работы, а также высокотехнологичной, медицинской помощи.
- совершенствовать знания, умения, навыки по клинической лабораторной и функциональной диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умения оценки результатов исследований в диагностике, дифференциальной диагностике, прогнозе заболеваний, выборе адекватного лечения.
- совершенствовать знания по фармакотерапии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лечебных препаратов.
- сформировать знания об эндокринологической и педиатрической службе как звена организации лечебно-профилактической помощи детям в системе здравоохранения.
- совершенствовать знания и навыки по вопросам профилактики эндокринных заболеваний у детей, диспансеризации больных с хроническими заболеваниями, принципам реабилитации больных. – совершенствовать знания, умения, навыки по основам организации и оказания неотложной помощи детям при urgentных состояниях.
- совершенствовать знания основ социальной гигиены и общественного здоровья населения страны, задач здравоохранения страны в области охраны здоровья детского населения и перспектив развития здравоохранения.
- сформировать умение оценки основных показателей состояния здоровья детского населения страны, региона. Совершенствовать знания по вопросам социально опасных заболеваний (ВИЧ и др.) и их профилактики.
- сформировать знания нормативной документации, принятой в эндокринологической и педиатрической службе, принципов медицинской статистики и анализа показателей здоровья, форм организации контроля качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях.
- совершенствовать знания основ медицинского страхования.
- совершенствовать знания основ медицинской этики и деонтологии врача, основ медицинской психологии.

Форма обучения: заочная (очная) с использованием дистанционных технологий

Срок обучения: 576 часа.

Режим занятий: по 6 часов

Категория обучающихся: профессиональная переподготовка при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: «Педиатрия», «Эндокринология».

Применение дистанционных образовательных технологий

Дистанционные образовательные технологии применяются частично.

В учебном процессе с применением используются следующие организационные формы учебной деятельности:

- обзорные (установочные) лекции;
- самостоятельная работа с материалами
- самостоятельная работа с программами контроля знаний (тестами);

II. Учебно-тематический план

№	Наименование курсов и разделов	Всего часов	В том числе			Форма контроля
			Лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч./СР	
1.	Организация эндокринологической помощи детям	52	30	6	2/14	промежуточный тест-контроль
2.	Основы эндокринологии Методы обследования эндокринных желез у детей	58	32	10	2/14	промежуточный тест-контроль
3.	Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы	70	42	18	2/8	промежуточный тест-контроль
4.	Заболевания надпочечников	64	36	16	2/10	промежуточный тест-контроль
5.	Заболевания островкового аппарата поджелудочной железы	70	42	18	2/8	промежуточный тест-контроль
6.	Заболевания щитовидной железы	70	42	18	2/8	промежуточный тест-контроль
7	Заболевания околощитовидных желез	58	32	10	2/14	промежуточный тест-контроль
8	Ожирение	64	36	16	2/10	промежуточный тест-контроль
9	Эндокринные аспекты патологии половых желез	64	36	14	2/12	промежуточный тест-контроль
	Итоговая аттестация	6	-	6	-	экзамен
	Итого	576	328	132	18/98	

Содержание практики

- Собирать и анализировать информацию о состоянии здоровья новорожденного с заболеванием эндокринной системы.
- Проводить расспрос родственников пациента, выявлять жалобы, анамнез жизни, анамнез болезни.
- Составлять план обследования пациента.
- Анализировать результаты обследования пациента.
- Ставить предварительный диагноз с последующим направлением к врачу специалисту при болезнях эндокринной системы.
- Решать деонтологические задачи, связанные со сбором информации о пациенте, диагностикой, лечением, профилактикой и оказанием помощи больным с эндокринными заболеваниями.
- Самостоятельно работать с учебной, научной, нормативной и справочной литературой

по детской эндокринологии - вести поиск, применять прочитанное для решения профессиональных зад задач.

- Реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, медицинскими сестрами и младшим персоналом, родственниками пациента.
- Анализировать медицинскую информацию, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины.
- определение гормонального профиля при поражении различных желез внутренней секреции;
- проведение функциональных проб;
- исследование сахара в крови, ацетона и сахара в моче экспресс методами;
- исследование полового хроматина (при отсутствии генетической лаборатории);
- выполнение пункционной биопсия щитовидной железы;
- искусственное дыхание;
- массаж сердца;
- остановка кровотечения;
- иммобилизация конечности при транспортировке;
- наложение повязки на рану;
- промывание желудка

III. Календарный учебный график по программе дополнительной профессиональной переподготовки «Детская эндокринология»

Неделя обучения	1	2	3	4	5	6	7	Итого часов
	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	
1 неделя	6	6	6	6	6	6		36
2 неделя	6	6	6	6	6	6		36
3 неделя	6	6	6	6	6	6		36
4 неделя	6	6	6	6	6	6		36
5 неделя	6	6	6	6	6	6		36
6 неделя	6	6	6	6	6	6		36
7 неделя	6	6	6	6	6	6		36
8 неделя	6	6	6	6	6	6		36
9 неделя	6	6	6	6	6	6		36
10 неделя	6	6	6	6	6	6		36
11 неделя	6	6	6	6	6	6		36
12 неделя	6	6	6	6	6	6		36
13 неделя	6	6	6	6	6	6		36
14 неделя	6	6	6	6	6	6		36
15 неделя	6	6	6	6	6	6		36
16 неделя	6	6	6	6	6	6		36
Итого:								576

Примечание:

- производственная практика

Календарный учебный график разработан в соответствии с Правилами внутреннего учебного распорядка в автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Тюменский Межрегиональный Центр Обучения» от 11.01.2018г №51.21;

- Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273 - ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»,

- приказом Минобрнауки России от 01.07.2013г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»,

- приказом Минобрнауки РФ от 18.04. 2013 г. № 292 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным программам профессионального обучения»,

- Уставом АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения»

Календарный учебный график учитывает в полном объеме заявки организаций, заявления от физических лиц, возрастные особенности обучаемого контингента, и отвечает требованиям охраны их жизни и здоровья в процессе обучения.

Продолжительность обучения в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения»:

Учебным годом в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения» считается календарный год с 1 января по 31 декабря.

Режим работы АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения»:

Продолжительность рабочего времени в день- 8 часов

Продолжительность рабочего времени в предпраздничные дни - сокращены на 1 час.

Начало работы в- 9час.00 мин.

Перерыв-с 12-00 до 13-00 час.

Окончание работы в 18-00 час.

Режим рабочего дня преподавателей определяется учебной нагрузкой.

Праздничные и выходные дни- с 1-по 8 января 2018г.,

23-25 февраля 2018г., 8-9 марта 2018 г., 1и 9 мая 2018г., 11-12 июня 2018г., с 3 по 5 ноября 2018 года, 31 декабря 2018г.

Регламент образовательного процесса:

Продолжительность учебной недели 36 часов - 6 дней (понедельник-суббота),

Регламентирование образовательной деятельности на день 6-8 часов.

Учебные занятия организуются в одну смену (при необходимости в 2 смены).

Начало учебных занятий в 9.00 , окончание в 16.15 (с часовым перерывом на обед).

Продолжительность уроков (академический час): 45 мин. Перерыв между уроками-10 мин

Наполняемость групп: не более 20 человек

График организации учебных групп

№	Направление обучения	Месяцы/даты											
		январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
1	«Детская эндокринология»	По мере комплектации групп											

IV. Организационно-педагогические условия реализации программы.

1. Выбор методов обучения для каждого занятия определяется преподавателем в соответствии с составом и уровнем подготовленности слушателей, степенью сложности излагаемого материала.
2. Лекционные занятия проводятся с целью теоретической подготовки слушателей.
Цель лекции - дать систематизированные основы знаний по учебной теме, акцентировав внимание на наиболее сложных вопросах темы занятия. Лекция должна стимулировать активную познавательную деятельность слушателей, способствовать формированию их творческого мышления.
3. Практические занятия включают в себя - работу с историями болезни пациентов. Подготовку к занятиям. Решение предложенных ситуационных задач. Доклад истории болезни больного.
4. Для реализации программы необходимо наличие видео-аудио оборудование (экран для проектора, видеопроектор Benq, системный блок Hp, монитор Benq, мышшь Oklick, клавиатура SVEN, колонки SVEN, камера Logitech), доска меловая, информационные стенды, плакаты, учебный фильм «Оказание первой помощи при несчастных случаях».

V. Планируемые результаты

По окончании курса обучающийся должен знать:

- законодательство Российской Федерации по вопросам организации эндокринологической помощи детям;
- правовые основы деятельности эндокринолога;
- вопросы экономики, управления и планирования в эндокринологической службе: Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 908н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Детская эндокринология» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 20.12.2012 № 26216);
- принципы социальной гигиены и организации эндокринологической помощи населению;
- вопросы психологии профессионального общения, врачебной этики и деонтологии;
- организация, формы и методы пропаганды медицинских и гигиенических знаний, профилактики заболеваний;
- эпидемиологию эндокринных болезней у детей;
- физиологию, патофизиологию желез внутренней секреции, их взаимосвязь с другими органами и системами организма;
- этиологию и патогенез эндокринных болезней у детей, роль генетических и иммунологических факторов в развитии эндокринных заболеваний;
- клинику, диагностику основных генетических синдромов, протекающих с эндокринопатиями;
- клинические и доклинические проявления эндокринных заболеваний у детей;
- общие, функциональные и специальные методы исследования в детской эндокринологии;
- основы рационального питания, принципы диетотерапии у детей с эндокринной патологией;
- фармакотерапию эндокринных заболеваний у детей, включая применение гормональных препаратов; выбор оптимального сочетания лекарственных средств, механизм действия, осложнения, возрастные дозировки;
- показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению у детей с эндокринопатиями;
- особенности течения и лечения эндокринных заболеваний у новорожденных и у детей раннего возраста;
- профилактику острых и хронических осложнений у детей с эндокринной патологией;
- клиническую симптоматику, дифференциальную диагностику и принципы терапии неотложных состояний в детской эндокринологии;
- показания и противопоказания к хирургическому лечению, принципы пред-, интра- и после-

операционного ведения эндокринных больных детского возраста;

- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности детей с эндокринной патологией;
- вопросы медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации при эндокринной патологии;
- виды, формы, методы, организацию и проведение мероприятий по реабилитации и диспансерному наблюдению за больными детского возраста с эндокринной патологией;
- организацию и методы обучения больных и их родителей самоконтролю хронических эндокринных заболеваний;
- этиологию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение острых и хронических инфекционных заболеваний;
- клинику, дифференциальную диагностику, показания к госпитализации и организацию медицинской помощи на догоспитальном этапе при острых и неотложных состояниях.

По окончании курса обучающийся должен уметь:

- получить информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного с эндокринной патологией, выявить общие и специфические признаки эндокринного заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;
- оценить тяжесть состояния больного с эндокринной патологией, принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определить объем и последовательность реабилитационных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь;
- определить показания к применению специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиологических, иммуноферментных, радиоизотопных, биохимических, функциональных), необходимых для уточнения эндокринной патологии, правильно оценить полученные данные;
- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного с эндокринной патологией;
- назначить необходимые лекарственные средства и лечебные мероприятия с учетом возраста и состояния больного с эндокринной патологией;
- назначить лечебное питание с учетом общих факторов и характера эндокринного заболевания; – применить необходимые реабилитационные мероприятия у больного с эндокринной патологией; – получить необходимую информацию по специальности детская эндокринология, используя современные технологии;
- установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: гипоталамо-гипофизарной системы (болезнь Иценко-Кушига, гигантизм и акромегалия, гипоталамо-гипофизарная недостаточность, синдром гиперпролактинемии, несахарный диабет);
- установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: надпочечников (гормонально-активные опухоли коры надпочечников, гипокортицизм в том числе вариант врожденная гиперплазии коры надпочечников, феохромоцитомы, альдостерма);
- установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: островкового аппарата поджелудочной железы (сахарный диабет, гиперинсулинизм);
- установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: щитовидной железы (все нозологические варианты тиреотоксикоза, врожденный гипотиреоз, диффузный эндемический зоб, аутоиммунный тиреоидит, воспалительные заболевания щитовидной железы, все нозологические варианты узлового зоба);
- установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: паращитовидных желез (гипер- и гипопаратиреоз);
- установить диагноз и провести необходимое лечение при нарушениях жирового обмена;
- установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях: половых желез (все нозологические варианты нарушения формирования пола, задержка полового развития, врожденный и приобретенный гипогонадизм, преждевременное половое развитие, синдром гипе-

рандрогении);

- установить диагноз и провести необходимое лечение при полиэндокринных синдромах (множественная эндокринная неоплазия, аутоиммунные полигландулярные синдромы);
- проводить профилактику эндокринных заболеваний среди детей;
- обучить больного с хроническим эндокринным заболеванием и лиц, принимающих участие в уходе за ним основам рациональной диетотерапии, неотложной помощи в экстренных ситуациях, расчету дозы препарата, владению специальными приспособлениями для введения препарата (шприцы-ручки, помпы), рациональному режиму физических нагрузок, методам самоконтроля заболевания;
- проводить скрининг осложнений у детей с хроническими эндокринными заболеваниями;
- диагностировать и оказывать необходимую помощь при следующих острых и неотложных состояниях:
 - травматический шок;
 - острая кровопотеря;
 - острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность;
 - сосудистый коллапс;
 - острая интоксикация (пищевая, лекарственная);
 - кома (диабетическая, гипогликемическая);
 - криз (тиреотоксический, надпочечниковой недостаточности, гипер- и гипокальциемический, гипотиреоидный);
- диагностировать болезни у детей раннего возраста.

VI. Оценочные и методические материалы.

ФОРМА ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ.

Проверка знаний слушателей включает текущий контроль и итоговый контроль.

Текущий контроль осуществляется преподавателями в процессе проведения занятий.

Итоговый контроль проводится в форме экзамена (теста).

Проверка знаний проводится комиссией, созданной приказом директора обучающей организации.

К экзамену допускаются лица, выполнившие все требования, предусмотренные программой.

ДОКУМЕНТЫ ОБ ОБУЧЕНИИ.

Слушателям, усвоившим все требования программы «Детская эндокринология» и успешно прошедшим проверку знаний, выдается диплом о профессиональной переподготовке/сертификат утвержденного образца.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Перечень контрольных вопросов для проведения итоговой аттестации/ сертификации по дополнительной профессиональной программе курса профессиональной переподготовки «Детская эндокринология» в объеме 576 учебных часа

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) наблюдается:

- a) тремор рук;
- b) судороги;
- c) повышенный аппетит;
- d) гиперпигментация кожи;

е) желтушность кожи.

2. Для неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз используют:

- а) определение уровня ТТГ, Т3, Т4 в плазме
- б) определение уровня ТТГ, в плазме
- в) определение уровня ТТГ в сухом пятне крови
- г) определение Т4 в сухом пятне крови

3. Задержка роста, обусловленная церебрально-гипофизарным нанизмом, наиболее часто диагностируется:

- а) при рождении;
- б) на 1-м году жизни;
- в) в 2-4 года;
- г) в пубертате

4. О преждевременном половом созревании свидетельствует появление вторичных половых признаков у девочек моложе:

- а) 8 лет;
- б) 9 лет;
- в) 10 лет;
- г) 13 лет

5. При первичном гипотиреозе уровень ттг в крови:

- а) повышен
- б) снижен
- в) не изменен

6. Половое развитие у детей задержано при отсутствии вторичных половых признаков:

- а) у девочек – в 14 лет; у мальчиков – в 16 лет
- б) у девочек – в 13 лет; у мальчиков – в 14 лет
- в) у девочек – в 14-15 лет; у мальчиков – в 12-13 лет

7. При компенсации сахарного диабета уровень глюкозы в крови в течение суток не должен превышать:

- а) 5 ммоль\л
- б) 8 ммоль\л
- в) 15 ммоль\л

8. О недостаточности функции половых желез свидетельствует отсутствие вторичных половых признаков у мальчиков старше:

- а) 11 лет;
- б) 13 лет;
- в) 14 лет

9. Локализация избыточного подкожно-жирового слоя при простом ожирении у детей:

- a) в области груди
- b) на лице
- c) равномерное распределение
- d) в области живота
- e) на конечностях

10. Нормальный тип глюкозотолерантного теста:

- a) гликемия натощак $> 5,6$ ммоль/л, но $< 6,1$ ммоль/л; через 2 часа после нагрузки глюкозой гликемия $< 7,8$ ммоль/л
- b) гликемия натощак $< 5,5$ ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой $< 7,8$ ммоль/л
- c) гликемия натощак $> 6,1$ ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой $> 11,1$ ммоль/л

11. Наступление периода полового созревания у мальчиков начинается с:

- a) увеличения полового члена в длину;
- b) увеличения яичек;
- c) мутации голоса;
- d) появления начального оволосения на лобке и аксиллярной области

12. О преждевременном половом созревании свидетельствует появление вторичных половых признаков у мальчиков моложе:

- a) 8 лет;
- b) 9 лет;
- c) 10 лет;
- d) 13 лет

13. Карิโอтип пациентов с синдромом Шерешевского-Тернера:

- a) 45X0
- b) 46 XX
- c) 46XY
- d) 47XXY

14. Инсулин короткого действия начинает снижать глюкозу крови через:

- a) 1 час
- b) 2,5 часа
- c) 30 минут

15. Причиной развития гипергликемической кетоацидотической комы у детей и подростков является:

- a) избыток инсулина
- b) избыток глюкагона

- c) дефицит инсулина
- d) дефицит глюкагона

16. При нарушенной толерантности к глюкозе через 2 часа после нагрузки при проведении стандартного глюкозо-толерантного теста уровень глюкозы в крови:

- a) менее 8 ммоль/л
- b) более 11 ммоль/л
- c) 8-11 ммоль/л

17. Психомоторное развитие при не леченном врожденном гипотиреозе:

- a) замедляется
- b) не изменяется
- c) ускоряется

18. При лечении врожденного первичного гипотиреоза используются препараты:

- a) мерказолил
- b) супрастин
- c) тироксин
- d) ноотропные препараты

19. Заместительная терапия тироксином при неонатальном скрининге на врожденный гипотиреоз назначается при уровне ттг:

- a) до 20 мкЕ/мл
- b) 20-50 мкЕ/мл
- c) 50-100 мкЕ/мл
- d) более 100 мкЕ/мл

20. У детей с врожденной дисфункцией коры надпочечников отмечается:

- a) ускорение костного возраста по отношению к паспортному
- b) отставание костного возраста по отношению к паспортному
- c) костный возраст соответствует паспортному

21. Для сольтеряющей формы врожденной дисфункции коры надпочечников характерны:

- a) Гипонатриемия и гиперкалиемия
- b) гипернатриемия и гипокалиемия
- c) гипонатриемия и гиперхлоремия
- d) гиперкалиемия и гиперхлоремия
- e) гиперхлоремия и снижение щелочных резервов крови

22. Неонатальный скрининг врожденной дисфункции коры надпочечников основан на определении:

- a) лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов;

- b) 17-гидроксипрогестерона;
- c) инсулина, С-пептида;
- d) тиреотропного гормона, тироксина.

23. Половое созревание у мальчиков начинается с:

- a) увеличения полового члена в длину
- b) пигментации мошонки
- c) увеличения яичек
- d) мутации голоса
- e) появления оволосения на лобке и аксиллярной области

24. Половое созревание у девочек начинается с:

- a) появления оволосения на лобке
- b) появления оволосения в аксиллярной области
- c) роста молочных желез
- d) появления менструального цикла

25. У ребенка с гигантизмом показатель роста определяется выше

- a) 75-й перцентили
- b) 90-й перцентили
- c) 95-й перцентили

26. Для больного сахарным диабетом характерно:

- a) жажда;
- b) полиурия;
- c) экзофтальм;
- d) расчесы на коже;
- e) сухость кожи.

27. При врожденном не леченном первичном гипотиреозе наблюдается:

- a) полиурия;
- b) пастозность тканей;
- c) задержка физического и статико-моторного развития;
- d) сухость кожи;
- e) грубый голос.

28. Классические эндокринные железы:

- a) щитовидная железа
- b) жировая ткань
- c) гипофиз
- d) печень
- e) паращитовидная железа

f) гонады

29. Гормоны, которые регулируют углеводный обмен:

- a) инсулин
- b) гормон роста
- c) глюкокортикоиды
- d) тироксин
- e) альдостерон
- f) адреналин

30. Причины синдрома гипергликемии:

- a) голодание
- b) физические нагрузки
- c) снижение секреции инсулина
- d) гликогенозы
- e) избыток контринсулярных гормонов

31. Для диагностики заболеваний надпочечников уровень кортизола в крови необходимо определять:

- a) перед завтраком
- b) в 6.00 -7.00
- c) ночью
- d) в 8.00 и 17.00
- e) с помощью стимуляционных проб

32. Для первичной хронической надпочечниковой недостаточности характерно:

- a) сниженный уровень кортизола в плазме;
- b) повышенный уровень кортизола в плазме;
- c) повышенный уровень АКТГ;
- d) сниженный уровень АКТГ.

33. Причины синдрома гипогликемии:

- a) голодание
- b) физические нагрузки
- c) снижение секреции инсулина
- d) гликогенозы
- e) избыток контринсулярных гормонов

34. Для сахарного диабета 1 типа характерно

- a) тяжелое течение
- b) возраст дебюта старше 40 лет
- c) инсулинорезистентность

- d) наличие кетоацидоза
- e) ожирение

35. Диагноз несахарного диабета подтверждается следующими данными:

- a) снижение удельной плотности мочи < 1010 ;
- b) снижение удельной плотности мочи < 1005 ;
- c) глюкозурия;
- d) гипонатриемия

36. Дифференциальный диагноз хронической надпочечниковой недостаточности следует проводить с:

- a) вегето-сосудистой дистонией;
- b) миокардитом;
- c) гастродуоденитом;
- d) гипертонической болезнью;
- e) сахарным диабетом

37. К острым осложнениям при сахарном диабете 1 типа у детей относятся:

- a) гипогликемическая кома;
- b) нефропатия
- c) катаракта
- d) полинейропатия
- e) лактацидотическая кома;
- f) кетоацидоз;
- g) гиперосмолярная кома

38. Для сахарного диабета 2 типа характерно

- a) тяжелое течение
- b) возраст дебюта старше 40 лет
- c) инсулинорезистентность
- d) наличие кетоацидоза
- e) ожирение

39. Принципы лечения сахарного диабета 1 типа:

- a) диетотерапия
- b) таблетированные сахароснижающие препараты
- c) препараты инсулина
- d) самоконтроль
- e) физические нагрузки

40. Самоконтроль при сахарном диабете включает:

- a) умение самостоятельно определить с помощью средств самоконтроля уровень сахара в крови

- b) умение самостоятельно оценить полученные результаты
- c) умение самостоятельно изменить дозу инсулина
- d) умение самостоятельно сменить препарат инсулина

41. Для несахарного диабета характерны:

- a) полиурия
- b) астенизация
- c) похудание
- d) полидипсия
- e) потливость

42. При хронической надпочечниковой недостаточности наблюдается:

- a) Снижение продукции глюкокортикостероидов
- b) повышение продукции глюкокортикостероидов
- c) снижение продукции минералокортикоидов
- d) повышение продукции минералокортикоидов
- e) снижение продукции адреналина и норадреналина

43. Для сольтеряющей формы врожденной дисфункции коры надпочечников характерно:

- a) вялость;
- b) мышечная гипотония;
- c) жидкий стул;
- d) рвота
- e) артериальная гипертония

44. При врожденном первичном гипотиреозе наблюдается:

- a) гиперхолестеринемия;
- b) задержка дифференцировки костей скелета;
- c) нарушение минерализации костной ткани;
- d) полиурии;
- e) брадикардия.

45. Диагноз сахарного диабета 1 типа у ребенка подтверждается при наличии:

- a) гипербилирубинемии;
- b) гипергликемии;
- c) глюкозурии;
- d) ацетона в моче/крови;
- e) полиурии.

46. Для синдрома Кляйнфельтера характерно:

- a) задержка роста;

- b) высокорослость;
- c) евнухоидные пропорции тела;
- d) гинекомастия;
- e) кариотип 47 ХХУ;
- f) кариотип 46 ХУ;
- g) олигоспермия

47. Для семейной задержки роста характерно:

- a) низкорослость у родителей;
- b) нормальные сроки пубертата;
- c) отставание в половом развитии;
- d) костный возраст соответствует паспортному;
- e) костный возраст отстает от паспортного;
- f) нормальный уровень СТГ;
- g) сниженный уровень СТГ, ТТГ, ФСГ, ЛГ

48. Поздние осложнения сахарного диабета 1 типа у детей:

- a) глаукома
- b) нефропатия
- c) катаракта
- d) нейропатия
- e) инсульт

49. Признаки диабетического кетоацидоза:

- a) дыхание Куссмауля
- b) периферические отеки
- c) гиперемия лица и слизистых
- d) рвота

50. Клинические симптомы гипогликемической комы:

- a) частый пульс слабого наполнения
- b) гипертонус мышц
- c) постепенное развитие
- d) бледность кожных покровов
- e) судороги

51. Ранними клиническими симптомами диффузного токсического зоба у детей являются:

- a) увеличение щитовидной железы
- b) артериальная гипотония
- c) похудание на фоне повышенного аппетита
- d) задержка роста

е) стойкая тахикардия

52. Причины, приводящие к развитию первичного гипотиреоза:

- а) черепно-мозговая травма
- б) нейроинфекция
- в) дефект ферментов, участвующих в синтезе тиреоидных гормонов
- г) нарушения эмбриогенеза щитовидной железы

53. Показателями эффективности лечения гипотиреоза является нормализация следующих параметров:

- а) физическое развитие
- б) уровень холестерина в крови
- в) уровень тироксина в крови
- г) уровень антител к тиреоидной пероксидазе

54. При острой надпочечниковой недостаточности наблюдаются:

- а) гипогликемия, гипонатриемия, гипохлоремия, гиперкалиемия;
- б) гипогликемия, гипернатриемия, гиперхлоремия, гипокалиемия;
- в) вялость, сонливость, гипертермия, гипотензия;
- г) вялость, сонливость, гипотермия, гипотензия.

55. Назовите факторы, определяющие ростовые процессы в детском возрасте:

- а) генетические факторы
- б) характер питания
- в) хронические заболевания
- г) достаточность сна
- д) эндокринные факторы
- е) эмоциональное состояние ребенка

56. Гормоны с анаболическим действием:

- а) тиреоидные гормоны
- б) соматотропный гормон
- в) глюкокортикостероиды
- г) половые гормоны
- д) инсулин

57. Назовите осложнения ожирения у подростков:

- а) сахарный диабет 2 типа
- б) артериальная гипертензия
- в) задержка полового развития
- г) нарушение менструального цикла у девушек
- д) жировой гепатоз

- 58. Для снижения массы тела при ожирении следует умеренно ограничить:**
- a) колбасы, сосиски, сардельки
 - b) торты, пирожное
 - c) картофель
 - d) хлеб
 - e) каши
 - f) жареные блюда
 - g) майонез
- 59. Для снижения массы тела при ожирении следует исключить из рациона:**
- a) колбасы, сосиски, сардельки
 - b) торты, пирожное
 - c) картофель
 - d) хлеб
 - e) каши
 - f) жареные блюда
 - g) майонез
- 60. Для гиперкортицизма характерны следующие клинические симптомы:**
- a) ожирение
 - b) гипертония
 - c) желтушное окрашивание кожных покровов
 - d) брадикардия
 - e) трофические изменения кожи
- 61. При развитии простого ожирения предрасполагающими факторами являются:**
- a) наследственная предрасположенность
 - b) длительное лечение стероидными препаратами
 - c) алиментарный фактор
 - d) нейроинфекция
 - e) гиподинамия
- 62. Для лечения неосложненных форм ожирения используются:**
- a) анорексигенные препараты
 - b) диетотерапия
 - c) лечебная физкультура
 - d) сахароснижающие препараты
- 63. Для диагностики ожирения следует использовать:**
- a) измерение роста
 - b) определение массы тела
 - c) оценку показателей роста и массы тела по центильным таблицам

- d) расчет индекса массы тела
- e) оценку индекса массы тела по центильным кривым

64. Фенотипические проявления у детей с стг-недостаточностью:

- a) маскулинный тип телосложения
- b) перераспределение подкожно-жировой клетчатки на груди и животе
- c) «кукольное» лицо
- d) инфантильное телосложение

65. Клинические проявления гигантизма:

- a) увеличение скорости роста с момента заболевания
- b) скорость роста увеличена с момента рождения
- c) нормальные пропорции тела
- d) хондродистрофические пропорции тела
- e) задержка полового развития

66. Лабораторно-инструментальные критерии семейной высокорослости:

- a) нормальный уровень гормона роста с высокими ночными пиками
- b) увеличение размеров черепа
- c) костный возраст соответствует паспортному
- d) повышение уровня гормона роста
- e) увеличение размеров внутренних органов

67. Характерными признаками соматотропной недостаточности являются:

- a) пренатальная задержка роста
- b) постнатальное отставание в росте
- c) прогрессирующее замедление темпов роста
- d) отягощенный семейный анамнез по низкорослости
- e) показатель роста в пределах 3-25 перцентили

68. Клинические проявления гипопаратиреоза:

- a) скрытая или выраженная тетания
- b) мышечная гипотония
- c) поперечные горизонтальные полосы на зубах, дистрофия зубов
- d) нормальный мышечный тонус
- e) волосы на голове тонкие, гнездная или тотальная плешивость, отсутствие бровей и ресниц

69. Характерные изменения биохимических показателей крови при гипопаратиреозе:

- a) гиперкальциемия
- b) гипокальциемия
- c) гиперфосфатемия

- d) гипофосфатемия
- e) высокая активность сывороточной фосфатазы

70. К синдрому тиреомегалии относятся:

- a) дисгормональный зоб
- b) диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса)
- c) эндемический зоб
- d) тимомегалия

71. У девочки 3-х лет полиурия, дефицит веса 10%, кожа и язык сухие, гиперемия щек, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, печень +3 см. Гликемия натощак — 12,8 ммоль/л. В моче 6% сахара при суточном диурезе 2,5 литра. Ваш предварительный диагноз:

- a) почечная глюкозурия;
- b) инсулинозависимый сахарный диабет;
- c) несахарный диабет;
- d) нарушение толерантности к углеводам;
- e) тубулопатия.

72. Для оказания неотложной помощи ребенку с сахарным диабетом при гипогликемической коме следует ввести:

- a) сладкое питье
- b) короткий инсулин в\венно струйно
- c) бикарбонат натрия в\венно капельно
- d) 20% р-р глюкозы в\венно струйно
- e) 5% р-р глюкозы в\венно капельно

73. У девочки 12-ти лет задержка роста, множественные малые аномалии, короткая шея с крыловидными складками, отсутствие вторичных половых признаков. Ваш предварительный диагноз:

- a) церебрально-гипофизарный нанизм;
- b) болезнь Дауна;
- c) синдром Шерешевского-Тернера;
- d) конституциональная задержка полового и физического развития;
- e) синдром Альпорта.

74. Тот же ребенок. Минимальный план обследования:

- a) определение уровня сахара, билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы
- b) консультация эндокринолога
- c) УЗИ органов брюшной полости
- d) консультация ЛОР с определением остроты слуха
- e) определение костного возраста
- f) ОАК, АОМ

75. Ребенок 5 лет. Жалобы на жажду, учащенное мочеиспускание. При осмотре: умеренная сухость кожных покровов, сниженная прибавка в весе, раздражительность. Необходимо выполнить в первую очередь:

- a) определение ОАК, ОАМ
- b) определение сахара крови
- c) моча на сахар и ацетон
- d) контроль выпитой и выделенной жидкости

76. Сопоставьте данные для обследования и предполагаемый диагноз

Данные для обследования	Предполагаемый диагноз
ТТГ повышен, св Т4 снижен, аплазия щитовидной железы	субклинический гипотиреоз
ТТГ, св Т4 в норме, пальпируемый зоб	диффузный токсический зоб
ТТГ снижен, св Т4 и Т3 повышены, видимый зоб	первичный врожденный гипотиреоз
ТТГ умеренно повышен, св Т4 в норме, щитовидная железа не увеличена	эндемический зоб, эутиреоз

77. При наличии симптомов острой надпочечниковой недостаточности у ребенка раннего возраста в первую очередь необходимо выполнить:

- a) определение ОАК;
- b) определение уровня гликемии;
- c) определение кортизола крови;
- d) определение уровня ионов в крови;
- e) назначить заместительную терапию;
- f) назначить динамическое наблюдение в стационаре

78. При обследовании ребенка были получены следующие результаты: уровень ТТГ= 12,5 мМЕ\л (норма 0,35-3,5), Т4 свободный=6,0 нмоль\л (норма 10,0-25). Оцените функцию щитовидной железы:

- a) функция не изменена
- b) гипертиреоз
- c) гипотиреоз

79. При обследовании ребенка были получены следующие результаты: уровень ТТГ= 0,2 мМЕ\л (норма 0,35-3,5), Т4 свободный=36,0 нмоль\л (норма 10,0-25). Оцените функцию щитовидной железы:

- a) функция не изменена
- b) гипертиреоз
- c) гипотиреоз

80. При обследовании ребенка были получены следующие результаты: уровень кортизола в крови: в 8.00 - 340 нмоль\л (норма 160-650); в 17.00 - 155 нмоль\л. Оцените секрецию кортизола:

- a) секреция не нарушена

- b) гиперкортицизм
- c) гипокортицизм

81. При обследовании ребенка были получены следующие результаты: уровень кортизола в крови: в 8.00 - 650 нмоль\л (норма 160-650); в 17.00- 1050 нмоль\л. Оцените секрецию кортизола:

- a) секреция не нарушена
- b) гиперкортицизм
- c) гипокортицизм

82. Девочка 6 лет. Половая формула: $Ma1P0Ax0Me0$. Оцените половое развитие:

- a) задержка полового развития
- b) нормальное половое развитие
- c) преждевременное половое развитие

83. Девочка 13 лет. Половая формула: $Ma0P0Ax0Me0$. Оцените половое развитие:

- a) задержка полового развития
- b) нормальное половое развитие
- c) преждевременное половое развитие

84. Сережа, 12 лет. Проведен глюкозо-толерантный тест: натощак сахар 5,3 ммоль\л; через 2 часа после нагрузки глюкозой – 7,0 ммоль\л. Ваше заключение:

- a) нормальный тип сахарной кривой
- b) нарушение гликемии натощак
- c) нарушение теста толерантности к глюкозе
- d) диабетический тип сахарной кривой

85. Наташа, 14 лет. Проведен глюкозо-толерантный тест: натощак сахар 6,1 ммоль\л; через 2 часа после нагрузки глюкозой – 11,5 ммоль\л. Ваше заключение:

- a) нормальный тип сахарной кривой
- b) нарушение гликемии натощак
- c) нарушение теста толерантности к глюкозе
- d) диабетический тип сахарной кривой

86. Новорожденный ребенок. От 1 доношенной беременности, физиологических родов. Масса при рождении 3 500, длина 51 см. Через 10 дней после рождения ребенка родители получили информацию из медико-генетической лаборатории о повышенном уровне ТТГ (100 мкМЕ\мл). Тактика:

- a) повторное определение ТТГ
- b) назначение левотироксина, повторное определение ТТГ, св Т4
- c) консультация эндокринолога
- d) повторное определение ТТГ, св Т4, назначение левотироксина при подтвержденном диагнозе

- 87. Новорожденный ребенок. От 1 доношенной беременности, физиологических родов. Масса при рождении 3 500, длина 51 см. Через 10 дней после рождения ребенка родители получили информацию из медико-генетической лаборатории о повышенном уровне ТТГ (100 мкМЕ\мл). Повторное определение ТТГ не проведено. Масса 4 500, длина тела 56 см, ребенок вялый, адинамичный, не улыбается, не держит голову. Кожные покровы сухие, бледные, тонус мышц снижен. Большой родничок 2,5 x 2,5 см. В легких дыхание пуэрильное, тоны сердца глухие, ЧСС= 100 в мин. Печень увеличена, стул 1 раз в 2 дня. Ваш предварительный диагноз:**
- a) перинатальное поражение ЦНС
 - b) первичный врожденный гипотиреоз
 - c) врожденный кардит
 - d) фетальный гепатит
- 88. Девочка 13 лет. Жалобы на раздражительность, плаксивость, повышенную утомляемость, сердцебиение, чувство жара, похудание. Болея около 3-х месяцев, заболевание связывает с перенесенной ангиной. При осмотре: рост 158 см, 45 кг. Кожные покровы влажные, теплые, бархатистые. Блеск глаз, инъекция склер. Определяется увеличение щитовидной железы, ткань эластичная, узлов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС= 118 в мин., АД=135\70 мм рт ст. Печень не увеличена. Стул 2-3 раза в сутки, разжиженный. Половая формула: Мa3 P2 Ax1 Me2 .Ваш предварительный диагноз:**
- a) вегето-сосудистая дистония
 - b) дефицит массы тела
 - c) эндемический зоб
 - d) диффузный токсический зоб
 - e) гипотиреоз
- 89. Мальчик 9 лет. Болен сахарным диабетом 1 типа первый год. Получает интенсифицированную инсулинотерапию. 4 раза в неделю во 2-й половине дня занимается в спортивной секции. За 1 час до занятия съел бутерброд с сыром и колбасой. В конце тренировки состояние внезапно ухудшилось: побледнел, появилась влажность конечностей, потерял сознание. При осмотре: Кожные покровы бледные, конечности холодные, влажные. Запаха ацетона нет. Пульс 88 в мин., АД=100\60 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Какой клинический синдром предполагаете:**
- a) диабетический кетоацидоз
 - b) черепно-мозговая травма
 - c) гипогликемическая кома
 - d) ваго-инсулярный криз
- 90. Мальчик 9 лет. Болен сахарным диабетом 1 типа первый год. Получает интенсифицированную инсулинотерапию. 4 раза в неделю во 2-й половине дня занимается в спортивной секции. За 1 час до занятия съел бутерброд с сыром и колбасой. В конце тренировки состояние внезапно ухудшилось: побледнел, появилась влажность конечностей, потерял сознание. При осмотре: Кожные покровы бледные, конечности холодные, влажные. Запаха ацетона нет. Пульс 88 в мин., АД=100\60 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий,**

безболезненный, печень не увеличена. Назовите принципы неотложной помощи.

- a) в/в струйное введение инсулина
- b) в/в струйное введение 20% раствора глюкозы
- c) в/в капельное введение 20% раствора глюкозы
- d) сладкий чай, фруктовый сок через рот

91. Юноша 16 лет. Получал лечение у педиатра по поводу острой респираторной инфекции. Был выписан в школу с выздоровлением. Однако после выписки мальчик отмечал усиление жажды, сохраняющуюся слабость, особенно после физической нагрузки и снижение работоспособности. При осмотре через неделю: интоксикации нет, умеренно выражена сухость кожи и слизистых. Снижение массы тела на 4 кг. Легкая гиперемия зева, при аускультации в легких хрипов нет. Тоны сердца ясные, ЧСС 100 в мин, АД 100/60 мм РТ ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание учащено. Определите ведущий клинический синдром:

- a) астенический синдром
- b) остаточные явления ОРВИ
- c) нарушение углеводного обмена
- d) нарушение функции почек
- e) вегето-сосудистая дистония

92. Юноша 16 лет. Получал лечение у педиатра по поводу острой респираторной инфекции. Был выписан в школу с выздоровлением. Однако после выписки мальчик отмечал усиление жажды, сохраняющуюся слабость, особенно после физической нагрузки и снижение работоспособности. При осмотре через неделю: интоксикации нет, умеренно выражена сухость кожи и слизистых. Снижение массы тела на 4 кг. Легкая гиперемия зева, при аускультации в легких хрипов нет. Тоны сердца ясные, ЧСС 100 в мин, АД 100/60 мм РТ ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание учащено. Определите объем обследования:

- a) ОАК, ОАМ
- b) ЭКГ
- c) сахар крови натощак
- d) сахар крови в момент осмотра
- e) динамическое наблюдение
- f) консультация нефролога
- g) консультация невропатолога

93. Светлана, 9 лет. Обратилась с жалобами на выраженную утомляемость, особенно к концу дня, снижение работоспособности, временами головокружение, головную боль, похудание. Appetit снижен. При осмотре: Рост 132 см, масса 26 кг. Кожные покровы смуглые, отмечается усиленная пигментация околососковых кружков молочных желез, тыльной поверхности кистей (особенно межфаланговых суставов), локтей, коленей. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны ритмичные, несколько ослаблены, пульс 88 в мин., слабого наполнения, АД - 70/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в надчревной области, печень не увеличена. Ваш предварительный диагноз:

- a) астенический синдром

- b) вегето-сосудистая дистония
- c) кардит
- d) надпочечниковая недостаточность
- e) хронический гастродуоденит

94. Лена, 6 лет. Родители обратились с жалобами на увеличение правой молочной железы, сохраняющееся в течение 4 мес. после перенесенного гнойного менингита. При осмотре: Рост 125 см, масса 26 кг, телосложение пропорциональное, женское. Кожные покровы физиологической влажности и окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, четкие, ЧСС=92 в мин, АД=90\60 мм рт ст. Половая формула: $Ma1P1A \times 0Me0$. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Ваш предварительный диагноз и тактика:

- a) объемное образование правой грудной железы, консультация онколога
- b) дебют пубертата, динамическое наблюдение
- c) преждевременное половое развитие, консультация эндокринолога
- d) объемное образование правой грудной железы, консультация хирурга

95. Сопоставьте клинические признаки и синдромы

Клинические признаки	Синдромы
слабость, утомляемость, снижение аппетита, склонность к респираторным инфекциям, гиперпигментация кожных складок, дефицит массы тела	гипергликемический
слабость, раздражительность, потливость, бледность кожи, головные боли, тахикардия, тремор рук	гипертиреоз
слабость, утомляемость, повышенный аппетит и жажда, сухость кожи и слизистых, полиурия, дефицит массы тела	гипогликемический
раздражительность, потливость, нормальный цвет кожи, тахикардия, тремор пальцев рук, протрузия глазных щелей	гипокортицизм

96. Гена, 14 лет. Обратился с жалобами на отставание в росте и половом развитии. Из анамнеза известно, что мальчик рос и развивался соответственно возрасту, болел редко. Задержка роста отмечается в последние 2-3 года. Рост отца - 175 см, матери - 162 см. До 16 лет отец отставал в росте от сверстников. При осмотре: Рост 145 см, масса 34 кг. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы нормальной влажности и окраски. Питание удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 74 в мин, АД=110\70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке, по величине соответствуют 12 годам. Костный возраст - 11 лет. Предварительный диагноз:

- a) соматотропная недостаточность
- b) первичный гипотиреоз
- c) гипогонадизм

d) конституциональная задержка роста, поздний пубертат

97. Дима, 4 года. От 1-ой доношенной беременности, протекавшей без патологии, физиологических родов. Масса тела при рождении 3 400 гр., длина – 50 см. Родители заметили отставание в росте на 3-м году жизни. Рост отца 178 см., матери – 160 см. При осмотре: рост – 85 см., масса – 13 кг. Нервно-психическое развитие ребенка соответствует возрасту. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, питание удовлетворительное. Тоны сердца ритмичные, четкие, ЧСС – 98 в минуту. АД – 90/60 мм.рт.ст. Наружные половые органы сформированы правильно, яички соответствуют физическому развитию. Стул регулярный. Костный возраст – 1 год. Предварительный диагноз:

- a) соматотропная недостаточность
- b) первичный гипотиреоз
- c) гипогонадизм
- d) конституциональная задержка роста

98. Мальчик 14 лет. Жалобы на головные боли, общую слабость, ухудшение зрения, ускоренный рост. До 12 лет физическое развитие было нормальным. Ускорение роста родители связывали с подростковым периодом, а также с конституциональными особенностями, поэтому к врачу не обращались. Травм головы не было. Рост родителей: отца – 182 см, матери – 165 см. При осмотре: рост 190 см, масса 90 кг. Кожные покровы физиологической окраски. Отмечается некоторое укрупнение черт лица, увеличение кистей и стоп. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Тоны сердца ритмичные, четкие, ЧСС=64 в мин., АД=100/60 мм рт ст. Половое развитие нормальное. Предварительный диагноз:

- a) акромегалия
- b) гигантизм
- c) вегето-сосудистая дистония
- d) семейная высокорослость

99. Девочка 14 лет, обратилась с жалобами на избыточную прибавку в весе, головные боли, периодически повышение АД до 140\90 мм.рт.ст. Из анамнеза установлено: отец девочки страдает ожирением, у бабушки СД 2 типа, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия. При осмотре: рост 170 см, масса 90 кг, телосложение пропорциональное. Локальный гипергидроз. Подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, распределена равномерно.

Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД =155\80. Половая формула Ма3 Р3 Ах3 Ме2. Минимально необходимый план обследования:

- a) ОАК, ОАМ
- b) ЭКГ
- c) суточное мониторирование АД
- d) УЗИ печени
- e) биохимия крови: АСТ, АЛТ
- f) биохимия крови: холестерин, триглицериды
- g) сахар крови натощак
- h) стандартный глюкозо-толерантный тест

- 100.** Девочка 14 лет, обратилась с жалобами на избыточную прибавку в весе, головные боли, периодически повышение АД до 140\90 мм.рт.ст. Из анамнеза установлено: отец девочки страдает ожирением, у бабушки СД 2 типа, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия. При осмотре: рост 170 см, масса 90 кг, телосложение пропорциональное. Локальный гипергидроз. Подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, распределена равномерно. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД =155\80. Половая формула МаЗ РЗ АхЗ Ме2. Предполагаемый спектр осложнений ожирения:
- не осложненное ожирение
 - нарушение углеводного обмена
 - задержка полового развития
 - артериальная гипертензия
 - жировой гепатоз
- 101.** Ранние клинические признаки ВИЧ у детей:
- гепатоспленомегалия;
 - лимфаденопатия;
 - оральный кандидоз;
 - миокардит;
 - все вышеперечисленное верно.
- 102.** Замена противоретровирусного препарата или их комбинации рекомендуется в следующих ситуациях:
- появление ранее отсутствующих или находившихся в ремиссии вторичных заболеваний не ранее, чем через 6 недель после начала лечения;
 - появление ранее отсутствующих или находившихся в ремиссии вторичных заболеваний не ранее, чем через 12 недель после начала лечения.
- 103.** Наиболее частыми признаками ВИЧ-инфекции у детей являются:
- персистирующая генерализованная лимфаденопатия;
 - лимфома мозга;
 - кардиомиопатия;
 - гепатоспленомегалия;
 - все вышеперечисленное верно.
- 104.** Кандидоз у больных ВИЧ-инфекцией детей чаще протекает:
- с поражением верхних и нижних дыхательных путей;
 - с поражением желудочно-кишечного тракта;
 - с поражением мочеполового тракта.
- 105.** Основными проявлениями рецидивирующих бактериальных инфекций у ВИЧ-инфицированных детей является патология:
- легочной системы;
 - мочевыделительной системы;
 - нервной системы;

d) все вышеперечисленное верно.

106. Выберите перечень кодов которые используются в настоящее время:

a) 102,104,103,108,109,113,112,115,118,121,123,127,300,125.

b) 100,102,104,108,109,112,113,117,115,118,121,123,124,127,200.

c) 102,104,103,108,109,112,113,115,118,120,200.

107. Дотестовое консультирование по ВИЧ-инфекции включает в себя:

a) Определение наличия или отсутствия у обследуемого индивидуальных факторов риска;

b) Возможные последствия тестирования;

c) Оценку информированности освидетельствуемого по вопросам профилактики ВИЧ - инфекции;

d) Предоставление информации о путях передачи ВИЧ и способах защиты от заражения ВИЧ;

e) Предоставление информации о видах помощи доступных для инфицированного ВИЧ;

f) Осмотр на наличие признаков заболевания.

108. При несчастном случае на производстве Вы должны:

a) Провести эпидрасследование несчастного случая на производстве;

b) Сообщить родственникам больного о произошедшей аварийной ситуации;

c) Оказать себе самопомощь;

d) Провести дезинфекцию биологического материала, вызвавшего аварию;

e) Зарегистрировать аварийную ситуацию в специальном журнале по учету несчастных случаев на производстве;

f) Взять расписку с больного о том, когда он был последний раз обследован на наличие антител к ВИЧ;

g) Поставить в известность об аварии вышестоящего по должности;

h) Обследовать медработника на наличие антител к ВИЧ, используя экспресс тесты, с последующим обследованием методом ИФА;

i) Составить акты о несчастном случае на производстве;

j) Желательно в первые два часа, но не позднее 72 часов с момента аварии, начать прием калетры (лопинавир/ритонавир) + комбивира (зидовудин/ламивудин) по схеме ВААРТ на 1 месяц;

k) Желательно в первые два часа, но не позднее 48 часов с момента аварии, начать прием калетры (лопинавир/ритонавир) + комбивира (зидовудин/ламивудин);

l) В дальнейшем наблюдаться у доверенного врача и обследоваться на антитела к ВИЧ в течение года каждые 3 месяца.

109. Каковы основные цели существующей в настоящее время антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции:

a) Максимальное подавление репликации ВИЧ;

b) Полная элиминация вируса из организма;

c) Сохранение функций иммунной системы;

d) Повышение качества жизни.

- 110. Назовите отличия в обслуживании заведомо ВИЧ-инфицированного пациента при проведении парентеральной процедуры:**
- a) Одеть маску, халат, перчатки, очки;
 - b) Одеть двойные латексные перчатки;
 - c) Одеть бахилы, сменную обувь;
 - d) Приготовить емкости с дез.раствором;
 - e) Обработать руки для проведения хирургических вмешательств;
 - f) Обработать ногтевые фаланги спиртовым раствором йода;
 - g) Выполнять процедуру в присутствии старшей медсестры или зав.отделением;
 - h) Иметь дублера на случай аварийной ситуации.
- 111. Кто имеет право подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства?**
- a) гражданин, нуждающийся в медицинской помощи;
 - b) один из родителей;
 - c) законный представитель гражданина;
 - d) медицинский работник;
 - e) все вышеперечисленные.
- 112. Какие виды экспертиз проводятся в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ?**
- a) экспертиза временной нетрудоспособности;
 - b) экспертиза качества медицинской помощи;
 - c) военно-врачебная экспертиза;
 - d) медико-социальная экспертиза;
 - e) экспертиза профессиональной пригодности;
 - f) экспертиза связи заболевания с профессией;
 - g) судебно-медицинская;
 - h) судебно-психиатрическая экспертиза;
 - i) все вышеперечисленные.
- 113. На какой срок может выдать листок нетрудоспособности врач единолично?**
- a) на срок не более 15 дней;
 - b) на срок не более 30 дней;
 - c) на весь срок нетрудоспособности.
- 114. Какие формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности определены в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ?**
- a) государственный контроль;
 - b) ведомственный контроль;
 - c) внутренний контроль;

d) все вышеперечисленные

115. Как часто может гражданин выбрать медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе по территориально-участковому принципу?

- a) не чаще чем два раза в год;
- b) не чаще чем один раз в год;
- c) не чаще одного раза в 2 года.

116. Кто имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, отражающей состояние его здоровья?

- a) пациент и его законный представитель;
- b) родственники;
- c) работодатели.

117. Каким Приказом в настоящее время утвержден порядок выдачи листков нетрудоспособности?

- a) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- b) приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007г. №514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности»;
- c) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

118. Каким Приказом в настоящее время утверждена форма бланка листка нетрудоспособности?

- a) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- b) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- c) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

119. Каким приказом утверждена Инструкция о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения?

- a) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- b) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- c) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

120. Укажите основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- a) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- b) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- c) приоритет охраны здоровья детей;
- d) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- e) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- f) доступность и качество медицинской помощи;
- g) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- h) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- i) соблюдение врачебной тайны;
- j) всё вышеперечисленное.

121. Эндокринология — наука, изучающая:

- a) строение и функции печени;
- б) деятельность желез внутренней секреции в норме и при патологии;
- в) деятельность сердечно-сосудистой системы;
- г) строение и функции иммунной системы.

122. К железам внутренней секреции относятся:

- a) слюнные, потовые и сальные железы;
- б) поджелудочная железа, яички, яичники;
- в) гипофиз, щитовидная железа, надпочечники;
- г) печень, почки.

123. К железам смешанной секреции относятся:

- a) слюнные, потовые и сальные железы;
- б) поджелудочная железа, яички, яичники;
- в) гипофиз, щитовидная железа, надпочечники;
- г) печень, почки.

124. Соматотропный гормона (гормон роста) синтезируется в:

- a) гипофизе;
- б) щитовидной железе
- в) надпочечниках;
- г) паращитовидных железах.

125. К гормонам аденогипофиза относятся:

- a) вазопрессин, окситоцин;
- б) тиреотропин, кортикотропин;
- в) адреналин, норадреналин;
- г) инсулин, глюкагон.

126. К гормонам, накапливающимся в нейрогипофизе, относятся:

- a) вазопрессин, окситоцин;
- б) тиреотропин, кортикотропин;
- в) адреналин, норадреналин;
- г) инсулин, глюкагон.

127. Гипоталамус выделяет следующие вещества:

- a) инсулин, глюкагон;
- б) тироксин, паратгормон;
- в) катехоламины;

г) либерины, статины.

128. Гормон мелатонин синтезируется в:

- а) эпифизе;
- б) аденогипофизе;
- в) гипоталамусе;
- г) нейрогипофизе.

129. Какое физиологическое действие кортикотропного гормона?

- а) усиливает выработку тироксина;
- б) уменьшает выделение воды почками;
- в) усиливает выработку гормонов коры надпочечников;
- г) уменьшает уровень глюкозы в крови.

130. Какие гормоны влияют на выработку и выделение молока:

- а) тироксин, кальцитонин;
- б) инсулин, глюкагон;
- в) пролактин, окситоцин;
- г) катехоламины.

131. Фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны влияют на деятельность:

- а) половых желез
- б) паращитовидных желез
- в) поджелудочной железы;
- г) печени.

132. Какие гормоны усиливают основной обмен?

- а) инсулин, глюкагон;
- б) меланотропин, соматотропин;
- в) тироксин, трийодтиронин;
- г) вазопрессин, окситоцин.

133. Физиологическое действие паратгормона:

- а) снижает уровень кальция в крови;
- б) повышает уровень кальция в крови;
- в) повышает уровень калия в крови;
- г) снижает уровень натрия в крови.

134. К минералокортикоидам относится:

- а) вазопрессин;
- б) кортизол;
- в) альдостерон;
- г) адреналин.

135. Кортизол синтезируется в:

- а) клубочковой зоне коры надпочечников;
- б) пучковой зоне коры надпочечников;
- в) сетчатой зоне коры надпочечников;
- г) мозговом веществе надпочечников.

136. Гормон, что проявляет преимущественно анаболическое действие:

- а) адреналин;
- б) кальцитонин;
- в) мелатонин;
- г) кортизол.

137. Гормон, что усиливает силу сердечных сокращений, расширяет зрачки:

- а) адреналин;

- б) соматотропин;
- в) глюкагон;
- г) паратгормон.

138. Физиологическое действие инсулина:

- а) снижает уровень натрия в крови;
- б) снижает уровень глюкозы в крови;
- в) усиливает распад жира;
- г) усиливает распад белков.

139. Антагонистами инсулина являются:

- а) вазопрессин, окситоцин;
- б) кортизол, глюкагон;
- в) гастрин, секретин;
- г) пролактин, мелатонин.

140. К женским половым гормонам относятся:

- а) тестостерон, андрогены;
- б) прогестерон, эстрогены;
- в) альдостерон, кортизол;
- г) андрогены, эстрогены.

141. В эндокринной части яичек синтезируется:

- а) прогестерон;
- б) глюкокортикоиды,
- в) катехоламины;
- г) тестостерон.

142. Какие гормоны синтезируются в желудочно-кишечном тракте?

- а) тиреотропин, кортикотропин;
- б) гастрин, секретин;
- в) тироксин, трийодтиронин;
- г) глюкокортикоиды.

143. Гормоны ренин и эритропоэтин производится в:

- а) печени;
- б) почках
- в) гипофизе;
- г) шишковидной железе.

144. К белково-пептидным гормонам относятся:

- а) катехоламины, тироксин;
- б) инсулин, соматотропин, глюкагон;
- в) простагландины, тромбоксаны, лейкотриены;
- г) глюкокортикоиды, половые гормоны.

145. К стероидным гормонам относятся:

- а) катехоламины, тироксин;
- б) инсулин, соматотропин, глюкагон;
- в) простагландины, тромбоксаны, лейкотриены;
- г) глюкокортикоиды, половые гормоны.

146. Производными аминокислот по строению являются:

- а) катехоламины, тироксин;
- б) инсулин, соматотропин, глюкагон;
- в) простагландины, тромбоксаны, лейкотриены;
- г) глюкокортикоиды, половые гормоны.

147. Что относят к производным арахидоновой кислоты?

- а) катехоламины, тироксин;
- б) инсулин, соматотропин, глюкагон;
- в) простагландины, тромбоксаны, лейкотриены;
- г) глюкокортикоиды, половые гормоны.

148. Эндокринные железы выделяют гормоны:

- а) непосредственно в кровь;
- б) в просвет кишечника;
- в) в специализированные протоки;
- г) в желчный пузырь.

149. Гормоном, что синтезируется в плаценте является:

- а) адреналин;
- б) лактоотропный гормон;
- в) хорионический гонадотропин;
- г) аденокортикотропин.

150. Регуляции функций организма, кроме нервной, осуществляют:

- а) эндокринная и иммунная системы;
- б) сердечно-сосудистая и дыхательная системы;
- в) гепато-билиарная и пищеварительная системы;
- г) мочевыделительная и половая системы.

МЕТОДИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ:

1. Доступ к пользованию электронной-библиотечной системы IPR BOOKS.
2. Презентации по детской эндокринологии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дедов И.И., Семичева Т.В., Петеркова В.А.- Половое развитие детей: норма и патология / Москва, 2002
2. Дедов И.И., Петеркова В.А. - Детская эндокринология / Москва:Универсум паблишинг, 2006, с. 10-105.
3. Жуковский М.А. Детская эндокринология.- М.: Медицина, 1995. – с. 367-385.
4. Балаболкин М.И. Эндокринология. – М.: Универсум паблишинг, 1998. – с. 59-80,578.
5. Бондарь И.А., Королева Е.А., Зенкова Е.В. – Нарушения роста и полового развития у детей.- Новосибирск, 2004.
6. Мальченко А.М. – Некоторые физические и параклинические константы детского возраста.- Барнаул, 1998.
7. Рзянинна М.Ф., Молочный В.Г. – Участковый педиатр. – Ростов на Дону «Феникс», 2005, с. 34-60.
8. Чичко М.В. – Диагностика детских болезней. – Минск «Беларусь»,2002, с. 367-399.
9. Юрьев В.В., Симаходский А.С. – Рост и развитие ребенка. – ПИТЕР, 2003, с. 8-55, 104-134.
10. Эвербек Г. – Дифференциальная диагностика болезней в детском возрасте / Пер. с нем. М.: Медицина, 1980.