

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Калинин Р.Е.
Должность: Ректор
Дата подписания: 07.08.2026 11:36:57
Уникальный программный ключ:
40e1d729392b27c8c3c5e4145020da90ba799b43



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

УТВЕРЖДЕН
учёным советом
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
(протокол от 21.04.2026 N 9)

КОМПЛЕКТ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Детская эндокринология

**ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММА СПЕЦИАЛИТЕТА**

по специальности 31.05.02 Педиатрия
направленность (профиль): Педиатрия

Квалификация выпускника
Врач-педиатр

Форма обучения
очная

Разработчики: кафедра факультетской и поликлинической педиатрии

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность в Университете
Белых Наталья Анатольевна	д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой
Филимонова Алла Юрьевна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры

Рецензенты:

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность, организация
Дмитриев Андрей Владимирович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой детских болезней с курсом госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Елена Амишевна Смирнова	д.м.н., доцент	Зав. кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия
(протокол от 16.04.2026 N 9)

Одобрено учебно-методическим советом.
(протокол от 20.04.2026 N 5)

1. Паспорт комплекта оценочных материалов

1.1. Комплект оценочных материалов (далее – КОМ) предназначен для оценки планируемых результатов освоения рабочей программы дисциплины «Детская эндокринология»

1.2. КОМ включает задания для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации.

Общее количество заданий и распределение заданий по типам и компетенциям:

Код и наименование компетенции	Количество заданий закрытого типа	Количество заданий открытого типа
ОПК – 4 (ОПК - 4.1, ОПК- 4.2, ОПК – 4,3) Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	40	154
Итого	40	154

2 Задания всех типов, позволяющие осуществлять оценку всех компетенций, установленных рабочей программой дисциплины «Детская эндокринология»

Код и наименование компетенции	№ п/п	Задание с инструкцией										
ОПК – 4 (ОПК - 4.1, ОПК- 4.2, ОПК – 4,3) Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза		Задания закрытого типа										
	1.	Прочитайте текст и установите последовательность. Перечислите основные этапы обследования ребенка при подозрении на сахарный диабет: 1) определение уровня гликемии натощак, 2) сбор анамнеза, 3) определение глюкозурии, 4) определение суточного диуреза, 5) определение толерантности к глюкозе Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td><td>Д</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	А	Б	В	Г	Д					
	А	Б	В	Г	Д							
2.	Прочитайте текст и установите последовательность. Проведение стандартного глюкозотолерантного теста: 1) определение уровня гликемии натощак, 2) расчет нагрузки глюкозой, 3) подготовка ребенка за сутки, 4) определение гликемии через 2 часа, 5) определение уровня гликемии через 4-6 часов <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td><td>Д</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	А	Б	В	Г	Д						
А	Б	В	Г	Д								
3.	Прочитайте текст и установите последовательность. При подозрении на надпочечниковую недостаточность необходимо проанализировать следующие лабораторные показатели: 1) уровень ренина в плазме (активность ренина плазмы, АРП). 2) уровень кортизола в сыворотке (измеряется в 8.00 утра); 3) уровень АКТГ в плазме (измеряется в 8.00 утра); 4) уровень глюкозы в сыворотке; 5) уровень калия и натрия в сыворотке; Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td><td>Д</td></tr></table>	А	Б	В	Г	Д						
А	Б	В	Г	Д								

4.	Прочитайте текст и установите соответствие. К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:				
		Заболевание		Уровень глюкозы натощак	
	А	Сахарный диабет	1	2,0 ммоль/л	
	Б	Нарушение толерантности к глюкозе	2	5,0 ммоль/л,	
			3	7,0 ммоль/л	
			4	более 7,0 ммоль/л	
			5	более 11,0 ммоль/л	
	Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:				
		А	Б		
5.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие:				
		Заболевание		Уровень гормонов в крови	
	А	Первичный гипотиреоз	1	повышение уровня ТТГ, снижение уровня Т3, снижение уровня Т4	
	Б	вторичный гипотиреоз	2	снижение уровня ТТГ, повышение уровней Т3 и Т4	
			3	снижение уровней ТТГ, Т3 и Т4	
Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:					
	А	Б			
6.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие:				
		Заболевание		Причины	
	А	Первичный гипотиреоз	1	аплазия щитовидной железы, дефект ферментов, участвующих в синтезе тиреоидных гормонов	

Б	вторичный гипотиреоз	2	травма, опухоль шейного отдела позвоночника
		3	травмы головного мозга, нейроинфекция

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б

7

Прочитайте текст и установите соответствие.

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

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б

8

Прочитайте текст и установите соответствие.

	Заболевание		Препараты
А	Сахарный диабет 1 типа	1	актрапид, хоморап, хумулин Р
Б	Сахарный диабет 2 типа	2	липостабил, эссенциале.
		3	но-шпа, папаверин
		4	гуарем, глюренорм, сиофор

	Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: <table border="1"> <tr> <td>А</td> <td>Б</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	А	Б																						
А	Б																								
9	Прочитайте текст и установите соответствие. <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Заболевание</td> <td></td> <td>Препараты</td> </tr> <tr> <td>А</td> <td>диффузный токсический зоб 23степени</td> <td>1</td> <td>мерказолил, тироксин, обзидан</td> </tr> <tr> <td>Б</td> <td>гипотиреоз</td> <td>2</td> <td>преднизолон, кортинеф, тиреотропный гормон</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td>тироксин, препараты ноотропного ряда</td> </tr> </table> Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: <table border="1"> <tr> <td>А</td> <td>Б</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Заболевание		Препараты	А	диффузный токсический зоб 23степени	1	мерказолил, тироксин, обзидан	Б	гипотиреоз	2	преднизолон, кортинеф, тиреотропный гормон			3	тироксин, препараты ноотропного ряда	А	Б						
	Заболевание		Препараты																						
А	диффузный токсический зоб 23степени	1	мерказолил, тироксин, обзидан																						
Б	гипотиреоз	2	преднизолон, кортинеф, тиреотропный гормон																						
		3	тироксин, препараты ноотропного ряда																						
А	Б																								
10	Прочитайте текст и установите соответствие. <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Заболевание</td> <td></td> <td>Основные клинические симптомы</td> </tr> <tr> <td>А</td> <td>болезнь Иценко-Кушинга</td> <td>1</td> <td>перераспределение жира, задержка роста, гипертрихоз, артериальная гипертензия</td> </tr> <tr> <td>Б</td> <td>конституционально-экзогенное ожирение</td> <td>2</td> <td>замедление полового развития</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td>равномерное развитие подкожно-жиро вой клетчатки, стрии тонкие и розовые</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td>замедление костного возраста</td> </tr> </table> Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: <table border="1"> <tr> <td>А</td> <td>Б</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Заболевание		Основные клинические симптомы	А	болезнь Иценко-Кушинга	1	перераспределение жира, задержка роста, гипертрихоз, артериальная гипертензия	Б	конституционально-экзогенное ожирение	2	замедление полового развития			3	равномерное развитие подкожно-жиро вой клетчатки, стрии тонкие и розовые			4	замедление костного возраста	А	Б		
	Заболевание		Основные клинические симптомы																						
А	болезнь Иценко-Кушинга	1	перераспределение жира, задержка роста, гипертрихоз, артериальная гипертензия																						
Б	конституционально-экзогенное ожирение	2	замедление полового развития																						
		3	равномерное развитие подкожно-жиро вой клетчатки, стрии тонкие и розовые																						
		4	замедление костного возраста																						
А	Б																								
11	Прочитайте текст и установите соответствие.																								

			Заболевание		Лабораторные признаки				
		А	Гипогонадотропный гипогонадизм	1	высокий уровень гонадотропных гормонов и низкий уровень половых гормонов				
		Б	Гипергонадотропный гипогонадизм	2	низкий уровень гонадотропных гормонов и резко положительная проба с хорионическим гонадотропином				
				3	низкий уровень гонадотропных гормонов и низкий уровень половых гормонов				
				4	высокий уровень гонадотропных гормонов и нормальный уровень половых гормонов				
	Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:								
	<table><tr><td>А</td><td>Б</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					А	Б		
	А	Б							
	12	Прочитайте текст и установите соответствие.							
		Заболевание		Клинические симптомы					
А		Первичная надпочечниковая недостаточность	1	Гиперпигментация кожи на открытых участках тела (лицо, кисти рук), наружных половых органов, подмышечных.					
Б		Вторичный и третичный гипокортицизм	2	Гиперпигментация кожи на открытых участках тела (лицо, кисти рук), наружных половых органов, подмышечных. Повышенная потребность в соли.					
			3	Повышенная потребность в					

				соли, полидипсия, полиурия, полифагия																				
	Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: <table border="1"> <tr> <td>А</td> <td>Б</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>				А	Б																		
А	Б																							
13	Прочитайте текст и установите соответствие. <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Заболевание</td> <td></td> <td>Лабораторные критерии заболевания</td> </tr> <tr> <td>А</td> <td>Гипокортицизм</td> <td>1</td> <td>Базальный уровень кортизола в пределах 150—500 нмоль/л</td> </tr> <tr> <td>Б</td> <td>Норма</td> <td>2</td> <td>Базальный уровень кортизола > 500 нмоль/л</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Базальный уровень кортизола <150 нмоль/л, АКТГ > 150 пг/мл</td> </tr> </table> Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: <table border="1"> <tr> <td>А</td> <td>Б</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Заболевание		Лабораторные критерии заболевания	А	Гипокортицизм	1	Базальный уровень кортизола в пределах 150—500 нмоль/л	Б	Норма	2	Базальный уровень кортизола > 500 нмоль/л				Базальный уровень кортизола <150 нмоль/л, АКТГ > 150 пг/мл	А	Б		
	Заболевание		Лабораторные критерии заболевания																					
А	Гипокортицизм	1	Базальный уровень кортизола в пределах 150—500 нмоль/л																					
Б	Норма	2	Базальный уровень кортизола > 500 нмоль/л																					
			Базальный уровень кортизола <150 нмоль/л, АКТГ > 150 пг/мл																					
А	Б																							
14	Прочитайте текст и установите соответствие. <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Заболевание</td> <td></td> <td>Препарат</td> </tr> <tr> <td>А</td> <td>Гипокортицизм</td> <td>1</td> <td>Верошпирон, инсулин, растан</td> </tr> <tr> <td>Б</td> <td>Гипокортицизм</td> <td>2</td> <td>Кортефф, кортинефф</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td>Осилодростат, левокетоконазол</td> </tr> </table> Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: <table border="1"> <tr> <td>А</td> <td>Б</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Заболевание		Препарат	А	Гипокортицизм	1	Верошпирон, инсулин, растан	Б	Гипокортицизм	2	Кортефф, кортинефф			3	Осилодростат, левокетоконазол	А	Б		
	Заболевание		Препарат																					
А	Гипокортицизм	1	Верошпирон, инсулин, растан																					
Б	Гипокортицизм	2	Кортефф, кортинефф																					
		3	Осилодростат, левокетоконазол																					
А	Б																							
15	Прочитайте текст и установите соответствие. <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Заболевание</td> <td></td> <td>Причины</td> </tr> </table>					Заболевание		Причины																
	Заболевание		Причины																					

		А	Гипогликемическая кома	1	Отсутствие инсулинотерапии				
		Б	Гипергликемическая кома	2	передозировка инсулина, повышение чувствительности к инсулину, длительная физическая нагрузка				
		В		3	пропуск приема или недостаточное количество ХЕ, алкоголь, рвота, синдром мальабсорбции				
		Г		4	надпочечниковая или гипопитарная недостаточность;				
	Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:								
	<table border="1"> <tr> <td>А</td> <td>Б</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>					А	Б		
	А	Б							
	16	Прочитайте текст и установите соответствие.							
			Заболевание		Препараты для неотложной помощи				
А		Гипогликемическая кома	1	Изотонический раствор (0,9%) хлорида натрия в/в, инсулин в/м					
Б		Гипергликемическая кома	2	Введение глюкагона п/к, введение 5-10% р-ра глюкозы в/в капельно, введение 40% р-ра глюкозы в/в струйно					
Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:									
<table border="1"> <tr> <td>А</td> <td>Б</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>					А	Б			
А	Б								
17	Прочитайте текст и установите соответствие.								
		Заболевание		Проявления					

А	Гипотиреоз	1	похудание на фоне повышенного аппетита, потливость, тахикардия, нервозность, дрожание рук, общая и мышечная слабость, быстрая утомляемость
Б	Тиреотоксикоз	2	постоянное чувство зябкости, брадикардия, пониженное АД, сонливость, снижение памяти
		3	Запоры, ЖДА, задержка полового созревания

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б

18

Прочитайте текст и установите соответствие.

	Заболевание		Препарат
А	Гипотиреоз	1	Мерказолил
Б	Тиреотоксикоз	2	Левотироксинн
		3	Калия йодид
		4	Анаприлин

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б

19

Прочитайте текст и установите соответствие.

	Заболевание		Лабораторные признаки
А	Хронический аутоиммунный тиреоидит	1	Высокий уровень ТТГ, низкий уровень свТ ₄
Б	Болезнь Грейвса	2	Низкий уровень ТТГ, высокий уровень свТ ₄

		3	Высокие титры АТ-ТПО
		4	Высокие титры АТ-рТТГ

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б

20

Прочитайте текст и установите соответствие.

	Заболевание		Препарат
А	Острый тиреоидит	1	цефалоспорины III, IV
Б	Подострый тиреоидит	2	пенициллины, в т.ч. с ингибиторами β -лактамаз, макролиды
		3	НПВС

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б

1

Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных

С-пептид является:

А. Маркером сахарного диабета 2 типа

Б. Контринсулярным гормоном

В. Маркером компенсации сахарного диабета

Г. Показателем секреции инсулина

Д. Показателем активности воспалительного процесса

Запишите выбранный ответ - букву:

А	Б	В	Г
---	---	---	---

2

Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных

В основе сахарного диабета 1 типа лежит:

А. Гиперинсулинемия

Б. Повреждение бета-клеток, инсулинодефицит

		В. Пострецепторные нарушения Г. Инсулинорезистентность Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
3		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных К провоцирующим факторам развития гипогликемии относят все перечисленные, кроме: А. Физические нагрузки Б. Передозировка инсулина В. Недостаточное введение инсулина Г. Недостаточное содержание углеводов в пище Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
4		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных Для подтверждения диагноза сахарный диабет возможно использование следующих тестов за исключением: А. Определение глюкозы в случайной точке Б. Тест с 75 гр. глюкозы per os В. Определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) Г. Определение суточной глюкозурии Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
5		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных Нарушенная гликемия натощак регистрируется в том случае, если: А. Глюкоза капиллярной крови >5,6 ммоль/л Б. Глюкоза капиллярной крови >5,2 ммоль/л В. Глюкоза плазмы крови >7 ммоль/л, но <11 ммоль/л Г. Глюкоза плазмы крови >6,1 ммоль/л, но <7,0 ммоль/л Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
6		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных Укажите минимальное значение уровня глюкозы капиллярной крови, взятой в любое время суток, при котором диагноз СД не вызывает сомнений: А. 11,3 ммоль/л, Б. 6,7 ммоль/л,				

		В. 9,7 ммоль/л, Г. 15 ммоль/л Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
7		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных Какова энергетическая потребность у ребенка с СД 1 типа? <u>А. Не отличается от здоровых сверстников</u> Б. Больше по сравнению со сверстниками без сахарного диабета В. Меньше по сравнению со сверстниками без сахарного диабета Д. Зависит от компенсации сахарного диабета Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
8		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных Какие из нижеперечисленных результатов СГТТ с определением глюкозы в венозной плазме свидетельствуют о нарушенной толерантности к глюкозе? А. Натощак <6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки >7,8 ммоль/л, но <11,1ммоль/л Б. Натощак < 6,7 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки > 11,1 ммоль/л В. Натощак > 5,5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки < 7,8 ммоль/л Г. Натощак> 6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки>11,1 ммоль/л Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
9		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных Какой режим питания наиболее приемлемый для всех возрастных групп? А. Трехразовое и два перекуса Б. Трехразовое В. Сколько угодно, но контролировать уровень ГК Г. Вегетерианство Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
10		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных Проявление недостаточности тиреоидных гормонов: А. Отставание в росте				

		Б. Постоянные судороги В. Периодическая гипертермия Г. Беспокойство, возбуждение, тревога Д. Ускоренные темпы умственного развития Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
11		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных При первичном врожденном гипотиреозе изменяется уровень ТТГ и свободного Т4: А. ТТГ снижен, свТ4 снижен Б. ТТГ повышен, с Т4 снижен В. ТТГ снижен, свТ4 повышен Г. ТТГ повышен, свТ4 повышен Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
12		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных Какое наиболее характерное биохимическое изменение при гипотиреозе: А. снижение уровня натрия Б. повышение уровня холестерина В. повышение уровня глюкозы повышение Г. уровня щелочной фосфатазы Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
13		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение имеет место? А. гипопаратиреоз Б. тиреотоксический криз В. травма гортанных нервов Г. остаточные явления тиреотоксикоза Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
14		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных Вторичный гипотиреоз характеризуется:				

		А. Стойким повышением уровня ТТГ Б. Зобом В. Сниженным уровнем тиреоидных гормонов Г. Наличием увеличения уровня тироксин-связывающего глобулина Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
15		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных Маркером медуллярного рака щитовидной железы является: А. а-фетопротеин: Б. Кальцитонин В. Тиреоглобулин Г. Паратгормон Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
16		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных В основе патогенеза тиреотоксикоза при подостром тиреоидите лежит: А. Выработка тиреоидстимулирующих антител Б. Разрушение тиреоцитов и выход содержимого фолликулов в кровяное русло В. Компенсаторная гиперфункция щитовидной железы в ответ на воспалительные изменения Г. Гиперпродукция тиреоидных гормонов щитовидной железой Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
17		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных По результатам неонатального скрининга новорожденных на гипотиреоз вариантом нормы считаются результаты исследования (мкЕд/мл): А. ТТГ до 20 Б. ТТГ: 20-50 В. ТТГ: 150-200 Г. ТТГ: 100-150 Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г			
18		Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных				

	Вторичный гипотиреоз имеет показатели гормонального профиля: А. Повышение уровня ТТГ Б. Снижение уровня ТТГ В. Повышение уровня Т3, Т4 Г. Снижение уровня ТТГ, Т4 Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г		
19	Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных Соматотропную недостаточность можно исключить при уровне СТГ в сыворотке крови: А. 4 нг/мл; Б. 10 нг/мл; В. 7 нг/мл; Г. 2 нг/мл Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г		
20	Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных Длительность лечения гормоном роста в ростостимулирующей дозе: А. 1 год Б. до достижения предполагаемого конечного роста В. пожизненная терапия Г. до завершения пубертата Запишите выбранный ответ - букву: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr></table>	А	Б	В	Г
А	Б	В	Г		
Задания открытого типа					
1.	Перечислите виды СД1 типа, их краткая характеристика				
2.	Перечислите стадии СД 1 типа и их характеристики				
3.	Клинические проявления СД 1 типа у детей				
4.	Критерии установления диагноза сахарный диабет в соответствии с ISPAD, 2018 г.				
5	Цель и основные компоненты лечения детей и подростков с СД 1				
7	Перечислите основные принципы инсулинотерапии СД 1 типа у детей.				
8	Перечислите целевой уровень HbA1c и гликемии у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа (ISPAD 2018)				
8	Перечислите эффекты гормона роста				

9	Какие гормоны, кроме гормона роста, оказывают влияние на рост ребенка и каким образом?
10	Принципы терапии изолированного дефицита гормона роста
11	Противопоказания к заместительной терапии гормоном роста
12	Показания к завершению активной ростостимулирующей терапии
13	Принципы мониторинга детей и подростков, получающих лечение соматропином
14	Диетотерапия детей и подростков при СД 1.
15	Физическая активность детей и подростков с СД 1 типа
16	Диабетическая ретинопатия – понятие, стадии.
17	Диабетическая ретинопатия – диагностика, лечение, профилактика
18	Диабетическая нефропатия понятие, классификация
19	Диабетическая нефропатия. Диагностика, лечение, профилактика
20	Диабетическая нейропатия. Понятие, классификация
21	Диабетическая нейропатия. Диагностика
22	Мониторинг формирования макрососудистых осложнений сахарного диабета
23	Профилактика формирования макрососудистых осложнений сахарного диабета
24	Диабетический кетоацидоз. Понятие, клиника
25	Биохимические критерии диагностики ДКА:
26	Диабетический кетоацидоз. Цели лечения
27	Диабетический кетоацидоз. Принципы регидратации
28	Принципы инсулинотерапии при оказании неотложной помощи при ДКА
29	Мониторинг витальных функций при ДКА
30	Клиника, причины гипогликемических состояний.
31	Стадии гипогликемии
32	Неотложная помощь при тяжелой гипогликемии.
33	Наиболее часто встречающиеся причины низкорослости у детей
34	Какие хронические неэндокринные заболевания могут стать причиной низкорослости?
35	Какие эндокринные заболевания могут стать причиной низкорослости?
36	Соматотропная недостаточность у детей. Понятие, врожденные причины
37	Приобретенные причины соматотропной недостаточности у детей
38	Соматотропная недостаточность у детей. Клиника
39	Диагностика соматотропной недостаточности у детей. Этиология, клиника,
40	Наследственные синдромы, сочетающиеся с задержкой роста
41	Критерии установления диагноза ВДКН классических форм дефицита 21-гидроксилазы
42	Перечислите критерии установления диагноза неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы:

43	Генетические синдромы, сочетающиеся с сахарным диабетом в детской практике
44	Помповая инсулинотерапия. Понятие
45	Преимущества инсулиновых помп
46	Показания к использованию помповой терапии
47	Противопоказания для перевода на помповую инсулинотерапию
48	Условия прекращения помповой терапии:
49	Сахарный диабет 2 типа у детей. Понятие, патогенез
50	Сахарный диабет 2 типа у детей. Этиология, факторы риска
51	Клинические особенности течения СД 2 типа в детском и подростковом возрасте
52	Критерии установления диагноза СД 2 типа у детей при отсутствии клинических симптомов
53	Критерии установления диагноза СД 2 типа у детей. Клиника, диагностика
54	Целевые показатели терапии СД 2 типа
55	Принципы терапии СД 2 типа у детей
56	Инсулинотерапия СД2
57	Ожирение в детском возрасте. Этиология, классификация
58	Ожирение в детском возрасте. Диагностика. Принципы лечения.
59	Лабораторные и инструментальные диагностические исследования при ожирении у детей
60	Критерии диагностики дислипидемии
61	Инструментальные диагностические исследования
59	Ожирение в детском возрасте. Принципы лечения.
60	Физические нагрузки и профилактика «малоподвижного образа жизни» у детей с ожирением
61	Показания к хирургическому методу лечения ожирения
62	Понятие о йоддефицитных заболеваниях. Спектр ЙДЗ
62	Методы профилактики йоддефицитных заболеваний
63	Регуляция работы гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси
64	Рекомендованные ВОЗ (2007) уровни ежедневного потребления йода
65	Действие тиреоидных гормонов
66	Этиологическая классификация заболеваний ЩЖ
67	Гипотиреоз – понятие, классификация
68	Этиология первичного гипотиреоза
69	Этиология вторичного гипотиреоза
70	Клиника гипотиреоза

71	Основные симптомы тиреотоксикоза:
72	Показания для проведения УЗИ ЩЖ
73	Принципы консервативного лечения диффузного нетоксического зоба
74	Перечислите факторы риска возникновения злокачественного процесса в ЩЖ при наличии узлового образования
75	Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса). Понятие, этиология
76	Принципы медикаментозной терапии у детей с ДТЗ
77	Показания к оперативному лечению диффузного токсического зоба
78	Принципы терапии гипопаратиреоза
79	Врожденный гипотиреоз. Определение и и патогенез
80	Классификация врожденного гипотиреоза
81	Клинические проявления врожденного гипотиреоза
82	Какие изменения со стороны репродуктивной системы характерны для ВГ
83	Симптоматика ВГ у новорожденных и грудных детей:
84	Какая кратность гормонального обследования пациента с ВГ?
85	Принципы терапии ВГ
86	Критерии адекватности лечения ВГ:
87	Перечислите показания для определения уровня 17ОНР у детей с целью диагностики дефицита 21-гидроксилазы
88	Перечислите симптомы недостаточности глюкокортикоидов
89	Дайте характеристику Синдрома Ван-Вика-Громбаха
90	Перечислите клинические симптомы гипокальциемии
91	Критерии установления диагноза «Избыточная масса тела» и «Ожирение» в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
92	Перечислите критерии диагноза «Дислипидемия»
93	Перечислите основные принципы терапии ожирения у детей
94	Классификация сахарного диабета (ISPAD, 2018)
95	Критерии установления диагноза классических форм дефицита 21-гидроксилазы:
96	Критерии установления диагноза неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы:
97	Критерии установления диагноза гипертонической формы ВДКН вследствие дефицита 11β-гидроксилазы:
98	Протокол пробы с синактеном и трактовка результатов пробы
99	Принципы терапии ВДКН
100	Схема ведения пациентов с адреналовым кризом
101	Клиника гиперкортицизма
102	Диагностика гиперкортицизма

103	Перечислите наследственные причины первичной надпочечниковой недостаточности
104	Причины приобретенной надпочечниковой недостаточности
105	Какие жалобы пациента при надпочечниковой недостаточности?
106	Перечислите фенотипические особенности синдрома Шершевского-Тернара
107	Что такое «мини-пубертат»?
108	Укажите средние сроки старта пубертата в зависимости от пола
109	Клинические проявления преждевременного полового развития
110	Методика проведения и оценка результатов стимуляционной пробы с ГнРГ
111	Какие визуализирующие методы обследования применяются в диагностике ППР?
112	Что такое гипогонадизм?
113	Основные клинические проявления гипогонадизма
114	Клинические критерии начала пубертата
1	У больной Д., 16 лет (вес – 54 кг, рост – 166 см) 6 месяцев тому назад после психической травмы появилась жажда, частое и обильное мочеиспускание (выпивала по 4 л жидкости в сутки), начала быстро худеть. При обследовании в моче обнаружен сахар, ацетон (++) , в крови повышенный уровень глюкозы крови (21 ммоль/л). Назначен инсулин дробно, в 5 инъекциях. Самочувствие улучшилось. <i>Вопросы:</i> 1) Какие дополнительные исследования необходимо провести больной в первую очередь? 2) Какая ориентировочная доза инсулина и частота его введения?
2	Пациентка 14 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышенную раздражительность, беспокойный сон, неустойчивое настроение, выраженную потливость (особенно при волнении), похудание при сохранённом аппетите, сердцебиение, периодически жидкий стул. Перечисленные симптомы появились около 3 месяцев назад, по этому поводу не обследовалась и не лечилась. Девочка от 2-й нормально протекавшей беременности. Роды вторые, срочные. Масса тела при рождении – 3100 г, длина тела – 51 см. Ранний анамнез без особенностей. Мать и отец здоровы. При осмотре общее состояние средней степени тяжести, самочувствие нарушено. Рост – 157 см, масса тела – 40 кг. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы повышенной влажности, физиологической окраски, чистые. Отмечается повышенный блеск глаз, умеренный экзофтальм, гиперпигментация век, дрожание век при смыкании. Зев не гиперемирован. Щитовидная железа визуально увеличена (эффект «толстой шеи»), несколько уплотнена при пальпации, узлы не пальпируются. Обращает внимание тремор пальцев рук. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 140 ударов в минуту, АД – 140/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стадия полового развития по Таннер – В4Р4. Менархе в 13 лет. <i>Вопросы:</i> 1. Сформулируйте и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

		2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки. 3. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз. 4. Определите тактику лечения и обоснуйте ее.
3		При оформлении в дошкольное образовательное учреждение у Марины 3 лет выявлено отставание в физическом и умственном развитии. Семья переехала в район обслуживания детской поликлиники около месяца назад. При осмотре: рост – 78 см, масса тела – 15,3 кг. Мать отмечает, что девочка малоподвижна с первого года жизни, развивалась с отставанием от сверстников: сидит с 10 месяцев, ходит с 18 месяцев, начала говорить в 2 года. По предыдущему месту жительства врачи рассматривали все это как проявления рахита, от которого и лечили, но безуспешно. Девочка говорит вяло, словарный запас ограничен, голос низкий. В контакт вступает плохо, на вопросы отвечает с трудом, память слабая, узнает только членов семьи. Пропорции тела напоминают таковые у новорожденного. Голова относительно крупных размеров, запавшая и широкая переносица. Макроглоссия, постоянное слюнотечение. Кожа суховата, некоторая отечность без четкой локализации. Волосы тусклые, ломкие. Конечности холодные, шелушение локтей и коленей. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца чистые, приглушенные. Пульс 70 уд/минуту, удовлетворительного наполнения. АД – 75/50 мм рт. ст. Живот несколько увеличен в размерах, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул со склонностью к запорам. Анализ крови: эр. – $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв – 92 г/л, ЦП – 0,9, СОЭ – 12 мм/час, лейкоциты – $5,5 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 2%, п/яд. – 4%, с/яд. – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 5%, холестерин крови 12 ммоль/л. Анализ мочи: относительная плотность – 1014, сахара, белка нет, эпителий плоский – 3-4 в п/зр., лейкоциты – 1-2 в п/зр., эритроцитов нет. Тиреостат: ТТГ – 42 мкЕд/мл, свТ₄ – 3,1 мкЕд/мл. <i>Вопросы:</i> 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Какие дополнительные исследования надо назначить? 3. Перечислите основные клинические признаки данного заболевания. 4. Перечислите характерные лабораторные диагностические показатели данного заболевания. 5. Определите дальнейшую тактику ведения ребёнка.
3		Двенадцатилетний мальчик направлен к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением школьной успеваемости. Согласно записи педиатра, мальчик потерял в весе со времени своего предыдущего посещения 6 месяцами ранее около 2,5 кг. При осмотре: Рост - 150 см, М - 30 кг, астенического телосложения, кожные покровы теплые влажные. Тоны сердца ритмичные, громкие; систолический шум на верхушке, в точке Боткина. ЧСС - 110 ударов в минуту. АД - 130/50 мм рт.ст. Щитовидная железа заметна при осмотре, деформирует переднюю поверхность шеи. При пальпации: увеличены обе доли и перешеек, щитовидная железа диффузной мягко-эластичной консистенции. В позе Ромберга - мелкоамплитудный тремор пальцев рук. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Пубертатная формула: A0, P1, L0, F0, V0. <i>Вопросы:</i> 1. Наиболее вероятный диагноз?

		2. Перечислить типичные клинические и лабораторные признаки заболевания. 3. Составить план обследования. 4. Дифференциальный диагноз 5. Терапевтическая тактика
4		На профилактическом приеме у педиатра - девочка в возрасте 1 месяца. Мама жалоб не предъявляет. Ребенок родился на 41-й неделе гестации, Мр - 4000г, Рр - 50 см, роды физиологические. К груди приложена сразу. Находится на грудном вскармливании. Кратность кормления - 6 раз в сутки, в последнее время мама девочки отмечает вялость при сосании, ребенок быстро засыпает у груди. Со слов мамы, девочка всегда была спокойной, хорошо и много спит. Стул - 1 раз в сутки: кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Объективно: масса тела - 4600 г, рост - 52 см. Поза флексорная, на осмотр реагирует криком с низким тембром. Кожные покровы - чистые, суховатые с иктеричным оттенком. Стопы холодные. Отмечается пастозность лица. Сигмы: широкая седловидная переносица, гипертелоризм глаз, низкое расположение ушных раковин. Живот «распластанный», слабость пупочного кольца. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, ЧСС во сне - 100 уд/мин. Живот мягкий. Печень - на 3 см ниже края реберной дуги. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Щитовидная железа не пальпируется. <i>Вопросы:</i> 1. Предполагаемый диагноз 2. Перечислите возможные причины возникновения заболевания. 3. Составить план обследования. 4. Перечислить основные клинические проявления заболевания. 5. Тактика педиатра и эндокринолога.
5		Пациентка 17 лет обратилась к детскому эндокринологу в поликлинике с жалобами на нерегулярный менструальный цикл в течение последнего года (необильные менструации 1 раз в 3-4 месяца), отеки ног, рук, лица, сухость кожи, слабость, нарушение сна, эпизоды резкого жара и потливости, запоры. Нарушение менструального цикла у девочки отмечается в течение последнего года, в течение последних 6 месяцев отмечает постоянное ощущение усталости, заторможенности, сухости кожи и отеков рук, ног и лица. Анамнез жизни. Родилась от 1-й нормально протекавшей беременности, срочных, самостоятельных родов. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении 3350г, длина тела 51 см. ОРВИ – 1-2 раза в год. Аллергический анамнез не отягощен. Девочка наблюдается эндокринологом по поводу первичной надпочечниковой недостаточности с 12 лет. В настоящий момент получает терапию гидрокортизоном (кортеф) и флудрокортизоном (кортинефф). При обследовании при манифестации заболевания было выявлено повышение уровня антител к 21-гидроксилазе, что подтвердило аутоиммунный генез надпочечниковой недостаточности. Пациентке для исключения АПС 1 типа было проведено секвенирование гена AIRE – патологических изменений в гене не выявлено. Эпизодов криза надпочечниковой недостаточности за последний год не было. Семейный анамнез – у мамы девочки аутоиммунный тиреоидит с 30 лет, получает терапию левотиroxином.

	Объективно: Рост: 155 см, SDS роста: -0,19, вес - 61,0 кг, ИМТ - 24,5 кг/м². SDS ИМТ - 1.14. Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы чистые, сухие, шелушатся, без патологических высыпаний, пастозные. Очаг витилиго 1,5х1,5 см на животе, руках, бедрах. Слизистые обычной окраски, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. ЩЖ расположена типично, плотной консистенции, не увеличена, подвижна при глотании, наличие узловых образований пальпаторно не определяется. Сердечно-сосудистая система – ЧСС 65 уд/мин; АД – 90/60 мм.рт.ст.; тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется дизурических явлений нет, запоры (стул 1 раз в 4-5 дней). Таннер 5 (В 5, Р 5), менархе в 13 лет, до прошлого года менструальный цикл был регулярным, в течение последнего года менструации 1 раз в 3-4 месяца. <i>Результаты обследования:</i> ТТГ - 100 мМЕ/л (N – 0.43-4.2), свТ₄ – 7.1 пмоль/л (1 N –0.1-17.9), АТ к ТПО – 1000 МЕ/л (N – 0-10) ЛГ – 50.3 Ед/л (N – 1.09-9.2), ФСГ - 70.1 Ед/л (N – 0.61-16.3), эстрадиол – 55 Пг/мл (N – 91-861) Альдостерон – 130 нмоль/л (N – 77-630), калий - 4,5 ммоль/л (N – 3,5-5,4), натрий – 142 ммоль/л (N –135-145) Исследование гена AIRE - мутаций не выявлено. Исследование антител к 21-гидроксилазе – 100 Ед/мл (N – до 0,4 Ед/мл). <i>Вопросы:</i> 1. Какой диагноз можно предположить у пациентки? 2. Какая патология может развиваться у данной пациентки? 3. Ваша тактика по коррекции гипотиреоза? 4. Какой препарат является препаратом выбора для лечения первичной надпочечниковой недостаточности в детском возрасте?
6	У больной Д., 12 лет (вес – 48 кг, рост – 154 см) 8 месяцев тому назад после психической травмы появилась жажда, частое и обильное мочеиспускание (выпивала по 3,5 л жидкости в сутки), начала быстро худеть. При обследовании в моче обнаружен сахар, ацетон (+++), в крови повышенный уровень глюкозы крови (23 ммоль/л). Назначен инсулин дробно, в 5 инъекциях. Самочувствие улучшилось. <i>Вопросы:</i> 1) Какие дополнительные исследования необходимо провести больной в первую очередь? 2) Какой диетический стол должен быть рекомендован больной? 3) Какая ориентировочная доза инсулина и частота его введения?
3	Девочка 1 г. 10 мес., доставлена в ОРИТ ОДКБ из ЦРБ, куда была госпитализирована по поводу ОРВИ средней степени тяжести и кишечной дисфункции. За 7 дней пребывания в стационаре состояние ребенка ухудшилось: фебрильная лихорадка, резкая слабость, участилась рвота. Девочка жадно пьет, часто и обильно мочится, стул 1-2 раза в сутки, скудный с зеленью. Несмотря на постоянную регидратационную терапию, нарастают явления эксикоза. В день госпитализации выявлена гипергликемия натощак – 50,3 ммоль/л.

	При поступлении состояние расценено как прекоматозное, выраженный эксикоз. Сахар крови определен трижды: 68,3 - 69,7 - 70,1 ммоль/л. Концентрация натрия в плазме – 180 ммоль/л, осмолярность плазмы 500 ммоль/л, мочевины – 15,3 ммоль/л, холестерин 16 ммоль/л. Реакция на ацетон в моче сомнительная (±). <i>Вопросы:</i> 1) Ваш предварительный диагноз? 2) В каких неотложных мероприятиях нуждается ребенок? 3) Какова дальнейшая тактика ведения больного?
4	На приеме - больной диабетом 1 типа, 13 лет. Болен 4 года, находится на интенсифицированной инсулинотерапии (с самоконтролем). В субботу целый день катался на лыжах. В ночь на воскресенье - резкая слабость, чувство голода, обильное потоотделение, «озноб». Состояние улучшилось после приема глюкозы. Объективно: рост - 152 см, масса - 42 кг. Кожные покровы чистые теплые умеренно влажные. Температура нормальная. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 в мин. АД - 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Формула пубертата: A0, P2, L0, F0, V0. По данным недавней диспансеризации - гликемия - от 4,7 до 8,0 ммоль/л, аглюкозурия, гликированный гемоглобин (HbA1c - 7,0%), самочувствие хорошее. Находится на интенсифицированной инсулинотерапии (35 ед/сутки). <i>Вопросы:</i> 1) Причина ухудшения состояния? 2) Возможные пути профилактики такого состояния?
5	Больной, 12 лет, болен сахарным диабетом в течение 7 лет. Поступил в клинику с жалобами на ухудшение самочувствия, утомляемость, головные боли, учащение мочеиспусканий. Мальчик получает инсулин в суммарной дозе 20 ед/сут. Самоконтроль не проводится. Объективно: рост - 146 см, масса – 38 кг. Кожные покровы - чистые, бледные, суховатые. Подкожно-жировой слой развит умеренно. В местах инъекций инсулина (плечи, бедра) - уплотнение тканей (плюс ткань). Тоны сердца умеренно приглушены. АД - 120/75 мм рт.ст., ЧСС - 86 в мин. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень: на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Число мочеиспусканий - 8 раз в сутки. Гликемия натощак, перед едой - от 10,8 до 14,5 ммоль/л. Глюкозурия - 1,5-2%. Ацетон мочи - отрицательно. Клиренс эндогенного креатинина – 90 мл/мин. Тест на микроальбуминурию - 120 мг/сутки. <i>Вопросы:</i> 1) Сформулировать клинический диагноз. 2) Адекватна ли доза вводимого инсулина?
6	Алеша М., 9 лет. Поступил в отделение с жалобами на задержку роста. Из анамнеза известно, что ребенок от 1-ой беременности, протекавшей с нефропатией и анемией, срочных родов в тазовом предлежании. Родился с массой 3200 г, длиной 52 см, закричал сразу. Раннее развитие без особенностей. С 2,5 лет родители отметили замедление темпов роста до 3,0 см в год. Объективно: рост - 105,0 см., вес-16,0 кг. Правильного телосложения. Отмечается снижение тургора

	тканей, перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота, изменение структуры волос (сухие, тонкие). Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$/л, лейкоциты – $5,5 \times 10^9$/л; нейтрофилы: п/я – 1%, с/я – 52%; э – 1%, л – 41%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет. Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 55,0 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л. Вопросы: 1. Предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Лечение
7	Ребёнок К., 4 дня, от 1-й беременности, срочных родов, протекавших без особенностей. При рождении масса тела 3000 г, длина 51 см. При рождении было выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный гипертрофированный клитор, единое мочеполовое отверстие), гиперпигментация больших половых губ, сосков и белой линии живота. С 3-го дня после рождения состояние ребенка ухудшилось, кожные покровы стали бледными, с сероватым оттенком, их тургор и эластичность снижены. Развились мышечная гипотония и гипорефлексия. Сосет вяло, появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Стул жидкий, обычной окраски. Общий анализ крови: Hb – 115 г/л, эритроциты – $5,0 \times 10^{12}$/л, лейкоциты – $9,5 \times 10^9$/л; нейтрофилы: п/я – 2%, с/я – 50%; э – 2%, л – 38%, м – 8%, СОЭ – 15 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 55 г/л, холестерин – 4,7 ммоль/л, глюкоза – 2,8 ммоль/л, натрий – 125,0 ммоль/л, калий – 6,8 ммоль/л. Гормональный профиль: 17-ОНП – 10 нмоль/л (N=1,3-6,9); кортизол – 20 нмоль/л (N=270-770); АКТГ – 20 нмоль/л (N=2-11). Вопросы: 1. Предварительный диагноз. Обоснуйте. 2. Дополнительное обследование. Дифференциальный диагноз. 3. Лечение. Длительность и эффективности терапии
8.	Ребенок Г., 13 дней жизни. Девочка от 4-й беременности, протекавшей нормально, 3 оперативных родов на 41-й неделе. 1-я и 2-я беременность протекали без патологии, дети здоровы. 3-я беременность – медикаментозный аборт. Анамнез жизни: родился массой тела 4150 г, длиной - 51 см. При рождении отечное лицо, увеличенный язык, локализованные отеки в области тыльных поверхностей стоп и кистей. Отмечается длительная желтуха, вялое сосание, пупочная ранка не эпителизирована. В весе не прибавляет. За 6 месяцев до наступления настоящей беременности у матери выявлено увеличение щитовидной железы II степени, в связи с чем были назначены тиреоидные гормоны (L-тироксин 100 мкг/сут), но во время беременности мать гормоны не принимала.

	Неонатальный скрининг ТТГ - 74 мЕД/л. При плановом осмотре педиатром, в связи с плохой прибавкой в весе, а также с выраженным отеочным синдромом, направлена в стационар для дообследования. При поступлении: длина – 52 см, вес – 3900 гр. Состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония, двигательная активность снижена. Волосы редкие, сухие. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах («лягушачий» в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: Нb – 90 г/л, эритроциты – 4,6 x10¹²/л, лейкоциты – 8,9x10⁹ /л; п/я – 3%, с/я – 31%; э – 1%, л – 57%, м – 8%, СОЭ – 7 мм/час. Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, натрий – 137 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, общий белок – 60,5 г/л, холестерин – 8,2 ммоль/л, билирубин общ. – 7,0 мкмоль/л. Вопросы: 1. Предварительный диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. Дополнительное обследование. 4. Лечение. Длительность и контроль эффективности терапии
9	Девочка, 8 лет. После перенесенного ОРВИ девочка стала жаловаться на жажду, повышенный аппетит, похудание, учащенное мочеиспускание. За 5 дней до госпитализации состояние резко ухудшилось, появились боли в животе, рвота, сонливость, запах ацетона изо рта. Накануне госпитализации появилась одышка, многократная рвота с болями в животе, заторможенность. При поступлении состояние тяжелое: резкая слабость, при обращении отвечает на односложные вопросы. Кожные покровы сухие, тургор тканей снижен. Язык яркий, сухой. Ангулярный стоматит. Пародонтоз. Дыхание шумное. При аускультации жесткое дыхание. Тахикардия, тоны сердца глухие. АД 90/50 мм рт. ст. брюшная стенка напряжена. Живот при пальпации резко болезненный во всех отделах. Печень +6,0 см из-под края реберной дуги. Мочеиспускание частое. От рвотных масс резкий запах ацетона. Данные проведенного обследования: сахар крови 30 ммоль/л, сахар в моче (300 мл) 5%, ацетон +++++, КОС: pH 7.1, BE – (-20). Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Какие необходимы дополнительные обследования. 3. Основные принципы терапии
10	На приеме - больной с сахарным диабетом 1 типа, 13 лет. Болен 4 года, находится на интенсифицированной инсулинотерапии, самоконтроль проводится. В субботу целый день катался на велосипеде. В ночь на воскресенье - резкая слабость, чувство голода, обильное потоотделение, «озноб». Состояние улучшилось после приема глюкозы. Объективно: рост - 152 см, масса - 42 кг. Кожные покровы чистые теплые умеренно влажные. Температура нормальная. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 в мин. АД - 115/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. По данным недавней диспансеризации - гликемия - от 4,7 до 8,0 ммоль/л, агликозурия, гликированный гемоглобин (HbA1c) - 7,0%, самочувствие хорошее. Находится на

	интенсифицированной инсулинотерапии (аспарт+гларгин; 35 ед/сутки). Вопросы: 1. Причина ухудшения состояния. 2. Возможные пути профилактики подобных состояний
11	Мальчик 12 лет. Болен сахарным диабетом тип 1 около 10 месяцев. Последнее время находился на дозе инсулина 35 единиц в сутки. Состояние дома оставалось удовлетворительным. Глюкоза крови натощак на этой дозе 7-9 ммоль/л, в течение суток 4,5–11,0 ммоль/л, глюкозурия до 20 мг%. На 3-й день от начала острого респираторного заболевания температура тела утром 38,20 С. Введена прежняя доза инсулина. Самочувствие днем оставалось плохим – отмечалась сонливость, плохой аппетит (в течение всего дня мальчик ел очень мало). Ночью у ребенка появился тремор конечностей, резкая потливость. Вызвали скорую помощь. При осмотре врача скорой помощи - мальчик в сознании, бледен, резкая потливость, тризм челюстей, сухожильные рефлексы живые, периодические судорожные подёргивания отдельных мышечных групп, мимической мускулатуры. Пульс ритмичный, АД – 100/70 мм.рт.ст. Вопросы: 1. Предварительный диагноз. 2. Причины развития данного состояния. 3. Неотложные мероприятия
12	Ребенок П., 25 дней жизни. Ребенок от здоровых родителей, 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в I-триместре, роды на 39-й неделе. Масса тела при рождении 2900 г, длина 50 см. С 10 дня жизни отмечены проявления грибкового дерматита в паховой области, симптом «крахмальных пеленок». С 18 дня жизни – прогрессирующая потеря массы тела, снижение аппетита, немотивированная вялость, угнетение физиологических рефлексов. В возрасте 25 дней в крайне тяжелом состоянии ребенок был доставлен в отделение реанимации. При поступлении рН крови 6,8 (норма 7,36–7,42), ВЕ –24 мэкв/л, гликемия 25,8 ммоль/л, ацетонурия 7,8 ммоль/л. При осмотре обращали на себя внимание наличие умеренной сухости кожных покровов, незначительное снижение тургора тканей, увеличение размеров печени до +3 см из-под края реберной дуги. Общий анализ крови: Нв – 115 г/л, эритроциты – 5,4х10¹²/л, лейкоциты –11,2х10⁹ /л; п/я – 5%, с/я – 38%; э – 1%, л – 52%, м – 8%, СОЭ – 11 мм/час. Биохимический анализ крови: глюкоза – 21,8 ммоль/л, мочевины – 3,9 ммоль/л, натрий – 137 ммоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, общий белок – 60 г/л, холестерин – 2,20 ммоль/л, билирубин общ. – 7,9 мкмоль/л. HbA1c 9,5% (норма до 6%), С-пептид 0,44 нг/мл (норма 0,5–3,3 нг/мл). Генетическое обследование: выявлена активирующая мутация гена KCNJ11. Вопросы: 1. Предварительный диагноз. 2. Какой патогенез данной формы диабета? 3. Лечение
13	Мальчик, возраст 3 недели. Со слов мамы, в течение последней недели у ребёнка появились частые срыгивания после кормления, снижение аппетита, вялость. Стул участился до 8 раз в сутки, жидкий, обычной окраски. Накануне и в день поступления отмечалась рвота. Температура тела не повышалась. Потерял в весе 400 г. Ребенок от 1-й нормально

	протекавшей беременности, роды в срок, масса тела при рождении 3200 г, длина тела 48 см, закричал сразу. Выписан в обычные сроки. Вскармливание естественное, периодически ребёнок срыгивал, за первые 2 недели ребёнок прибавил 200 г. При поступлении масса тела 2700 г., длина 49 см. На осмотр реагирует вяло, крик слабый, «стонущий». Кожные покровы сухие, тургор и эластичность снижены, гиперпигментация в области наружных половых органов, по белой линии живота, в области ареол, крупных складок. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Пульс слабого наполнения. ЧСС – 180/мин. АД – 60/30 мм.рт.ст. ЧД – 65/мин. При аускультации дыхание ослаблено с обеих сторон, глухость тонов сердца. Живот запавший, печень на 3 см. ниже рёберного края, селезёнка не пальпируется. При обследовании по «Cito!» в анализе крови: калий - 5.8 ммоль/л (N=3.4-5.0), натрий - 120 ммоль/л (N=135-146), глюкоза - 2,4 ммоль/л (N=3.9-5.8), pH – 7,3, BE=–6 мэкв/л, pCO2 - 40 мм.рт.ст. При проведении УЗИ выявлено двустороннее увеличение надпочечников. Вопросы: 1. Предварительный диагноз. 2. Дополнительные исследования. 3. Неотложная терапия
14	Юра Ф., 11 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость. Ребенок от 2-ой беременности, 2-х срочных родов, протекавших без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см. Из анамнеза известно, избыточный вес с детства. Родители и родная сестра мальчика полные. В семье много употребляют сладкого, жирного, мучных изделий. Физическая активность низкая. При осмотре рост 142 см, масса тела 60 кг. ИМТ 29,7. Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы обычной окраски, чистые; подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди, животе и бедрах. Тоны сердца несколько приглушены, ЧСС - 95 уд/мин. Дыхание - 19 в 1 минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +1 см. Общий анализ крови: Hb – 130 г/л, эр – 3,9х10¹²/л, лейкоц. – 5,5х10⁹ /л; нейтрофилы: п/я – 1%, с/я – 52%; э – 5%, л – 37%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет. Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,5 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л. ЭКГ: горизонтальное положение ЭОС, синусовый ритм. УЗИ желудочно-кишечного тракта: размеры печени – увеличены; паренхима – подчеркнут рисунок внутривисцеральных желчных протоков; стенки желчного пузыря – утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое. Вопросы: 1. Предварительный диагноз. 2. План дополнительного обследования. 3. Основные принципы лечения
15	Девочка П., 28 дней жизни. Ребенок от третьей беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в первом и

	втором триместрах. При проведении УЗИ на 20 неделе беременности выявлено увеличение толщины воротникового пространства. Роды первые срочные, безводный промежуток 22 часа. Масса тела при рождении 3250 г, длина 52 см. В возрасте 27 дней, на фоне ОРВИ стали отмечаться приступы затрудненного дыхания на фоне кормления. Участковый педиатр диагностировала ларингоспазм. Во время осмотра оториноларинголога у девочки развился приступ клонико-тонических судорог. Ребенок был направлен в отделение реанимации, приступ купирован, девочку перевели в неврологическое отделение. При осмотре: Телосложение правильное, тургор тканей несколько снижен, кожа бледная, на лице и ногах – проявления дерматита. Щитовидная железа не увеличена. Тоны сердца звучные, пульс 92 уд/мин, дыхание пуэрильное. Живот вздут, печень у реберной дуги. Стул 3-4 раза в сутки кашицеобразный. Наружные половые органы сформированы правильно по женскому типу. Определяется симптом Хвостека III степени. Общий анализ крови: Hb – 123/л, эритроциты – $4,58 \times 10^{12}$/л, лейкоциты - $12,9 \times 10^9$ /л, п - 1%, с - 43%, э - 9%, б - 1%, м - 8%, л - 38%, СОЭ – 14 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,7 ммоль/л, мочевины – 3,9 ммоль/л, общий белок – 60 г/л, кальций общ. - 1,24 ммоль/л (норма 2,1-2,55 ммоль/л); кальций ион. - 0,59 ммоль/л (норма 1,05-1,35 ммоль/л); фосфор - 3,4 ммоль/л (норма 0,87-1,45 ммоль/л); щелочная фосфатаза - 196 ЕД/л (норма 350-673 ЕД/л); Паратгормон - 2,3 пг/мл (н 14,8-64 пг/мл). Вопросы: 1. Предварительный диагноз. 2. Принципы терапии. 3. Дифференциальная диагностика.
16	Наташа Г. 12 лет. Ребенок от 1-ой беременности, срочных родов, протекавших нормально. Раннее развитие без особенностей. Родители здоровы. После очередного обострения хронического тонзиллита состояние ребенка стало постепенно ухудшаться, появились раздражительность, плаксивость, потливость, быстрая утомляемость, сердцебиения. Несмотря на повышенный аппетит девочка похудела на 10 кг. При осмотре в поликлинике выявлена тахикардия до 100-110 уд. в мин., систолический шум на верхушке, температура 37 С0. Девочка направлена в стационар для обследования с диагнозом «Ревматизм». При поступлении: состояние средней тяжести. Правильного телосложения, рост 164 см, масса тела 48 кг. Отмечается повышенная потливость, тремор пальцев рук. Щитовидная железа при осмотре и пальпации диффузно увеличена - II степень. Умеренно выраженный экзофтальм, симптомы Дальримпля и Мёбиуса положительные, границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно систолический шум на верхушке. Пульс 110 в мин, АД 140/50 мм.рт.ст. Общий анализ крови: Hb – 120 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$/л, лейкоциты – $5,5 \times 10^9$ /л; н – 25%, э – 2%, л – 50%, м – 20%, тромбоциты – 140×10^9 /л, СОЭ – 10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – хорошая; удельный вес – 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет. Биохимический анализ крови: глюкоза – 6,2 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, кальций – 3 ммоль/л,

	общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 2,6 ммоль/л. ЭКГ: повышение амплитуды зубцов Р, R, неспецифические изменения зубца Т, синусовая тахикардия. Вопросы: 1. Предварительный диагноз. 2. Дополнительные исследования. 3. Основные принципы лечения
17	Девочка 6 лет 10 месяцев. Поступила в отделение эндокринологии после консультации гинеколога, к которому девочка была направлена в связи с появлением оволосения на лобке и увеличения клитора. Семья проживает в сельской местности. Мама – 30 лет, рост 165 см, Ме с 14 лет, жалоб нет. Папа – 30 лет, рост 165 см, здоров, жалоб нет. Сестра (2 месяца) - здорова. Ребёнок от 1-ой, нормально протекавшей беременности, роды в срок. При рождении длина тела 53 см, масса тела 3250 г. Раннее развитие без особенностей. Во время беременности при проведении УЗИ было выявлено «увеличение размеров наружных половых органов» (клитора?). После рождения нигде не обследовалась. Родители обратили внимание на заметное увеличение клитора, появление оволосения на лобке. Гинекологом направлены для обследования. При поступлении: состояние удовлетворительное. Телосложение маскулинное. Рост 135 см (на 9 -10 лет), масса тела 25 кг. Костный возраст на 13 лет. Незначительная гиперпигментация крупных складок, избыточное оволосение в области предплечий и голеней. Наружные половые органы: клитор 4 см с головкой и кавернозными телами, под ним раздельный вход в уретру и влагалище, большие половые губы пигментированы. По данным УЗИ: размеры матки и яичников соответствуют возрасту ребёнка; надпочечники увеличены в размерах. Биохимический анализ крови: натрий - 140 ммоль/л (N=135-146), калий - 4.2 ммоль/л (N=3.4- 5.0), глюкоза - 4.7 ммоль/л (N=3.9-5.8). Вопросы: 1. Предварительный диагноз. 2. Дополнительные исследования. 3. Лечение.
18	Девочка, 15 лет. Жалобы на низкий рост и задержку полового созревания. Ребенок от первых срочных родов с массой 2700 г, длиной 47см. Роды протекали без особенностей. При рождении: короткая шея, низкое расположение ушных раковин, лимфатический отек кистей и стоп. К груди приложена на 2-е сутки. На грудном вскармливании до года. В психомоторном развитии не отставала. При осмотре: вес 45 кг, рост - 127 см (-3SD от популяционной нормы). Антимонголоидный разрез глазных щелей, низкое расположение ушных раковин, короткая шея с крыловидными складками, низкий рост волос на шее, гипертелоризм сосков, клинодактилия, вальгусная деформация локтей. Телосложение пропорциональное. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Вторичные половые признаки отсутствуют. Пульс 76/мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Щитовидная железа не увеличена. При УЗИ органов малого таза: Яичники представлены соединительнотканными тяжами. Гормональный профиль:

	значительное повышение уровня ЛГ и ФСГ, уровень эстрадиола снижен. Вопросы: 1. Предварительный диагноз. 2. Дополнительное обследование. 3. Лечение
19	На профилактическом приеме у педиатра - девочка в возрасте 1 месяца, прибыли из другого региона. Мама жалоб не предъявляет. Ребенок родился на 41-й неделе гестации, Масса при рождении - 4000г, длина тела - 50 см, роды физиологические. К груди приложена сразу. В роддоме проводился неонатальный скрининг. Находится на грудном вскармливании. Кратность кормления - 6 раз в сутки, в последнее время мама девочки отмечает вялость при сосании, ребенок быстро засыпает у груди. Со слов мамы, девочка всегда была спокойной, хорошо и много спит. Стул - 1 раз в сутки: кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Объективно: масса - 4600 г, рост - 52 см. Поза флексорная, на осмотр реагирует криком с низким тембром. Кожные покровы - чистые, суховатые с иктеричным оттенком. Стопы холодные. Отмечается пастозность лица. Стигмы: широкая седловидная переносица, гипертелоризм глаз, низкое расположение ушных раковин. Живот «распластанный», слабость пупочного кольца. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, ЧСС во сне - 100 уд/мин. Живот мягкий. Печень - на 3 см ниже края реберной дуги. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Щитовидная железа не пальпируется. Вопросы: 1. Предполагаемый диагноз 2. Составить план обследования. 3. Тактика педиатра и эндокринолога.
20	Доношенному новорожденному в родильном доме взята кровь для неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз на 5 день жизни. По результатам исследования установлен уровень ТТГ – 35 мкЕд/мл. Вопросы: 1) Проводить ли повторное определение уровня ТТГ из того же образца крови? 2) Когда уведомлять поликлинику о необходимости взятия крови из вены для определения концентрации ТТГ и свТ4 в сыворотке крови? 3) Ваши действия при получении результатов ТТГ >20 мкЕд/мл и пониженного уровня свТ4 в сыворотке крови?
21	Больная Л., 16 лет, доставлена в стационар в бессознательном состоянии. Со слов сопровождающих больная страдает сахарным диабетом с 10-ти летнего возраста, постоянно получает инсулинотерапию (Протафан 8.00 – 16 ЕД, 17.00 – 8 ЕД, Актрапид 8.00 – 6 ЕД, 13.00 – 6 ЕД, 17.00 – 6 ЕД). Уровень гликемии 7,0 – 8,0 ммоль/л. Ухудшение общего самочувствия и потеря сознания произошли внезапно, во время урока физкультуры. Объективно: сознание отсутствует. Кожные покровы влажные. Мышечный тонус и сухожильные рефлексы повышены. Тризм жевательной мускулатуры. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. Пульс - 96 уд. в мин., АД - 100/55 мм рт ст. Дыхание частое, поверхностное, хрипов нет. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Данные лабораторного исследования: глюкоза крови – 2,7 ммоль/л, глюкоза мочи (-), ацетон (-).

	Вопросы: 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Проведите экстренные мероприятия. 3. Определите методы профилактики данного состояния.
22	Больной Р., 17 лет. Болен сахарным диабетом с 8 лет. Течение диабета лабильное, со склонностью к кетоацидозу. Постоянно находится на интенсифицированной инсулинотерапии, в настоящее время получает Протафан 12 ЕД перед завтраком и 8 ЕД перед ужином, Актрапид перед основными приемами пищи (завтрак, обед, ужин) 6/6/6 ЕД. В течение 5 лет отмечает снижение зрения, около года периодически появляются отеки нижних конечностей, повышение артериального давления. Объективно: рост – 1,70 м, масса тела – 74 кг. Кожные покровы бледные, пастозность лица, голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца смещена влево на 1 см от левой срединно-ключичной линии. При аускультации – тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 159/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Дополнительные исследования: общий анализ крови - эр.-4,0 x 10¹²/л, Нв-124 г/л, цв. пок. 0,93, L-6,8 x 10⁹/л, э-1%, п-3%, с-61%, л-30%, м-5%, СОЭ-16 мм/час. Общий анализ мочи – цвет с.- желт., реакция кислая, уд. вес 1030, белок 0,99 г/л, эпителий плоский 2 – 3 в п/з лейкоциты 3 – 4 в п/з эритроциты 1 – 3 в п/з, бактерии (+). Глюкоза крови натощак 14,0 ммоль/л. Суточный гликемический профиль 6.00 – 8,5 ммоль/л, 10.00 – 9,8 ммоль/л, 13.00 – 12,8 ммоль/л, 16.00 – 13,6 ммоль/л, 22.00 – 8,8 ммоль/л. Глюкоза мочи 16,8 ммоль/л. Общий белок – 62 г/л, остаточный азот – 24 ммоль/л, креатинин – 0,08 ммоль/л, мочевины – 6,4 ммоль/л, холестерин – 6,7 ммоль/л. Глазное дно: диски зр. нервов бледные, артерии сужены, вены расширены, микроаневризмы, точечные геморрагии. 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Определите индивидуальный уровень гликемического контроля. 3. Назовите основные клинические симптомы сосудистых осложнений. 4. Проведите коррекцию лечения с использованием аналогов инсулина ультракороткого и пролонгированного действия (Новорапид, Лантус).
23	Девочка 13 лет обратилась к невропатологу с жалобами на плаксивость, вспыльчивость, пониженную усидчивость, снижение успеваемости в школе, плохой сон. Такое состояние отмечено после ОРВИ и прогрессирует в течение 2-3 мес. За последние 2-3 мес., несмотря на хороший аппетит, похудела, у неё отмечается повышенная потливость, периодически возникает чувство жара. В последние недели появилась склонность к учащению стула до 2-3 раз в день. При осмотре обращает внимание быстрая и сбивчивая речь, суетливость движений, тремор рук в позе Ромберга, небольшое расширение глазных щелей, пигментация кожи верхних век. Пальпируется равномерно увеличенная (до 2 ст.) щитовидная железа без уплотнений и узлов. Пульс 120 уд/мин, единичные экстрасистолы, АД 125/40 мм.рт.ст. Тоны сердца громкие. Частое и неритмичное дыхание (до 36 в 1 мин). Перкуторных и аускультативных изменений в легких не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги. Менархе – в возрасте 12 лет, однако регулярный менструальный цикл не установился. В последние 2 мес. менструации отсутствуют. 1) О каком заболевании можно думать?

	2) Составьте план дополнительного обследования. 3) Какие лекарственные препараты показаны девочке?
24	Девочка 1 г. 10 мес., доставлена в ОРИТ ОДКБ из ЦРБ, куда была госпитализирована по поводу ОРВИ средней степени тяжести и кишечной дисфункции. За 7 дней пребывания в стационаре состояние ребенка ухудшилось: фебрильная лихорадка, резкая слабость, участилась рвота. Девочка жадно пьет, часто и обильно мочится, стул 1-2 раза в сутки, скудный с зеленью. Несмотря на постоянную регидратационную терапию, нарастают явления эксикоза. В день госпитализации выявлена гипергликемия натощак – 50,3 ммоль/л. При поступлении состояние расценено как прекоматозное, выраженный эксикоз. Сахар крови определен трижды: 68,3 - 69,7 - 70,1 ммоль/л. Концентрация натрия в плазме – 180 ммоль/л, осмолярность плазмы 500 ммоль/л, мочевины – 15,3 ммоль/л, холестерин 16 ммоль/л. Реакция на ацетон в моче сомнительная (±). 1) Ваш предварительный диагноз? 2) В каких неотложных мероприятиях нуждается ребенок? 3) Какова дальнейшая тактика ведения больного?
25	Мальчик 9 лет, поступил в отделение с жалобами на задержку роста. Родители с 3х-летнего возраста стали замечать отставание ребенка в росте, однако к специалистам не обращались. Только по настоянию школьного врача, решили провести детальное обследование мальчика. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией и анемией, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 51 см. Раннее развитие без особенностей. При осмотре: рост 110 см, вес 18 кг. Отмечается снижение тургора тканей, перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота, волосы сухие, тонкие. Ан. крови: Нб 130 г/л, эр. $4,2 \times 10^{12}$/л, лейкоц. $5,5 \times 10^9$/л; п/я 1%, с/я 52%; лимф. 41%, эоз. 1%, мон. 5%. СОЭ 4 мм/ч. Ан. мочи: цвет желтый, отн. плотн. 1019, реакция – кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон – отр. Глюкоза 3,0 ммоль/л, натрий 132,0 ммоль/л, калий 5 ммоль/л, общий белок 59,0 г/л, холестерин 7,6 ммоль/л. 1) Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз. 2) Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 3) Какими гормональными препаратами и в каких дозах проводится заместительная терапия? Какова длительность лечения.
26	Катя Г., 9 лет. Обратилась на прием с жалобами на слабость, похудание, чувство нехватки воздуха, сердцебиение, повышенную потливость, навязчивые движения, беспокойный сон. Жалобы появились 3 года назад, после ОРВИ. Осмотрена: ЛОР – хр. тонзиллит, окулист – расходящееся альтернирующее косоглазие, невролог - гиперкинетический синдром, кардиолог – тонзилогенная кардиопатия. При осмотре - возбудимость, плаксивость, мышечная дрожь, тремор век, рук, неустойчивость в позе Ромберга. Кожные покровы горячие на ощупь, диффузный гипергидроз, красный дермографизм, периорбитальный цианоз. Отмечается наличие положительных глазных симптомов: Мёбиуса, Кохера, Грефе. Со стороны сердечно-сосудистой системы - усиленный разлитой верхушечный толчок, расширение левой границы сердца, усиление сердечных тонов, наличие систолического шума, ЧСС -130 уд/мин, АД 120/40 мм рт. ст.

	Ан. крови: Нб 118г/л, эр. - $3,8 \times 10^{12}$/л, ЦП 0,85, Л - $9,0 \times 10^9$/л, п/я 3%, с/я 50%; лимф. 37%, эоз. 1%, мон. 9%. СОЭ 7 мм/ч. Глюкоза - 3,8ммоль/л, общ. белок 60,2г/л, холестерин 8,4 ммоль/л, билирубин общ. - 7,5 мкмоль/л. ТТГ – 0,14 мкЕд/мл, свТ4 – 70 нмоль/л. Ан. мочи: цвет желтый, реакция – кислая, отн. плотн. 1015, белок – нет, сахар – нет, ацетон – отр. 1) Ваш предварительный диагноз? 2) Какие дополнительные обследования необходимо провести? 3) Какие рекомендации дадите подростку?
27	Юра М., 10 лет, масса тела 30 кг. Болен сахарным диабетом 1 типа в течение 3-х лет. Получает инсулинотерапию в дозе 20 ЕД. При измерении глюкозы крови перед завтраком получен показатель 12 ммоль/л. 1) Соответствует ли рекомендованной суточная доза инсулина у мальчика? 2) Какова в данном случае тактика инсулинотерапии перед завтраком?
28	Таня К., 15 лет, имеет массу тела 45 кг, больна сахарным диабетом 1 типа в течение 5 лет. Получает инсулинотерапию комбинацией препаратов Левемир и НовоРапид в суточной дозе 60 ЕД. В течение последнего времени отмечаются колебания показателей глюкозы крови в течение суток от 15 до 3,3 ммоль/л. При последнем контроле гликемии перед обедом получен показатель глюкозы плазмы 4,2 ммоль/л. 1) Соответствует ли суточная доза инсулина у девочки по сравнению с рекомендованной для данного возраста? 2) Какова может быть тактика по коррекции рациона и инсулинотерапии в данном случае?
29	Катя, 6 лет, страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 3-х лет, получает 20 ЕД инсулина в сутки (Лантус+НовоРапид). Обычно перед обедом в 14 часов ребенку вводят 3 ЕД аналога инсулина ультракороткого действия НовоРапид. При этом ее обед обычно состоит из 4 ХЕ. Сегодня у подружки день рождения. Праздничный ужин начинается в 16 ч и девочка съест за праздничным столом 5 ХЕ. 1) Какой углеводный коэффициент у пациентки? 2) Какую дозу инсулин ультракороткого действия НовоРапид (ЕД) необходимо ввести перед праздничным обедом? 3) Можно ли изменить время обеда с 14 на 16 часов?
30	Костя м., 15 лет, болен сахарным диабетом 1 типа 3 года, получает инсулинотерапию. После ужина 2 часа играл в футбол. Пришел домой уставшим, сахар крови не измерил, сделал обычную дозу инсулина и лег спать. Утром родители никак не могли разбудить сына, измерили сахар крови, гликемия составила 1 ммоль/л. Испугавшись, родители вызвали «скорую помощь». 1) На основании представленных данных какое состояние, вероятнее всего, у Кости имеет место? 2) Какие неотложные мероприятия, которые должны провести родители до бригады «Скорой помощи»? 3) Дайте рекомендации родителям по профилактике данных состояний в дальнейшем.
31	Маша К., 10 лет, масса тела 30 кг, болеет сахарным диабетом 1 типа в течение 3 месяцев. Получает инсулинотерапию в дозе 20 ЕД (0,67 ЕД/кг): 8.00- 3 ЕД НовоРапид, 14.00-3 ЕД НовоРапид, 19.00 – 2 ЕД НовоРапид, 22.00 – 12 ЕД Лантус. Предъявляет жалобы на беспокойный сон, ночные кошмары, головную боль при пробуждении. При самоконтроле

		уровня глюкозы в крови: гликемия в 2.00 - 3,8 ммоль/л, в 8.00 – 18 ммоль. 1) На основании представленных данных какое состояние имеет место у ребенка? 2) Чем обусловлены вышеперечисленные жалобы и показатели гликемии? 3) Какое мероприятие необходимо провести в данный момент?
32		Коля М., 2 года, масса тела 14 кг, болен сахарным диабетом 1 год. Получает инсулинотерапию в суточной дозе 12 ЕД (0,86 ЕД/кг): 9.00 (перед завтраком) – 4 ЕД НовоРapid + 2 ЕД Левемир, 13.00 (перед обедом) – 2 ЕД Новорапид, 19.00 (перед ужином) – 2 ЕД НовоРapid, 21.00 (перед сном) – 2 ЕД Левемир. Со слов матери аппетит у ребенка повышен, при традиционном самоконтроле заболевания стойкая гипергликемия 20-25 ммоль/л, кетоновые тела в моче не определяются. При суточном мониторинге гликемии в один из дней в 10.00 зафиксирован сахар крови 2,5 ммоль/л, а в 11.00 – 22,3 ммоль/л. 1) На основании представленных данных какое состояние, вероятнее всего, имеет место у Коли? 2) Чем вероятнее всего обусловлена данная ситуация? 3) Какое мероприятие необходимо провести в данном случае?
33		Доноренному новорожденному в родильном доме взята кровь для неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз на 5 день жизни. По результатам исследования установлен уровень ТТГ – 35 мкЕд/мл. 1) Проводить ли повторное определение уровня ТТГ из того же образца крови? 2) Когда уведомлять поликлинику о необходимости взятия крови из вены для определения концентрации ТТГ и свТ4 в сыворотке крови? 3) Ваши действия при получении результатов ТТГ >20 мкЕд/мл и пониженного уровня свТ4 в сыворотке крови?
34		Новорожденный родился в срок (масса тела 3400 г, длина тела - 53 см) с гермафродитными гениталиями (3-я степень вирилизации – клитор гипертрофирован и сформирована его головка, сращение половых губ формирует уrogenитальный синус – единое мочепооловое отверстие у основания клитора), яички в паховой области не пальпируются. 1) Какой дифференциально-диагностический поиск надо проводить? 2) Какие препараты и на какой срок надо назначить ребенку? 3) Какие особенности течения этого заболевания.
35		Больная девочка 15 лет; заболевание выявлено при профилактическом осмотре. Родители с ожирением, родственники имеют ожирение как по линии отца, так и матери. С учетом ожирения было проведено исследование глюкозы крови, получены показатели гликемии – 6,8 ммоль/л натощак, в утренние часы. Подкожно-жировой слой перераспределен неравномерно, избыточное отложение жира в абдоминальной области. Кожные покровы изменены: стрии в области нижних отделов живота, в подколенной области. Рост – 160 см. вес – 82 кг. На коже в аксиллярных областях, шеи – проявление черного акантоза. АД=145/90 мм рт ст. 1) Ваш предварительный диагноз. 2) В каком обследовании нуждается больная? 3) Определите тактику лечения.
36		У больной Д., 16 лет (вес – 54 кг, рост – 166 см) 6 месяцев тому назад после психической травмы появилась жажда, частое и обильное мочеиспускание (выпивала по 4 л жидкости в сутки), начала быстро худеть.

	При обследовании в моче обнаружен сахар, ацетон (++), в крови повышенный уровень глюкозы крови (21 ммоль/л). Назначен инсулин дробно, в 5 инъекциях. Самочувствие улучшилось. 1) Какие дополнительные исследования необходимо провести больной в первую очередь? 2) Какой диетический стол должен быть рекомендован больной? 3) Какая ориентировочная доза инсулина и частота его введения?
37	Девочка 5 лет осмотрена педиатром впервые в связи с тем, что семья переехала на постоянное место жительства из другого района. При осмотре - рост ребенка 90 см, непропорциональное строение тела (короткие конечности при относительно длинном туловище, короткая шея, короткие пальцы рук), широкая переносица и узкие глазные щели с припухшими верхними веками. Кожа сухая, шершавая, холодная. Живот вздут, расхождение прямых мышц живота, расширенное пупочное кольцо. АД 90/50 мм.рт.ст. Тоны сердца умеренно приглушены, над верхушкой и в третьем межреберье выслушивается систолический шум функционального характера. Пульс 68 уд./мин. С раннего возраста страдает склонностью к запорам. Девочка мало говорит, фразы строит из одного-двух слов; не знает, сколько ей лет и как зовут маму. 1) Оцените состояние ребенка. Ваш предварительный диагноз? 2) Какие исследования необходимо провести в первую очередь? 3) Кто должен наблюдать и лечить такого ребенка?
38	Осмотрена девочка 2 лет 6 мес. выявлено увеличение грудных желез. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Девочка крупная, высокая. При рождении масса тела 3650, длина 53 см. Рост в 1 год – 77 см, в 2 г. – 92 см. за последние 6 мес. выросла на 6 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. во время обследования «костный возраст» соответствует 5 годам. 1) Чем объяснить необычное развитие девочки? 2) Составьте план дополнительного обследования.
39	Родители 14 летнего мальчика обеспокоены его низким ростом и отставанием в половом развитии. Из анамнеза известно, что он родился с массой 3 кг и длиной тела 50 см, рос и развивался нормально, постоянно отставая от сверстников в росте. При физикальном обследовании отклонений не обнаружено. Отношение длины верхней половины туловища к длине нижней составляет 0,98. Наибольшее оволосение подмышечной и лобковой областей. Отсутствует пигментация мошонки, яички – 4 см³, половой член длиной 6 см. 1) О каком состоянии можно думать? 2) Какие дополнительные обследования необходимо провести? 3) Назовите стадии полового созревания по Таннеру.
40	Мальчик 8 лет болен сахарным диабетом четыре года. Заболевание протекает тяжело. Несколько раз экстренно был госпитализирован по поводу кетоацидоза. Получает инсулин пролонгированного действия (2 инъекции в сутки). Систематический контроль за уровнем сахара в крови и моче отсутствует. Вечером ребенок вел себя довольно агрессивно, отказался от ужина. Ночью проснулся с чувством страха, беспокойства; замечен тремор рук, тризм челюстей, обильное потоотделение.

		1) Ваш предварительный диагноз? 2) Какова причина возникшего состояния? 3) В каких неотложных мероприятиях нуждается ребенок? 4) Какова дальнейшая тактика ведения больного?