

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 04.09.2023 09:40:55
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757d

Приложение к РПД

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра госпитальной педиатрии



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной
деятельности и молодежной политике

Т.В. Бородулина

«26» мая 2023 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.О.01 Детская эндокринология**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.17 Детская эндокринология*

Квалификация: *Врач-детский эндокринолог*

г. Екатеринбург
2023

Фонд оценочных средств по дисциплине «Детская эндокринология» составлен в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.17 Детская эндокринология, утвержденного приказом Минобрнауки России № 107 от 02.02.2022 г., и с учетом требований профессионального стандарта «Врач-детский эндокринолог», утвержденного приказом Минтруда России от 29.01.2019 г. № 49н.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	Ученая степень	Ученое звание	Должность
1.	Вахлова Ирина Вениаминовна	Доктор медицинских наук	Профессор	Заведующая кафедрой госпитальной педиатрии
2.	Кияев Алексей Васильевич	Доктор медицинских наук	Доцент	Главный внештатный детский специалист - эндокринолог Минздрава России по Уральскому Федеральному Округу, главный внештатный специалист-детский эндокринолог Минздрава Свердловской области

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества. Рецензенты:

- Кожевникова О.В., заместитель главного врача по лечебной работе Государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Областная детская клиническая больница»
- Храмова Е.Б., заведующая кафедрой детских болезней педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., профессор

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен:

- на заседании кафедры госпитальной педиатрии (протокол № 9 от 28.04.2023 г.);
- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол № 5 от 10.05.2023 г).

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий ФГОС и ПС представлен в таблице:

Дидактическая единица		Индикаторы достижения			УК, ПК (ФГОС)	Трудовые функции (ПС)
№	Наименование	Знания	Умения	Навыки		
1.	Организационные вопросы детской эндокринологии	- основы социальной гигиены и организация детской эндокринологической службы; - историю развития эндокринологии детского возраста; - современные задачи детской эндокринологии; - организацию работы детского эндокринолога на различных уровнях; - эпидемиологию эндокринных заболеваний у детей; - управление эндокринологической службой; - нормативные документы в работе врача - детского эндокринолога; - основы статистического анализа в эндокринологии; - принципы планирования клинических исследований в эндокринологии;	- составлять план работы и отчет о своей работе	- заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, и контролировать качество ее ведения; - использовать в своей работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;	УК-1, ОПК-4, 5, 6, 7,8 , 9,10 ПК-1, 2, 3	А/06.8
2.	Диагностика и лечение заболеваний островкового аппарата поджелудочной железы	- анатомо-физиологические и биохимические особенности поджелудочной железы и островкового аппарата; - эндокринную функцию островкового аппарата, регуляцию синтеза и секреции гормонов островкового аппарата;	- оценивать анатомо-функциональное состояние островкового аппарата поджелудочной железы; - интерпретировать и анализировать результаты осмотра и	- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей (их законных представителей) при заболеваниях островкового аппарата поджелудочной железы; - проводить осмотр и	УК-1, ОПК-4, 5, 6, 7,8 , 9,10 ПК-1, 2, 3	А/01.8 А/02.8 А/03.8 А/04.8 А/05.8 А/06.8 А/07.8

		- теоретические основы методологии диагностики: биохимический анализ крови и мочи, гормональное обследование, функциональные тесты; - врожденный гиперинсулинизм: классификацию, эпидемиологию, вопросы этиологии, патогенез, особенности клиники в зависимости от возраста, проблемы диагностики, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансерное наблюдение; - гипогликемический синдром: эпидемиологию, этиологию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение, прогноз, диспансерное наблюдение - сахарный диабет I типа: эпидемиологию, классификацию сахарного диабета и других нарушений углеводного обмена, этиологию и факторы риска, патогенез нарушения процессов обмена веществ, патогенез основных метаболических и клинических синдромов; - клинические проявления сахарного диабета, отдаленные осложнения сахарного диабета, острые осложнения сахарного диабета; - критерии постановки диагноза	обследования детей с заболеваниями островкового аппарата поджелудочной железы; - разрабатывать план лечения детей с заболеваниями островкового аппарата поджелудочной железы с учетом диагноза, возраста и клинической картины; - назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание детям с заболеваниями островкового аппарата поджелудочной железы; - оказывать медицинскую помощь в неотложной форме детям с заболеваниями островкового аппарата поджелудочной железы;	обследование детей с заболеваниями островкового аппарата поджелудочной железы; - устанавливать систему помповой инсулинотерапии; - проводить мониторинг заболевания, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения заболевания; - проводить мониторинг эффективности помповой инсулинотерапии;		
--	--	--	--	---	--	--

		сахарного диабета; - другие типы сахарного диабета;				
3.	Диагностика и лечение заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы, нарушений физического и полового развития	и - анатомо-физиологические и биохимические особенности: эмбриогенез различных отделов гипоталамо-гипофизарной системы; - функциональную характеристику, физиологию гипоталамо-гипофизарной системы; - классификацию гормонов аденогипофиза и нейрогипофиза; - соматотропную недостаточность: этиологию, патогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение; - несахарный диабет: этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение; - болезнь Иценко-Кушинга: эпидемиологию, этиологию, патогенез клинику, диагностику, лечение; - синдром гиперпролактинемии: этологию, патогенез, клинику, лечение; - центральные формы гипотиреоза, гипоталамический синдром; - гигантизм, акромегалия: этиологию, патогенез, лечение; - задержку роста: определение церебрально-гипофизарного нанизма, изолированного дефицита СТГ, этиологию,	- интерпретировать и анализировать информацию, полученную от детей (их законных представителей) с заболеваниями гипоталамо-гипофизарной системы, нарушениях физического и полового развития; - оценивать анатомо-функциональное состояние органов эндокринной системы у детей с заболеваниями гипоталамо-гипофизарной системы, нарушениях физического и полового развития; - обосновывать и планировать объем лабораторного, инструментального обследования детей с заболеваниями гипоталамо-гипофизарной системы, нарушениях физического и полового развития; - выявлять клинические симптомы и синдромы у детей с заболеваниями	- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей (их законных представителей) при заболеваниях гипоталамо-гипофизарной системы, нарушениях физического и полового развития; - проводить осмотр и обследование детей с заболеваниями гипоталамо-гипофизарной системы, нарушениях физического и полового развития; - интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования детей с заболеваниями гипоталамо-гипофизарной системы, нарушениях физического и полового развития;	УК-1, ОПК-4, 5, 6, 7,8 , 9,10 ПК-1, 2, 3	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8 A/06.8 A/07.8

		патогенез, клинику проявления дефицита СТГ, гипофункции периферических эндокринных желез, диагностику, лечение; - преждевременное половое развитие: этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение - задержка полового развития: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; - гипогонадизм: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; - врожденные нарушения половой дифференцировки: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение;	гипоталамо-гипофизарной системы, нарушениях физического и полового развития; - разрабатывать план лечения детей с заболеваниями гипоталамо-гипофизарной системы, нарушениях физического и полового развития, назначать лекарственные препараты;			
4.	Диагностика и лечение заболеваний щитовидной и околощитовидных желез	- эмбриогенез щитовидной железы; - гормоны щитовидной железы, механизм биосинтеза и секреции тиреоидных гормонов; - методы оценки структуры и функции щитовидной железы, гормональное исследование; - йододефицитные заболевания: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; - гипотиреоз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; - тиреотоксикоз: этиология,	- интерпретировать и анализировать информацию, полученную от детей (их законных представителей) с заболеваниями щитовидной и околощитовидных желез; - оценивать анатомо-функциональное состояние органов эндокринной системы у детей с заболеваниями	- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей (их законных представителей) при заболеваниях щитовидной и околощитовидных желез; - проводить осмотр и обследование детей с заболеваниями щитовидной и околощитовидных желез; - интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования детей с заболеваниями	УК-1, ОПК-4, 5, 6, 7,8 , 9,10 ПК-1, 2, 3	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8 A/06.8 A/07.8

		патогенез, клиника, диагностика, лечение; - аутоиммунный тиреоидит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; - объемные образования шеи у детей: эпидемиология, дифференциальная диагностика, терапевтическая тактика; - узловой зоб: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; - тиреоидные опухоли: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; - гипопаратиреоз: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; - гиперпаратиреоз: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение;	щитовидной и околощитовидных желез; - обосновывать и планировать объем лабораторного, инструментального обследования детей с заболеваниями щитовидной и околощитовидных желез; - выявлять клинические симптомы и синдромы у детей с заболеваниями щитовидной и околощитовидных желез; - разрабатывать план лечения детей с заболеваниями щитовидной и околощитовидных желез, назначать лекарственные препараты; - определять медицинские показания и противопоказания у детей с заболеваниями щитовидной и околощитовидных желез для направления к врачам-специалистам с целью хирургических и	щитовидной и околощитовидных желез;		
--	--	--	--	--	--	--

			диагностических вмешательств;			
5.	Диагностика и лечение заболеваний надпочечников и других эндокринных нарушений	- анатомо-физиологические и биохимические особенности, физиология коры надпочечников; - гормоны мозгового слоя, коры надпочечников, их классификация; механизмы их регуляции и биологические эффекты; - методы исследования глюкокортикоидной, минералкортикоидной и андрогенной функции коры надпочечников, методы исследования функции мозгового слоя надпочечников; - надпочечниковая недостаточность: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; неотложная терапия ОНН, плановая заместительная терапия ХНН; - врожденная дисфункция коры надпочечников: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; - заместительная гормональная терапия, особенности терапии при стрессовых ситуациях; - синдром Иценко-Кушинга: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; - гиперальдостеронизм:	- интерпретировать и анализировать информацию, полученную от детей (их законных представителей) с заболеваниями надпочечников и других эндокринных нарушений; - оценивать анатомо-функциональное состояние органов эндокринной системы у детей с заболеваниями надпочечников и других эндокринных нарушений; - обосновывать и планировать объем лабораторного, инструментального обследования детей с заболеваниями надпочечников и других эндокринных нарушений; - выявлять клинические симптомы и синдромы у детей с заболеваниями надпочечников и других эндокринных нарушений;	- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей (их законных представителей) при заболеваниях надпочечников и других эндокринных нарушений; - проводить осмотр и обследование детей с заболеваниями надпочечников и других эндокринных нарушений; - интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования детей с заболеваниями надпочечников и других эндокринных нарушений;	УК-1, ОПК-4, 5, 6, 7,8 , 9,10 ПК-1, 2, 3	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8 A/06.8 A/07.8

		классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; - феохромоцитома: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; осложнения со стороны сердечно-сосудистой, нервной системы и со стороны глаз, терапия катехоламинового криза; - опухоли коры надпочечников: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение; - синдром множественных эндокринных неоплазий: синдром МЭН 1 типа: этиология, клиническая картина, диагностика, варианты лечения. - синдром МЭН 2 типа: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления в зависимости от подтипа (синдром Сиппла, синдром Горлина), способы лечения. - аутоиммунный полигландулярный синдром: эпидемиология, классификация; АПС 1 типа: этиология, клиническая картина, диагностика, лечение; АПС 2 и 3 типа: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение;	- разрабатывать план лечения детей с заболеваниями надпочечников и других эндокринных нарушений, назначать лекарственные препараты; - определять медицинские показания и противопоказания у детей с заболеваниями надпочечников и других эндокринных нарушений для направления к врачам-специалистам с целью хирургических и диагностических вмешательств;			
6.	Тесты для оценки функции органов	- тесты для оценки функции гипофиза: оценка секреции	- оценивать гипофизарную	- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и	УК-1, ОПК-4,	A/01.8

	эндокринной системы соматотропного гормона, оценка секреции тиреотропного гормона, оценка секреции пролактина, оценка секреции ЛГ и ФСГ, оценка секреции АДГ; - тесты для оценки функции надпочечников: пробы с дексаметазоном, пробы с кортикотропин – рилизинг – гормоном, пробы с АКТГ; - тесты для оценки функции β – клеток поджелудочной железы: Проба с голоданием: методика проведения, мониторинг показателей, осложнения, оценка результатов. Оральный глюкозотолерантный тест: методика проведения, противопоказания для проведения, оценка результатов (гликемии и ИРИ). Внутривенный глюкозотолерантный тест: методика проведения, показания для проведения, интерпретация результатов (гликемии и ИРИ). - тесты для оценки функции половых желез. Проба с люлеберинотом: показания для проведения, методика проведения, оценка результатов. Проба с хорионическим гонадотропином: показания для проведения, методика проведения, оценка результатов;	гонадотропную функцию с использованием пробы с аналогом гипоталамического гонадотропин-рилизинг-гормона; - оценивать функциональную активность тестикулярной ткани гонад с применением стимуляционной пробы с хорионическим гонадотропином человека; - оценивать нарушения углеводного обмена с применением пробы с голоданием; - оценивать функциональную активность коры надпочечников с применением теста с дексаметазоном; - оценивать состояние водно-электролитного обмена с применением пробы с депривацией жидкости и пробы с десмопрессином;	заболевания у детей (их законных представителей) при заболеваниях щитовидной и околощитовидных желез; - проводить осмотр и обследование детей с заболеваниями щитовидной и околощитовидных желез; - интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования детей с заболеваниями щитовидной и околощитовидных желез;	5, 6, 7,8 , 9,10 ПК-1, 2, 3	
--	---	--	---	------------------------------------	--

2. Аттестационные материалы

1.1. Тестовые задания

Тестовые задания разработаны для каждой ДЕ и содержат 10 вопросов. В тестовом задании на зачете ординатору задаются 20 вопросов с возможностью выбора одного или нескольких правильных ответов из 4-7 предложенных или необходимо дописать ответ самостоятельно, где это требуется по контексту. В тестовом задании на экзамене ординатору задаются 100 вопросов с возможностью выбора одного или нескольких правильных ответов из 4-7 предложенных или необходимо дописать ответ самостоятельно, где это требуется по контексту.

Примеры вопросов тестового контроля для текущей аттестации

Указать правильный ответ:

1) Преждевременное половое развитие наблюдается при:

- А) синдроме тестикулярной феминизации;
- Б) истинном гермафродитизме
- В) смешанной дисгенезии яичек;
- Г) врожденной дисфункции коры надпочечников (недостаточность 21- гидроксилазы);
- Д) недостаточности 5-альфа—редуктазы.

Указать правильный ответ:

2) Первым манифестным симптомом гиперандрогении у детей является:

- А) гирсутизм;
- Б) угревая болезнь;
- В) жирная себорея волос;
- Г) изолированное пубархе;
- Д) алопеция.

Указать правильный ответ.

На каждое задание выберите правильный и наиболее полный ответ, используя для этого следующий ключ:

- А — если правильны 1, 2 и 3 ответы
- Б — если правильны 1 и 3 ответы
- В — если правильны 2 и 4 ответы
- Г — если правилен 4 ответ
- Д — если все ответы правильны

3) В патогенезе ненадпочечниковых форм ложного женского гермафродитизма могут играть роль:

- 1. прием матерью во время беременности препаратов мужских половых гормонов;
- 2. наличие у матери во время беременности андрогенпродуцирующей опухоли надпочечников;
- 3. наличие у матери во время беременности андрогенпродуцирующей опухоли яичников;
- 4. прием матерью во время беременности прогестиновых препаратов.

4) Для синдрома Клайнфельтера характерно:

- 1. прогрессирующая гиалинизация семенных канальцев и атрофии зародышевого эпителия;
- 2. азооспермия;
- 3. гиперплазия клеток Лейдига;
- 4. гиперплазия клеток Сертоли.

5) При дефиците ферментной системы 20, 22-десмолазы у мальчиков имеются:

- 1. наружные гениталии женского типа;
- 2. внутренние гениталии мужского типа;
- 3. синдром потери соли;

4. гермафродитные наружные гениталии.

Эталоны ответов

Номер вопроса	Правильный ответ
1.	Г
2.	Г
3.	Д
4.	А
5.	А

Примеры вопросов тестового контроля для зачета

Указать правильный ответ.

На каждое задание выберите правильный и наиболее полный ответ, используя для этого следующий ключ:

А - если правильны 1, 2 и 3 ответа

Б — если правильны 1 и 3 ответа

В — если правильны 2 и 4 ответа

Г — если правилен 4 ответ

Д — если все ответы правильны

1) В этиологии ложного изосексуального преждевременного полового развития у девочек играют роль:

1. эстрогенпродуцирующие опухоли яичников и надпочечников;

2. ХГ-секретирующие опухоли;

3. овариальные кисты;

4. синдром Мак-Кьюна — Олбрайта — Брайцева

2) Тактика лечения гонадотропин-зависимого преждевременного полового развития:

1. оперативный метод в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии;

2. оперативный метод применяется нечасто, только в случаях наличия грубой неврологической симптоматики;

3. консервативный метод лечения;

4. только оперативный метод лечения.

3) В этиологии ложного изосексуального полового развития у мальчиков играют роль:

1. ХГ-секретирующие опухоли;

2. врожденная дисфункция коры надпочечников (недостаточное и, 21-гидроксилазы);

3. тестотоксикоз;

4. андрогенсекретирующие опухоли яичка и надпочечников.

4) В этиологии изолированного пубархе могут играть роль:

1. андрогенпродуцирующие опухоли яичников и надпочечников;

2. первичный поликистоз яичников;

3. врожденная дисфункция коры надпочечников

4. нарушение локальной рецепторной чувствительности органов- мишеней к андрогенам.

Дополнить высказывание

5) Кариотип у больных с ложным женским гермафродитизмом всегда _____ .

6) Половые железы у больной синдромом Шерешевского- Тернера представлены _____ .

7) Для подтверждения диагноза синдрома Шерешевского-Тернера исследуют _____

- 8) Кариотип при синдроме Клайнфельтера характеризуется полисомией хромосомы _____.
- 9) У пациента с ложным крипторхизмом симптом Томашевского всегда _____.
- 10) Оптимальным сроком излечения от крипторхизма является возраст до ____ лет.
- 11) Кариотип при синдроме Шерешевского-Тернера с нормальным строением гениталий всегда _____.
- 12) Для смешанной дисгенезии яичек характерно наличие с одной стороны яичка, с противоположной _____.
- 13) Больной со смешанной дисгенезией яичек лучше адаптируется в _____ паспортном поле.
- 14) Больному с ложным мужским гермафродитизмом, обусловленным дефицитом ферментной системы 5-альфа—редуктазы можно рекомендовать _____ паспортной пол.
- 15) Для больных синдромом тестикулярной феминизации наиболее целесообразен _____ паспортный пол.

Найти соответствие элементов

16) Заболевания

- А) Болезнь Иценко-Кушинга В) Опухоль надпочечника, гормонсекретирующая.
Б) Гипоталамический синдром пубертатного периода

Клинические признаки

1. Ожирение равномерное
2. Ожирение по кушингоидному типу
3. Матронизм
4. Стрии
5. «Нечистота» кожи (акне, лишаеподобные высыпания)
6. Задержка роста
7. Рост ускорен
8. Половое развитие нормальное
9. Ранее появление полового оволосения

17) Заболевания

- А) Болезнь Иценко-Кушинга
Б) Гипоталамический синдром В) Опухоль надпочечника, гормонсекретирующая.

Гормональные признаки

1. Содержание кортизола повышено
2. Содержание кортизола нормальное
3. Нарушение суточного ритма секреции кортизола
4. Содержание АКТГ повышено
5. Содержание АКТГ снижено
6. Тестостерон несколько повышен

Указать правильный ответ

На каждое задание выберите правильный и наиболее полный ответ, используя для этого следующий ключ: А — если правильны 1, 2 и 3 ответы Б — если правильны 1 и 3 ответы В — если правильны 2 и 4 ответы Г — если правилен 4 ответ Д — если все ответы правильны

18) Несахарный диабет центрального генеза необходимо дифференцировать с:

1. Сахарным диабетом.
2. Психогенной полидипсией.
3. Почечной формой несахарного диабета.
4. Симптоматической канальцевой полиурией.

19) В лечении несахарного диабета центрального генеза используются:

1. Верошпирон.
2. Хлорпропамид.
3. Гипотиазид.
4. Минирин.

20) Возможные причины гиперпролактинемии:

1. Пролактинсекретирующая опухоль гипофиза.
2. Гипоталамические или параселлярные опухоли.
3. Первичный гипотиреоз.
4. Травматический разрыв ножки гипофиза.

Эталоны ответов

Номер вопроса	Правильный ответ
1.	Д
2.	А
3.	Д
4.	А
5.	46XX
6.	кариотип
7.	Х-хромосомы
8.	отрицат
9.	2-х лет
10.	45 X0/46 XX
11.	strek
12.	мужском
13.	мужском
14.	женский
15.	Депотестостерона
16.	А-2, 3, 4, 5, 6 Б- 2, 3, 4 В – 1, 7, 8
17.	А-1, 3, 4 Б-2 В-1, 5
18.	Д
19.	Г
20.	Д

Примеры вопросов тестового контроля для экзамена

Нарушения роста

Инструкция. Указать правильные ответы:

- 1) Клинические проявления церебрально-гипофизарного нанизма, обусловленные дефицитом гормона роста:

- А) Задержка роста. Б) Гипогликемии. В) Задержка костного возраста. Г) Геродерма
- 2) Особенности надпочечниковой недостаточности при церебрально-гипофизарном нанизме:
А) Клинические симптомы отсутствуют из-за низкого уровня обменных процессов.
Б) Клинические симптомы появляются на фоне стрессовых ситуаций.
В) Клинические симптомы появляются на фоне активной терапии гормоном роста и тиреоидными препаратами.
Г) Потребность в заместительной терапии глюкокортикоидами появляется только на фоне стресса
- 3) Церебрально-гипофизарный нанизм необходимо дифференцировать с:
А) Конституциональной задержкой роста и полового развития.
Б) Семейной низкорослостью.
В) Примордиальным нанизмом. Г) Хромосомными болезнями.
- 4) Для примордиального нанизма характерно:
А) Ребенок от доношенной беременности, родившийся с дефицитом роста и массы тела.
Б) Костный возраст соответствует паспортному.
В) Фертильность не нарушена. Г) Низкий уровень соматомединов в крови
- 5) Для синдрома Ларона характерно:
А) Низкорослость. Б) Высокий уровень гормона роста в крови.
В) Дефицит соматомедина-С. Г) Гипогонадизм.
- 6) Для синдрома Сильвера характерны:
А) Дефицит в росте с рождения. Б) «Рыбий» рот.
В) Преждевременное половое развитие. Г) Дефицит гормона роста.

Дополнить высказывание:

- 7) Основным гормональным фактором, обеспечивающим рост ребенка в первые 3 года жизни является _____
- 8) Основным гормональным фактором, обеспечивающим рост ребенка с 3-х летнего возраста до периода полового созревания является _____
- 9) Ростовой эффект СТГ на уровне периферических тканей осуществляется через действие _____
- 10) Основным гормональным критерием дефицита тиреотропного гормона является низкий Уровень _____
- 11) Диагноз соматотропной недостаточности вероятен, если отношение костного возраста к хронологическому менее _____
- 12) Диагноз соматотропной недостаточности вероятен, если SDS роста менее, чем минус ____
- 13) При проведении стимуляционной пробы с инсулином, инсулин вводится из расчета _____ ед/кг массы тела
- 14) При проведении стимуляционной пробы с клофелином, клофелин дается из расчета _____ мг/м² поверхности тела

Ситуационная задача (к №№ 15-18). Мальчик 4,5 лет имеет задержку роста. Психо-моторное развитие — по возрасту. Рост 88 см (—3,5 SD). Темпы роста 3,5 см/год. Родился доношенным, с весом 3370 гр., длина тела - 50 см. Рост отца - 175 см, матери - 162 см. Данные обследования: ТТГ - 1,5 МЕ/мл, св.Т4 - 15,1 нмоль/л, костный возраст - 15-18 мес.

- 15) Ваш наиболее вероятный диагноз _____
- 16) Для подтверждения предполагаемого диагноза необходимо провести _____
- 17) При подтверждении предполагаемого диагноза до начала лечения необходимо провести _____
- 18) При подтверждении предполагаемого диагноза ребенку необходимо назначить лечение _____

Найти соответствие элементов:

19) Задержка роста

- А) Соматогенно-обусловленная задержка роста
- Б) Обусловленная патологией костной системы
- В) Обусловленная генетическими и хромосомными заболеваниями
- Г) Обусловленная конституциональными особенностями физического развития

Заболевания:

- 1. Примордиальный нанизм.
- 2. Хроническая почечная недостаточность.
- 3. Синдром позднего пубертата
- 4. Заболевания, сопровождающиеся гипоксией, анемией.
- 5. Синдром мальабсорбции
- 6. Гипохондроплазия.
- 7. Семейная низкорослость.
- 8. Синдром Шерешевского-Тернера
- 9. Ахондроплазия.

20) Варианты задержки роста

- А) Периферическая нечувствительность
- Б) Дефицит соматотропного гормона»
- В) Синдром позднего пубертата

Гормональное обследование

- 1. Уровень СТГ в сыворотке крови, к соматотропному гормону не достигающий 10 нг/мл в ходе стимуляционного теста
- 2. Уровень СТГ в сыворотке крови, достигающий 10 нг/мл и более в ходе стимуляционного Теста
- 3. Высокий уровень СТГ, не изменяющийся в ходе стимуляционного теста
- 4. Низкий уровень ИРФ-1
- 5. Нормальный уровень ИРФ-1

21) Конституциональная задержка роста:

- А) Синдром позднего пубертата
- Б) Семейная низкорослость

Диагностические критерии:

- 1. нормальная масса и длина при рождении.
- 2. низкие темпы роста в первые годы жизни с увеличением скорости роста с 4-5 лет
- 3. низкие темпы роста с 2-3 лет
- 4. отставание костного возраста от хронологического около 2 лет
- 5. отставание костного возраста от хронологического незначительно или отсутствует
- 6. низкорослость в семейном анамнезе
- 7. позднее половое созревание по мужской линии в семейном анамнезе

Указать последовательность действия:

22) При обследовании ребенка с задержкой роста необходимо:

- 1. Выявить клинические признаки соматотропной недостаточности
- 2. Исследовать стимуляционную секрецию СТГ
- 3. Исследовать спонтанную секрецию СТГ в ночные часы
- 4. Исследовать уровни тиреоидных и половых гормонов.

- 23) Этиология гигантизма и акромегалии в детском возрасте м.б. обусловлена:
1. Эозинофильной аденомой передней доли гипофиза.
 2. Патологическими процессами в гипоталамусе.
 3. Повышенной чувствительностью тканей к гормону роста
 4. Аденомой задней доли гипофиза
- 24) Патогенез гигантизма и акромегалии обусловлен:
1. Избыточной продукцией СТГ
 2. Снижением секреции соматостатина
 3. Снижением чувствительности соматотрофов к действию соматостатина
 4. Гиперпродукцией соматомединов
- 25) Гормональными критериями опухолевого генеза гигантизма является повышение в крови уровня:
1. Гормона роста в ответ на введение тиролиберина
 2. Гормона роста в ответ на введение глюкозы
 3. ИФР 1 типа
 4. Гормона роста после введения L-ДОПА.

Заболевания надпочечников

Инструкция: Указать правильные ответы:

- 1) Этиологические факторы вторичной хронической надпочечниковой недостаточности:
 - А) Опухоль надпочечника
 - Б) Туберкулезная инфекция
 - В) Врожденная гипоплазия надпочечников
 - Г) Аутоиммунное поражение надпочечников
 - Д) Врожденный дефицит АКТГ
- 2) Причины первичной хронической недостаточности надпочечников:
 - А) Длительный прием глюкокортикоидов.
 - Б) Аутоиммунное поражение или туберкулез надпочечников
 - В) Черепно-мозговая травма
 - Г) Нейроинфекция
 - Д) Объёмный процесс в ЦНС
- 3) Лечение острой недостаточности надпочечников начинают с введения:
 - А) гидрокортизона в вену
 - Б) преднизолона в мышцу
 - В) преднизолона в вену
 - Г) преднизолона per os
 - Д) гидрокортизона per os
- 4) Наиболее частая причина синдрома Фридериксена-Уотерхауза у новорожденных:
 - А) Туберкулез надпочечников
 - Б) Аутоиммунный процесс
 - В) Опухоль надпочечника
 - Г) Ферментопатии
 - Д) Апоплексия надпочечников
- 5) Гормональные изменения при острой первичной недостаточности надпочечников:
 - А) Уровень кортизола повышен
 - Б) Уровень кортизола снижен
 - В) Уровень АКТГ не изменён
 - Г) Уровень АКТГ снижен
 - Д) Уровень кортизола не изменён
- 6) Самая частая причина синдрома Фридериксена-Уотерхауза у детей старшего возраста:
 - А) Поздняя диагностика хронической надпочечниковой недостаточности
 - Б) Несадекватная терапия хронической недостаточности надпочечником
 - В) Присоединение интеркуррентных заболеваний
 - Г) Опухоль надпочечника
 - Д) Менингококковая инфекция
- 7) Клиника острой недостаточности надпочечников у детей старшего возраста включает:
 - А) Булимию
 - Б) Тетанию
 - В) Боли в животе, жидкий стул
 - Г) Боли в животе, запоры
 - Д) Снижение температуры тела
- 8) Экспресс-анализы для диагностики острой недостаточности надпочечников:
 - А) Кортизол в плазме крови
 - Б) Электролиты в плазме крови

В) Кальций, фосфор, щелочная фосфатаза Г) АСТ, АЛТ Д) Содержание холестерина.

9) Неотложная терапия при острой недостаточности надпочечников включает:

- А) Стероидные гормоны Б) Препараты калия В) Сердечные препараты
Г) Препараты кальция Д) Дегидратационные средства

10) Пробы, применяемые для диагностики адреногенитального синдрома:

- А) С метапироном Б) С инсулином в) С синактеном
Г) Малая дексаметазоновая проба Д) Дексаметазон-хориогониновая проба.

11) Назовите пути наследования адреногенитального синдрома:

- А) Аутосомно-доминантное б) Связанное с мутацией de novo
В) Аутосомно-рецессивное Г) Х- сцепленное Д) Полигенное

Ситуационная задача (к №№ 12- 14). Ребенок 22 дней с жалобами на частые срыгивания, иногда рвоту, не связанные с кормлением, жидкий стул, потерю массы тела. От первой нормальной беременности. Роды срочные. Масса тела при рождении 3 200 г, длина 51 см. При осмотре вялый, крик слабый. Гиперпигментация ареол, гениталий, периорбитально. Тоны сердца приглушены, учащены. АД 40/20 мм рт. ст. Половой аппарат сформирован правильно, по мужскому типу; оба яичка в мошонке.

12) Обследование данного ребенка следует начинать с:

- А) Кариотипирования Б) Определения АКТГ крови в) Рентгенографии черепа
Г) Определения 17-ОН-прогестерона крови Д) Определения тестостерона крови

13) Предполагаемый диагноз

- А) Адреногенитальный синдром Б) Пилоростеноз в) Острая кишечная инфекция

Характерные признаки

1. Уровень кортизола плазмы крови нормальный
2. Уровень кортизола плазмы крови снижен
3. Уровень тестостерона в плазме крови нормальный
4. Уровень тестостерона в плазме крови повышен
5. Калий в плазме крови нормальный 6. Калий в плазме крови повышен
7. Натрий в плазме крови нормальный 8. Натрий в плазме крови снижен
9. Гипокалиемия и гипонатриемия
10. рН крови нормальный 11. Метаболический ацидоз 12. Метаболический алкалоз
13. Активность ренина плазмы нормальная 14. Активность ренина плазмы повышена
15. При УЗИ надпочечники нормальных размеров
16. При УЗИ надпочечники гиперплазированы

14) На основании проведенного обследования данному ребенку был выставлен диагноз:

15) Изменения надпочечников при адрено-генитальном синдроме:

- А) Надпочечники нормальных размеров
Б) Один надпочечник увеличен, другой – нормальный
В) Гипоплазия надпочечников Г) Гиперплазия надпочечников
Д) Один надпочечник увеличен, другой – гипоплазирован

16) Дифференцировать острую недостаточность надпочечника у новорожденных надо с:

- А) Родовой травмой б) Пневмонией в) Сепсисом г) Ферментопатиями

17) При стрессовых ситуациях больным с адреногенитальным синдромом следует:

- А) Уменьшить заместительную гормональную терапию
Б) Оставить дозу гормонов прежней В) Отменить гормонотерапию

Г) Увеличить дозу гормонов.

- 18) Провести клиноротомию девочкам с адреногенитальным синдромом предпочтительно:
А) В период новорожденности б) В препубертатный период
В) пубертатный период г) До двухлетнего возраста
- 19) Интроитопластика девочкам с адреногенитальным синдромом рекомендуется в:
А) Грудном возрасте б) Пубертатном возрасте в) 18-20 лет г) 5- 7 лет
- 20) На ЭКГ у больного с хронической надпочечниковой недостаточности отмечается:
А) Увеличение и заострение зубца Т
Б) Замедление предсердно-желудочковой проводимости
В) Замедление внутрижелудочковой проводимости Г) Отрицательный зубец Т
- 21) Для подтверждения диагноза острой надпочечниковой недостаточности необходимо:
А) Исследование гормонального профиля Б) Определение электролитов в плазме крови
В) Визуализация надпочечников Г) ЭКГ
- 22) Критерии адекватности терапии сольтеряющей формы адреногенитального синдрома в старшем возрасте:
а) Нормальные темпы роста б) Костный возраст соответствует паспортному
в) Нормальное содержание электролитов и активности ренина плазмы крови
г) Нормальное содержание 17-ОН-прогестерона в плазме крови

Дополнить высказывание:

- 23) При гипертонической форме адреногенитального синдрома имеется дефицит фермента
-

Найти соответствие элементов:

- 24) Диагноз
А) Хроническая первичная надпочечниковая недостаточность
Б) Вегето-сосудистая дистония В) ферментопатии
г) Аутоиммунный полигландулярный синдром (I или II типа)
- Клинические симптомы:
- | | | | |
|---|---------------------|--|--------------|
| 1. Слабость | 2. Адинамия | 3. Снижение аппетита | 4. Низкое АД |
| 5. Раздражительность, повышенная возбудимость | | | |
| 6. Росто-весовой показатель в пределах нормы | | | |
| 7. Кожные покровы нормальной окраски | | 8. Мышечная гипотония | |
| 9. Гиперпигментация кожных покровов | | 10. Хронический аутоиммунный тиреоидит | |
| 11. Гипотиреоз | 12. Сахарный диабет | 13. Гипопаратиреоидизм | 14. Кандидоз |
| 15. Рост опережает паспортный | | 16. Костный возраст ускорен | |
| 17. Неправильное строение наружных гениталий у девочек | | | |
| 18. Ложное преждевременное половое развитие по изосексуальному типу у мальчиков | | | |
- 25) Характер терапии
А) Терапия адекватна б) Передозировка препарата в) Доза препарата мала
- Критерии оценки адекватности лечения:
- | | | | |
|---|--|--|--|
| 1. Физическое развитие соответствует возрасту. | | 2. Физическое развитие ускорено | |
| 3. Ребенок отстает в росте | | 4. Масса тела соответствует ростовым показателям | |
| 5. Имеется избыток массы тела | | 6. Костный возраст соответствует паспортному | |
| 7. Костный возраст опережает паспортный | | 8. Костный возраст отстает от паспортного | |
| 9. Уровень 17-ОН-прогестерона плазмы крови нормальный | | | |
| 10. Уровень 17-ОН-прогестерона плазмы крови повышен | | | |

11. Уровень 17-ОН-прогестерона плазмы крови снижен
12. Пубертат наступил в физиологические сроки
13. Начало полового оволосения до пубертатного возраста

Заболевания щитовидной железы

Инструкция. Укажите правильные ответы:

- 1) Частота врожденного гипотиреоза в странах мира, проводящих неонатальный скрининг:
А) 1:15 000. Б) 1:40 000. В) < 1:15 000. Г) 1:4 000.
- 2) Причины первичного врожденного гипотиреоза:
А) Дисгенезия щитовидной железы. Б) Дисгормоногенез.
В) Внутриутробный избыток йода. Г) Дефицит тиреотропного гормона.
- 3) Основной причиной транзиторной формы врождённого первичного гипотиреоза чаще всего служит:
А) Агенезия щитовидной железы. Б) Дефицит тиреотропного гормона.
В) Нарушение чувствительности тканей к тиреоидным гормонам.
Г) Пренатальный дефицит йода.
- 4) Ранние симптомы, позволяющие заподозрить врожденный гипотиреоз:
А) Перенесенная беременность. Б) Длительное отхождение мекония.
В) Отечность, замеченная при рождении. Г) Гипотермия.
- 5) Клинические проявления гипотиреоза у детей старшего возраста:
А) Непропорциональная задержка роста. Б) Задержка психомоторного развития.
В) Нарушение состояния кожи и ее дериватов. Г) Пропорциональная задержка роста
- 6) Особенности поздних форм врожденного гипотиреоза у детей:
А) Не бывает дебильности. Б) Не бывает задержки физического развития.
В) Пропорциональная задержка роста. Г) Не бывает задержки костного возраста.
- 7) Синдром Пендреда включает:
А) Гипотиреоидный зоб. Б) Вторичный гипотиреоз.
В) Глухонмота. Г) Пигментный ретинит.
- 8) Клинические особенности вторичного врожденного гипотиреоза:
А) Нет задержки роста. Б) Нет задержки костного возраста.
В) Нет нарушения деятельности внутренних органов и систем.
Г) Нет задержки умственного развития.
- 9) Критерии адекватности заместительной терапии гипотиреоза:
А) Соответствие физического развития возрасту ребенка.
Б) Соответствие костного возраста паспортному.
В) Нормальное умственное развитие. Г) Тахикардия.
- 10) Для неонатального тиреотоксикоза характерны:
А) ЧСС более 170 в минуту. Б) Низкий уровень тиреотропного гормона в крови.
В) Врождённый зоб. Г) Отсутствие летальности.
- 11) Возможные последствия тиреотоксикоза матери для плода:
А) Врождённый гипотиреоз в результате блокады избытком тиреоидных гормонов матери.

- Б) Узлообразование в щитовидной железе плода.
В) Дисгормоногенез в щитовидной железе плода.
Г) Фетальный тиреотоксикоз в результате переноса тиреостимулирующих антител
- 12) Патогенез тиреотоксикоза у новорожденного обусловлен:
А) Гиперстимуляцией щитовидной железы плода тиреотропным гормоном матери.
Б) Повышенным количеством тироксина и трийодтиронина в материнском молоке.
В) Образованием тиреостимулирующих антител в организме ребенка.
Г) Трансплацентарным переносом к ребенку тиреостимулирующих антител матери.
- 13) В лечении неонатального тиреотоксикоза используются:
А) β -блокаторы. Б) Минералокортикоиды.
В) Тиреостатики. Г) Тиреоидные препараты.
- 14) В этиологии диффузного токсического зоба играют роль:
А) Генетическая предрасположенность. Б) Дефекты иммунной системы.
В) Провоцирующие факторы. Г) Повышенная тиреотропная функция гипофиза.
- 15) Факторы, способствующие прогрессированию диффузного токсического зоба:
А) Нерегулярное лечение. Б) Гиперинсоляция.
В) Психическое перенапряжение. Г) Передозировка тиреостатиков.
- 16) Особенности клинических проявлений диффузного токсического зоба у детей:
А) Изолированные нарушения сердечного ритма.
Б) Частое сочетание с аутоиммунной орбитопатией.
В) Преобладание узловых форм зоба.
Г) Преобладание нарушений в нервно-психической сфере.
- 17) Изменения в анализе крови, характерные для диффузного токсического зоба:
А) Повышение уровня мочевой кислоты. Б) Легкая гиперкальциемия.
В) Повышение уровня триглицеридов. Г) Снижение уровня холестерина.
- 18) Главные методы оценки тиреоидной функции при диффузном токсическом зобе:
А) Ультрасонография щитовидной железы.
Б) Проба на автономность функции щитовидной железы.
В) Определение уровня липидов крови.
Г) Определение уровня тироксина и трийодтироксина в крови.
- 19) Диф.диагноз диффузного токсического зоба с эутиреоидным зобом основан на:
А) Поглощение таллия-201 щитовидной железой.
Б) Проба с трийодтиронином на автономность функции щитовидной железы.
В) Тиреоидолимфография. Г) Тиреостимулирующие антитела.
- 20) Для диффузного токсического зоба характерно:
А) Снижение уровня тироксина в крови в пробе с трийодтиронином на 50% и более.
Б) Отсутствие существенного снижения уровня тироксина в пробе с трийодтиронином.
В) Повышение уровня тиреотропного гормона в пробе с тиреоли- берином в 5 раз и более.
Г) Снижение базального уровня тиреотропного гормона в сыворотке крови.
- 21) Механизм фармакологического действия мерказолила и его аналогов:
А) Снижение секреции тиреотропина.
Б) Уменьшение захвата йода щитовидной железой.
В) Блокада периферической конверсии тироксина в трийодтиронин

Г) Снижение активности тиреопероксидазы и синтеза тиреоидных гормонов.

22) Тиреоидные препараты при диффузном токсическом зобе назначаются:

- А) В начале лечения тиреостатиками.
- Б) Для предупреждения зобогенного эффекта тиреостатиков.
- В) В максимально переносимой дозе.
- Г) По достижении компенсации заболевания на фоне терапии тиреостатиками.

23) Показания к хирургическому лечению диффузного токсического зоба:

- А) Неэффективность медикаментозной терапии в течение 4 лет.
- Б) Аллергия к тиреостатикам.
- В) Нерегулярный прием медикаментов при консервативном лечении.
- Г) Наличии компрессионного синдрома.

24) Тиреотоксический криз может развиваться в результате:

- А) Струмэктомии в период декомпенсации диффузного токсического зоба.
- Б) Лечение радиоактивным йодом при некомпенсированном тиреотоксикозе.
- В) Острого стресса на фоне нелеченного тиреотоксикоза (тяжелой формы).
- Г) Преждевременной отмены β -блокаторов.

25) Физиологические отличия обмена йода и тиреоидных гормонов на фоне пубертата:

- А) Повышенный захват йода щитовидной железой.
- Б) Укорочение периода полураспада тироксина.
- В) Повышенное выделение йода с мочой.
- Г) Повышенный клиренс йода.

26) В этиологии диффузного нетоксического зоба имеют значение:

- А) Наследственные дефекты синтеза тиреоидных гормонов.
- Б) Иммунные нарушения.
- В) Дефицит йода и других микроэлементов.
- Г) Избыток струмогенов.

27) Диффузный нетоксический зоб является клиническим признаком:

- А) Йодной недостаточности.
- Б) Дисгормоногенеза.
- В) Аутоиммунного тиреоидита.
- Г) Неполноценной миграции тиреоидного зачатка на стадии внутриутробного развития.

Указать один наиболее правильный ответ

28) Определение антител к тиреопероксидазе выполняется с целью:

- А) Оценки эффективности терапии тироксином при аутоиммунном тиреоидите.
- Б) Оценки функциональных возможностей тиреоидного остатка после струмэктомии.
- В) Дифференциальной диагностики манифестного и субклинического гипотиреоза.
- Г) Дифференциальной диагностики диффузного нетоксического зоба.
- Д) Мониторинга онкологических больных после тиреоидэктомии.

29) Длительность «йодного периода» при аварийном выбросе на атомном производстве равна:

- А) 8 суткам.
- Б) 8 месяцам.
- В) 8 неделям.
- Г) 8 годам
- Д) 80 суткам.

30) В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение:

- А) Иммунодефицит.
- Б) Избыток тиреотропного гормона.
- В) Тиреостимулирующие антитела.
- Г) Избыток селена в продуктах питания.
- Д) Избыток тиреоидных гормонов.

31) Степень тяжести йододефицитной эндемии определяется:

- А) Частотой диффузного токсического зоба.
- Б) Медианой тироксина в сыворотке крови.
- В) Степенью дефицита питания.
- Г) Частотой значений ТТГ у новорожденных выше 20 мЕД/л.

Д) Частотой значений ТТГ у новорожденных выше 5 мЕД/л.

32) Суточная потребность 5-летнего ребёнка в йоде составляет:

- А) 90 мкг. Б) 50 мкг. В) 1 мг. Г) 150 мкг. Д) 25 мкг.

33) Показания к хирургическому лечению эндемического зоба

- А) Наличие антителоносительства.
Б) Семейный анамнез по узловым патологиям щитовидной железы.
В) Повышенный уровень тиреоглобулина. Г) Смещение/сдавление органов шеи.
Д) Гипотиреоз. Е) Пальпируемый узел размером до 1 см.

34) Субклинический гипотиреоз характеризуется:

- А) Отсутствием зоба.
Б) Нормальным или слегка пониженным уровнем тиреотропного гормона в крови.
В) Повышением тиреотропного гормона и нормальным уровнем тироксина в крови.
Г) Снижением уровня тироксина и трийодтиронина в крови.
Д) Повышением уровня тиреотропного гормона и тироксина в крови.
Е) Наличием патогномичных симптомов.

Установить соответствие

35) Патологические состояния

- | | |
|---|-------------------------------|
| А) Субклинический первичный гипотиреоз | Б) Субклинический гипертиреоз |
| В) Манифестный первичный гипотиреоз | Г) Манифестный тиреотоксикоз |
| Д) Минимальная тиреоидная недостаточность | |

Гормональные нарушения

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| 1. ТТГ от 2 до 4 мЕД/л | 2. Симптомы гипотиреоза | 3. Симптомы тиреотоксикоза |
| 4. Низкий уровень ТТГ | 5. Нормальный уровень сТ3 и сТ4 | 6. Повышенный уровень ТТГ |
| 7. Повышенный уровень сТ3 и сТ4 | 8. Низкий уровень сТ3 и сТ4 | |

36) Заболевания

- | | |
|--|--|
| А) Диффузный токсический зоб у детей | Б) Врождённый гипотиреоз |
| В) Узловой коллоидный зоб у детей | Г) Зоб Хасимото в фазе эутиреоза у детей |
| Д) Диффузный эндемический зоб II степени | Е) Рецидив рака щитовидной железы |

Лабораторные показатели

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. Уровень тиреоглобулина 265 мкг/л | 2. Тиреостимулирующие антитела (++++) |
| 3. Уровень ТТГ 0,02 мЕД/л | 4. Уровень холестерина 2,9 ммоль/л |
| 5. Отсутствуют специфические изменения | 6. Уровень ТТГ 72 мЕД/л |
| 7. Изолированное повышение антител к ТПО | |

37) Данные УЗИ щитовидной железы:

- А) Визуализируется только одна доля щитовидной железы
Б) В нижней трети шеи тиреоидной ткани нет
В) Гипоэхогенный зоб с обычной структурой
Г) Диффузный зоб с гетерогенной структурой
Д) Анехогенный узел с гиперэхогенным фокусом в центре и ми 1альным псевдоусилением
Е) Гипоэхогенный узел с прерывистым контуром и микрокальцинатами в просвете

Заболевания:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Гемиагенез щитовидной железы | 2. Врождённый гипотиреоз |
| 3. Рак щитовидной железы | 4. Состояние после тиреоидэктомии |
| 5. Диффузный токсический зоб | 6. Коллоидная киста щитовидной железы |
| 7. Состояние после гемитиреоидэктомии | 8. Аутоиммунный тиреоидит |

38) Заболевания Клинические симптомы

А) Диффузный эндемический зоб

Б) Аутоиммунный тиреоидит (зоб Хасимото)

Клинические симптомы

1. Клинические признаки гипотиреоза
3. Задержка умственного развития
5. Клинические признаки эутиреоза
7. Задержка роста

2. Диффузный зоб нормальной консистенции
4. Ответной реакции на лечение йодом нет
6. Хороший лечебный эффект йода
8. Патогномоничных симптомов нет

39) Заболевания

А) Диффузный эндемический зоб

Б) Аутоиммунный тиреоидит (зоб Хасимото)

В) Диффузный нетоксический зоб неутонченного генеза

Лекарства на первом этапе терапии:

- | | | | |
|-----------------|-----------------|---------------------------|--------------|
| 1. Тиреотом | 2. Левотироксин | 3. Препараты йодида калия | 4. Йодтирокс |
| 5. Триодтиронин | 6. Тиреоксид | 7. Йодактив | |

40) Патологические состояния

А) Декомпенсированный гипотиреоз

Б) Отсутствие тиреоидной патологии или её медикаментозная компенсация

В) Декомпенсированный тиреотоксикоз

Г) Субклинический гипотиреоз

Д) Субклинический гипертиреоз

- | | |
|--|--|
| 1. Гормональные показатели | 2. Тиреотропный гормон крови 0,1 мЕд/л |
| 3. Свободный тироксин крови 18 пМоль/л | 4. Антитела к тиреоглобулину (+) |
| 5. Тиреотропный гормон крови 1 мЕд/л | 6. Тиреотропный гормон крови 34 мЕд/л |
| 7. Свободный тироксин крови 34 пМоль/л | 8. Свободный тироксин крови 8 пМоль/л |

Ожирение

Инструкция. Укажите правильные ответы:

- 1) В этиологии пубертатно-юношеского диспитуитаризма могут иметь значение:
А) Хронические инфекции носоглотки б) Черепно-мозговые травмы
В) Нейроинфекции г) Объемный процесс в головном мозге
- 2) К возможным осложнениям пубертатно-юношеского диспитуитаризма относятся:
А) Поликистозная дегенерация яичников б) Симптоматическая артериальная гипертензия
В) Миокардиодистрофия в) Желчно-каменная болезнь
- 3) Симптомокомплекс синдрома Прадера-Вилли включает:
А) Ожирение б) Мышечную гипотонию в) Гипогонадизм г) Задержку роста
- 4) Симптомокомплекс синдрома Лоренса-Муна-Барде-Бидля включает:
А) Ожирение б) Шестипалость в) Пигментный ретинит г) Гипогонадизм
- 5) Основные клинические маркеры метаболического синдрома:
А) Абдоминальное ожирение
б) Нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет
в) Артериальная гипертензия г) Дислипидемия
- 6) Причинами инсулинорезистентности являются:
А) Уменьшение числа рецепторов к инсулину Б) Дефект инсулинового рецептора
В) Пострецепторный дефект транспортеров глюкозы
Г) Образование антител к инсулиновым рецепторам

Указать правильный ответ:

- А) Задержка темпов окостенения
Б) Остеопороз позвоночника
В) Признаки внутричерепной гипертензии (ВЧГ)
Г) Остеопороз длинных трубчатых костей
Д) Сколиоз

УСТАНОВИТЬ СООТВЕТСТВИЕ:

- 8) Заболевания
А) Метаболический синдром Б) Болезнь Иценко-Кушинга
В) Пубертатно-юношеский диспитуитаризм

Линии патогенеза

1. Гиперкортизолемиа
3) Внутричерепная гипертензия

Дополнить высказывание:

- 9) Основными маркерами дислипидемии является изменение соотношения _____
- 10) Показанием к назначению медикаментозной терапии (у взрослых пациентов) считается индекс массы тела более _____

Эталоны ответов

Нарушения роста

Заболевания надпочечников

№ задания	Ответы
1	А, Б, В, Г
2	Б, Д
3	А, Б, В, Г
4	А, Б, В
5	А, Б, В
6	А, Б, В
7	Хорионический соматотропин
8	Тиреоидные гормоны
9	Гормон роста
10	ИФР -1 типа
11	0,9
12	2
13	0,1
14	0,15
15	Дефицит гормона роста
16	Стимуляционные пробы
17	МРТ г.м.
18	Гормоном роста
19	А - 2, 4, 5 Б – 6, 9 В – 1,8 Г – 3,7
20	А – 3,4

№ задания	Ответы
1	Д
2	Б
3	А
4	Д
5	Б
6	Д
7	В
8	Б
9	А
10	В
11	В
12	Г
13	А – 2, 4, 6, 8, 11, 14, 16 Б – 1, 3, 9, 12, 13, 15 В – 1, 3, 5, 7, 10, 13, 15
14	ВДКН
15	Г
16	А, Б, В, Г
17	Г
18	Г
19	Г
20	А, Б, В

	Б – 1,4 В – 2,5
21	А – 1, 3, 4, 7 Б – 1,2,3,4
22	1, 2, 3, 4
23	1, 2, 3
24	1, 2, 3, 4
25	1, 2, 3

21	А, Б, В, Г
22	А, Б, В, Г
23	11- β гидроксилаза
24	А – 1, 2, 3, 4, 8, 9 Б – 5, 6, 7 В – 15, 16, 17, 18 Г – 9, 10, 11, 12, 13,14
25	А – 1, 4, 8, 9, 12 Б – 3, 5, 8, 11 В – 2, 7, 10, 13

Заболевания щитовидной железы

№ задания	Ответы	№ задания	Ответы
1	Г	21	Б, Г
2	А, Б, В	22	Б, Г
3	Г	23	А, Б, В, Г
4	А, Б, В, Г	24	А, Б, В
5	А, Б, В	25	А, Б, В, Г
6	А, В	26	А, Б, В, Г
7	А, В	27	А, Б, В
8	Г	28	Г
9	А, Б, В	29	Д
10	А, Б, В	30	Б
11	Г	31	Д
12	Г	32	А
13	А, В	33	Г
14	А, Б, В	34	В
15	А, Б, В	35	А – 5, 6; Б – 4, 5 В – 2, 6, 8; Г – 3, 4, 7 Д – 1, 5
16	Г	36	А – 2, 3, 4; Б – 6; В – 5; Г – 7; Д – 5; Е – 1
17	Г	37	А – 1, 7; Б – 5; В – 5; Г – 8; Д – 6; Е – 3
18	Б, Г	38	А – 2, 5, 6, 8 Б – 2, 4, 5, 8
19	Б, Г	39	А – 3; Б – 2; В – 3
20	Б, Г	40	А – 5, 7; Б – 2, 4 В – 1, 6; Г – 2, 5; Д – 1, 2

Ожирение

№ задания	Ответы
1	А, Б, В
2	А, Б, В, Г
3	А, Б, В, Г

4	А, Б, В, Г
5	А, Б, В, Г
6	А, Б, В, Г
7	Б, Г
8	А – 2; Б – 1; В – 3
9	ЛПВП и ЛПНП
10	Более 30 кг\м ²

2.2 Вопросы для самостоятельной подготовки ординаторов (вопросы для проведения зачета)

Примеры вопросов к зачету:

(УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11)

Организационные вопросы детской эндокринологии

1. Основы социальной гигиены и организация детской эндокринологической службы.
2. История развития эндокринологии детского возраста.
3. Современные задачи детской эндокринологии.
4. Организация работы детского эндокринолога на различных уровнях.
5. Эпидемиология эндокринных заболеваний у детей.
6. Управление эндокринологической службой.
7. Нормативные документы в работе врача - детского эндокринолога
8. Основы статистического анализа в эндокринологии.
9. Принципы планирования клинических исследований в эндокринологии.

Диагностика и лечение заболеваний островкового аппарата поджелудочной железы

1. Анатомо-физиологические и биохимические особенности поджелудочной железы.
2. Эндокринная функция островкового аппарата (инсулин, глюкагон, соматостатин),
3. Врожденный гиперинсулинизм
4. Гипогликемический синдром.
5. Сахарный диабет 1 типа.
6. Клинические проявления сахарного диабета.
7. Отдаленные осложнения сахарного диабета
8. Острые осложнения сахарного диабета.
9. Критерии постановки диагноза сахарного диабета.
10. Другие типы сахарного диабета: 2 тип, моногенные формы, индуцированные химикалиями.

Диагностика и лечение заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы, нарушений физического и полового развития

1. Анатомо-физиологические и биохимические особенности гипоталамо-гипофизарной системы.
2. Соматотропная недостаточность.
3. Несахарный диабет.
4. Болезнь Иценко-Кушинга.
5. Синдром гиперпролактинемии.
6. Центральные формы гипотиреоза. Гипоталамический синдром. Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона.
7. Гигантизм, акромегалия.
8. Анатомическая, гистологическая, функциональная характеристика полового развития в разных возрастных группах. Физиология половых желез. Биосинтез, секреция и метаболизм женских и мужских половых гормонов.
9. Задержка роста: Определение церебрально-гипофизарного нанизма, изолированного дефицита СТГ, синдрома Мэддока, синдрома «пустого турецкого седла».
10. Метаболический синдром.

14. Ожирение.
15. Преждевременное половое развитие..
16. Задержка полового развития.
17. Гипогонадизм.
18. Врожденные нарушения половой дифференцировки.

Диагностика и лечение заболеваний щитовидной железы и околощитовидных желез

1. Эмбриогенез щитовидной железы. Анатомическая, гистологическая и функциональная характеристика в возрастном аспекте.
2. Гормоны щитовидной железы. Механизм биосинтеза и секреции тиреоидных гормонов.
3. Общеклинические методы используемые для оценки функции щитовидной железы, гормональное исследование.
4. Йододефицитные заболевания.
5. Гипотиреоз.
6. Тиреотоксикоз.
7. Аутоиммунные тиреопатии.
8. Функциональное состояние щитовидной железы.
9. Объемные образования шеи у детей.
10. Узловой зоб. Тиреоидные опухоли.
11. Эмбриогенез околощитовидных желез, связь с другими эндокринными железами. Анатомическая, гистологическая и функциональная характеристика соответственно возрасту. Паратиреоидный гормон, механизм биосинтеза и секреции паратгормона. Биологические эффекты паратиреоидного гормона.
12. Методы исследования структуры и функции околощитовидных желез (биохимические методы, методы визуализации скелета и околощитовидных желез, функциональные тесты).
13. Гипопаратиреоз.
14. Гиперпаратиреоз.

Диагностика и лечение заболеваний надпочечников и других эндокринных нарушений

1. Анатомо-физиологические и биохимические особенности, физиология коры надпочечников.
2. Анатомическая, гистологическая и функциональная характеристика надпочечников в возрастном аспекте.
3. Гормоны надпочечников, их классификация. Биосинтез и секреция глюкокортикоидов, минералкортикоидов, андрогенов и катехоламинов. Механизмы их регуляции и биологические эффекты.
4. Методы исследования глюкокортикоидной, минералкортикоидной и андрогенной функции надпочечников.
5. Надпочечниковая недостаточность.
6. Врожденная дисфункция коры надпочечников.
7. Синдром Иценко-Кушинга.
8. Гиперальдостеронизм.
9. Феохромоцитома.
10. Опухоли коры надпочечников.
11. Синдром множественных эндокринных неоплазий
12. Аутоиммунный полигландулярный синдром.

Перечень вопросов к экзамену

(УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11)

1. Организация работы детского эндокринолога на различных уровнях.
2. Управление эндокринологической службой.
3. Нормативные документы в работе врача - детского эндокринолога
4. Эндокринная функция островкового аппарата (инсулин, глюкагон, соматостатин), регуляция синтеза и секреции гормонов островкового аппарата.

5. Врожденный гиперинсулинизм: классификация, эпидемиология, вопросы этиологии, патогенез, особенности клиники в зависимости от возраста, проблемы диагностики, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансерное наблюдение.
6. Стандарт оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе с гипогликемической комой.
7. Сахарный диабет 1 типа. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.
8. Критерии диагностики сахарного диабета и других нарушений гипергликемии.
9. Принципы и схемы интенсивной терапии диабетического кетоацидоза.
10. Принципы помповой инсулинотерапии.
11. Клинические проявления сахарного диабета (этапы развития, характерные признаки, изменения со стороны органов и систем).
12. Отдаленные осложнения сахарного диабета (поражения глаз, нефропатия, полинейропатия).
13. Острые осложнения сахарного диабета (диабетический кетоацидоз, гипергликемическая и гипогликемическая кома).
14. Другие типы сахарного диабета: 2 тип, моногенные формы.
15. Анатомо-физиологические особенности: различных отделов гипоталамо-гипофизарной системы (гипоталамус, аденогипофиз, нейрогипофиз).
16. Классификация гормонов аденогипофиза и нейрогипофиза.
17. Соматотропная недостаточность: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, современные принципы лечения, прогноз, диспансерное наблюдение.
18. Несахарный диабет. Дифференциальная диагностика, лечение.
19. Болезнь Иценко-Кушинга: эпидемиология, вопросы этиологии, патогенез нарушений, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.
20. Синдром гиперпролактинемии: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения, прогноз, диспансерное наблюдение.
21. Центральные формы гипотиреоза.
22. Гигантизм, акромегалия: эпидемиология, этиология, генетические факторы, патогенез, клинико-морфологическая характеристика, диагностика, дифференциальная диагностика, способы лечения, прогноз, диспансерное наблюдение.
23. Задержка роста у детей: дифференциальная диагностика, причины, тактика.
24. Метаболический синдром: Определение метаболического синдрома. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальный диагноз. Цели лечения (медикаментозная и немедикаментозная терапия).
25. Ожирение у детей. Классификация. Этиология. Принципы лечения.
26. Преждевременное половое развитие: Определение изо- и гетеросексуального преждевременного полового развития у девочек и мальчиков. Классификация преждевременного полового развития у мальчиков и девочек. Общие принципы диагностики и дифференциальной диагностики различных форм преждевременного полового развития. Лечение преждевременного полового развития.
27. Задержка полового развития: Определение задержки полового развития. Классификация: функциональная задержка периода полового созревания, гипо- и гипергонадотропный гипогонадизм. Этиология. Патогенез. Клиника. Общие принципы диагностики и дифференциальной диагностики различных форм задержки полового развития. Принципы лечения.
28. Гипогонадизм: Определение первичного (гипергонадотропного), вторичного и третичного (гипогонадотропного) гипогонадизма. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение, заместительная гормональная терапия. Прогноз.
29. Референсные интервалы ТТГ у детей. Принципы диагностики и лечения гипотиреоза.

30. Общеклинические методы используемые для оценки функции щитовидной железы, гормональное исследование. Методы исследования структуры щитовидной железы (специфические и неспецифические методы оценки функции щитовидной железы).
31. Йододефицитные заболевания: эпидемиология, этиология. Клинические проявления в зависимости от возраста. Диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение, принципы назначения тиреоидных препаратов. Профилактика.
32. Врожденный гипотиреоз. Классификация. Патогенез клинических проявлений. Основные синдромы. Диагностика. Принципы лечения. Профилактика.
33. Синдром тиреотоксикоза у детей: дифференциальная диагностика, терапевтическая тактика.
34. Клинические проявления сахарного диабета (этапы развития, характерные признаки, изменения со стороны органов и систем).
35. Аутоиммунные тиреопатии: Определение аутоиммунного тиреоидита. Этиология, роль наследственных факторов в развитии иммунных нарушений, провоцирующие факторы. Патогенез. Клиника. Варианты клинического течения.
36. Функциональное состояние щитовидной железы. Диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы терапии тиреоидными препаратами. Показания к хирургическому лечению. Первичная и вторичная профилактика, прогноз, диспансерное наблюдение.
37. Объемные образования шеи у детей: Эпидемиология, дифференциальная диагностика, терапевтическая тактика.
38. Узловой зоб: Определение, этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Алгоритм лечения узлового зоба, диспансерное наблюдение.
39. Тиреоидные опухоли. Этиопатогенетические факторы развития опухолей щитовидной железы. Классификация опухолей. Клиника. Алгоритм диагностики. Дифференциальный диагноз доброкачественных и злокачественных узловых образований щитовидной железы. Алгоритм лечения опухолей щитовидной железы. Прогноз.
40. Гипопаратиреоз: Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы лечения острых приступов и поддерживающая терапия.
41. Гиперпаратиреоз: Определение первичного, вторичного и третичного гиперпаратиреоза. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
42. Гормоны мозгового слоя коры надпочечников, их классификация. Биосинтез и секреция глюкокортикоидов, минералкортикоидов, андрогенов и катехоламинов. Механизмы их регуляции и биологические эффекты.
43. Методы исследования глюкокортикоидной, минералкортикоидной и андрогенной функции коры надпочечников. Методы исследования функции мозгового слоя надпочечников.
44. Надпочечниковая недостаточность: Определение. Этиология острой, первичной и вторичной хронической недостаточности коры надпочечников. Патогенез симптомов, обусловленных недостаточностью глюкокортикоидов и минералкортикоидов. Классификация. Клиника. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная терапия ОНН. Плановая заместительная терапия ХНН.
45. Стандарт оказания неотложной помощи больному с ВДКН.
46. Синдром Иценко-Кушинга: Определение, этиология, патогенез гормональных и метаболических нарушений. Клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение.
47. Гиперальдостеронизм: Определение первичного гиперальдостеронизма. Этиология первичного и вторичного гиперальдостеронизма. Классификация первичного гиперальдостеронизма. Патогенез. Клиника. Диагностика. Критерии первичного альдостеронизма. Дифференциальная диагностика различных нозологических форм первичного альдостеронизма. Лечение.

48. Феохромоцитома у детей. Клиника, диагностика, тактика ведения и лечения.
49. Опухоли коры надпочечников: Этиология. Классификация гормонально-активных и гормонально-неактивных опухолей. Патогенез метаболических нарушений. Основные клинические симптомы. Диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение (медикаментозная терапия и хирургическое лечение).
50. Синдром множественных эндокринных неоплазий: эпидемиология, этиопатогенетические закономерности развития, классификация. Синдром МЭН 1 типа: этиология, патоморфология, клиническая картина, диагностика, варианты лечения.
51. Синдром МЭН 2 типа: этиология, патогенез, классификация, патоморфология и клинические проявления в зависимости от подтипа (синдром Сиппла, синдром Горлина), способы лечения.
52. Аутоиммунный полигландулярный синдром: эпидемиология, классификация. АПС 1 типа (кардиополиэндокринный): этиология, генетические особенности, клиническая картина, патоморфология, диагностика и критерии постановки диагноза, лечение при поражении различных органов и систем. АПС 2 и 3 типа: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
53. Тесты для оценки функции гипофиза: оценка секреции соматотропного гормона, оценка секреции тиреотропного гормона, оценка секреции пролактина, оценка секреции ЛГ и ФСГ, оценка секреции АДГ
54. Тесты для оценки функции надпочечников: пробы с дексаметазоном, пробы с кортикотропин – рилизинг – гормоном, пробы с АКТГ.
55. Тесты для оценки функции β – клеток поджелудочной железы:
56. Проба с голоданием: методика проведения, мониторинг показателей, осложнения, оценка результатов. Оральный глюкозотолерантный тест: методика проведения, противопоказания для проведения, оценка результатов (гликемии и ИРИ).
57. Внутривенный глюкозотолерантный тест: методика проведения, показания для проведения, интерпретация результатов (гликемии и ИРИ).
58. Тесты для оценки функции половых желез. Проба с люлеберином: показания для проведения, методика проведения, оценка результатов. Проба с хорионическим гонадотропином: показания для проведения, методика проведения, оценка результатов.

3. Технологии и критерии оценивания

По окончании изучения дисциплины «Детская эндокринология» предусмотрен зачет, который проводится на последнем практическом занятии по результатам тестового контроля.

Цель промежуточной аттестации – оценить степень освоения ординаторами дисциплины «Детская эндокринология» в соответствии с требованиями ФГОС высшего образования по специальности 31.08.17 «Детская эндокринология».

Уровень сформированности компетенций подтверждается посредством демонстрации знаний, который ординатор приобретает в ходе изучения дисциплины «Детская эндокринология». Проверка знаний проводится на этапе тестирования по основным вопросам теоретического материала.

Критерии, характеризующие уровень сформированных компетенций по дисциплине «Детская эндокринология» - тестовый контроль предусматривает ответы на 100 вопросов по дисциплине. Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.

2. Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.

4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

Преподаватель при помощи тестов, решения ситуационных задач, опроса оценивает теоретическую подготовку ординатора. По практическим навыкам в 1, 2 семестрах сдается зачет с оценкой, в 3 семестре - экзамен, в 4 семестре - зачет без оценки.

Уровень сформированности компетенций оценивается на зачете посредством демонстрации ординатором клинических навыков использования методов обследования, диагностики и лечения «у постели больного».

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме экзамена. До экзамена допускаются ординаторы, полностью освоившие программу дисциплины, а также аттестованные по практическим навыкам.

Этапы проведения экзамена:

- 1) тестовый контроль;
- 2) оценка навыков и умений «у постели больного»;
- 3) разбор клинического случая на примере ситуационной задачи;

Критерии оценки этапа тестирования:

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

- Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о не-сформированности компетенций по дисциплине.
- Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.
- Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.
- Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

Критерии оценивания результатов тестирования на экзамене:

71-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично.

Критерии оценки этапа приема практических умений и навыков:

Отлично – проведен подробный расспрос больного или его родственников, определены все детали анамнеза болезни, анамнеза жизни, эпидемиологического, аллергологического анамнеза. Сделаны соответствующие выводы. Проведен осмотр по органам и системам: выделены главные симптомы. Определены ведущие синдромы основного, сопутствующего (при его наличии), фонового (при его наличии) заболевания. Интерпретированы результаты лабораторных анализов (при их наличии). Сформулирован клинический диагноз. Проведен дифференциальный диагноз (при необходимости). Определена тактика лечения, включая сроки изоляции больного, и ближайший прогноз. При общении с больным или его представителем проявляет толерантность к социальному, этническому статусу пациента, демонстрирует эмпатию.

Хорошо - то же самое, но при наличии замечаний, имеющих несущественный характер при сборе анамнеза и осмотре больного, Неполная формулировка клинического диагноза в части выделения сопутствующих или фоновых заболеваний, затруднение с определением ближайшего прогноза.

Удовлетворительно – имеются замечания по неполному анамнезу, нарушению методики осмотра больного, диагноз основного заболевания сформулирован с наводящими вопросами, но тактика его лечения и сроки изоляции определены правильно, не выделены сопутствующие и фоновые болезни, не определен прогноз.

Критерии оценки этапа разбора клинического случая на примере ситуационной задачи:

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующим классификациям, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план в зависимости от индивидуальных особенностей, устанавливает причинно- следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.