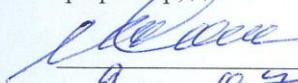


Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования  
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
**Кафедра педиатрии ИПО**

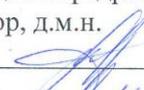
**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
основной профессиональной программы высшего образования  
по подготовке кадров высшей квалификации (ординатура)  
по специальности 31.08.17 «Детская эндокринология»**

**«СОГЛАСОВАНО»**

Директор ИПО, проректор по  
лечебной работе  
профессор, д.м.н.

  
А.Г. Сонин  
« 9 » 09 2015

Рабочая программа разработана  
сотрудниками кафедры педиатрии ИПО:  
профессором, д.м.н. Т.И. Кагановой,  
доцентом, к.м.н. Е.Г. Михайловой,  
доцентом, к.м.н. В.В. Бурмистровым,  
доцентом, к.м.н. Н.Б. Мигачевой.  
Программа рассмотрена и одобрена  
на заседании кафедры педиатрии ИПО  
(протокол № 11, «29» июня 2015 г.)  
Заведующая кафедрой педиатрии ИПО,  
профессор, д.м.н.

  
Т.И. Каганова  
« 30 » июня 2015

Самара  
2015

**Целью** государственной итоговой аттестации является установление уровня подготовки ординатора к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К аттестационным испытаниям, входящим в состав государственной итоговой аттестации, допускается лицо, успешно завершившее в полном объеме освоение основной образовательной программы по специальности 31.08.17 - «Детская эндокринология», разработанной высшим учебным заведением в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования.

### **Государственная итоговая аттестация - включает 3 этапа:**

- тестовый контроль, выполняемый письменно;
- зачет по практическим навыкам: курация пациента;
- собеседование по основным разделам **детской эндокринологии** и педиатрии с использованием экзаменационных билетов для государственной итоговой аттестации.

На заключительном этапе выпускник, освоивший программу ординатуры, должен:

**Знать:** Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения. Общие вопросы организации эндокринологической и педиатрической помощи в стране, организацию работы скорой и неотложной помощи. Анатомию, эмбриологию и физиологию детей разного возраста.

Основные вопросы этиологии и патогенеза эндокринных, соматических и инфекционных заболеваний. Клиническую симптоматику основных эндокринных заболеваний у детей разного возраста, их профилактику, диагностику и лечение. Общие и функциональные методы исследования, включая радиоизотопные и ультразвуковые методы, показания и противопоказания к рентгено-радиологическому обследованию больного ребенка. Основы фармакотерапии в детской эндокринологии.

Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Вопросы определения временной и стойкой нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы. Организацию и проведение диспансеризации детей с эндокринными заболеваниями. Вопросы организации медицинской службы гражданской обороны.

**Владеть:** методикой сбора информации об эндокринном заболевании, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки инфекционного и соматического заболевания, установить топический диагноз и синдром.

Оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры выведения его из этого состояния, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий.

Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации.

Провести дифференциальную диагностику основных эндокринных заболеваний, обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного.

Дать оценку течения эндокринного заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику. Определить программу реабилитационных мероприятий.

Оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению.

Должен дать правильную интерпретацию и диагностическую оценку результатов рентгенологического исследования ангиографии, КТ, МРТ, электроэнцефалографии, реоэнцефалографии, доплерографического исследования магистральных артерий, эхоэнцефалографии, электромиографии, УЗИ, а также картины глазного дна и исследования полей зрения. Проводить санитарно-просветительной работы по профилактике эндокринных заболеваний, в том числе и профессиональных, проводить пропаганду здорового образа жизни.

В ходе итоговых аттестационных испытаний, входящих в состав государственной итоговой аттестации, осуществляется проверка результатов освоения ординатором универсальных и профессиональных компетенций, предусмотренных требованиями ФГОС и освоенных им за период обучения в ординатуре.

### Объём и распределение учебной нагрузки

№	Наименование раздела	Трудоёмкость, зач. ед (часы)	В том числе		Форма контроля знаний
			Аудиторная работа	Самостоятельная работа	
1.	Тестовый контроль	1(36)	0,08(3)	0,92(33)	оценка
2.	Зачет по практическим навыкам	1 (36)	0,16(6)	0,84(30)	зачтено
3.	Собеседование	1(36)	0,03(1)	0,97(35)	оценка
<b>ИТОГО:</b>		<b>3 (108)</b>	<b>0,27(10)</b>	<b>2,73(98)</b>	

### Примеры оценочных средств: Тестовый контроль:

#### ВОПРОСЫ ПО ДЕТСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ

##### I. Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы.

01. В пубертате рост и дифференцировка костной ткани обусловлены влиянием:

- 1). Гормона роста
- 2). Тиреоидных гормонов.
- 3). Половых гормонов.
- 4). Пролактина.

02. Церебрально-гипофизарный нанизм необходимо дифференцировать с:

- 1). Конституциональной задержкой роста и полового развития.
- 2). Семейной низкорослостью.
- 3). Примордиальным нанизмом.
- 4). Хромосомными болезнями.

03. В комплексе лечения церебрально-гипофизарного нанизма используются:

- 1). Гормон роста.
- 2). Тиреоидные гормоны.
- 3). Хорионический гонадотропин.
- 4). Половые гормоны.
- 5). Антидиуретический гормон.

04. Дополнить высказывание:

Основным гормональным фактором, обеспечивающим рост ребенка в первые 3 года жизни являются \_\_\_\_\_

05. Дополнить высказывание:

Основным гормональным фактором, обеспечивающим рост ребенка с 3-х летнего возраста до периода полового созревания являются \_\_\_\_\_

06. Дополнить высказывание:

Окончательно поставить диагноз вторичного гипогонадизма у мальчика с гипофизарным

нанизмом можно при достижении им костного возраста \_\_\_\_\_

07. Дополнить высказывание:

Окончательно поставить диагноз вторичного гипогонадизма у девочки с гипофизарным нанизмом можно при достижении ей костного возраста \_\_\_\_\_

08. Дополнить высказывание:

Диагноз СТГ - недостаточности вероятен, если скорость роста менее \_\_\_\_ см/год.

09. Дополнить высказывание:

Диагноз соматотропной недостаточности вероятен, если SDS роста менее, чем минус \_\_\_\_\_

10. Установить соответствие:

Оценка секреции гомона роста	Стимулированный уровень СТГ
А). Нормальная секреция СТГ	1). 7-10 нг/мл
Б). Частичный дефицит СТГ	2). менее 7 нг/мл
В). Полный дефицит СТГ	3). более 10нг/мл

11. Установить соответствие:

Фармакологический тест	Наиболее распространенное осложнение
А). Проба с клофелином;	1). Тошнота/ рвота;
Б).Проба с инсулином;	2). Снижение артериального давления;
В). Проба с L-ДОПА	3). Гипогликемия

12. Установить соответствие:

Конституционная задержка роста	Диагностические критерии
А). Синдром позднего пубертата; Б). Семейная низкорослость.	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.

## II. Заболевания островкового аппарата поджелудочной железы

13. К клиническим типам сахарного диабета относится:

- 1). Сахарный диабет 1 типа.
- 2). Моногенный сахарный диабет.
- 3). Сахарный диабет 2 типа.
- 4). Субклинический сахарный диабет.
- 5). Гестационный сахарный диабет.

14. Согласно классификации ISPAD 2009 понятие "сахарный диабет" включает:

- 1). Сахарный диабет 1 типа и 2 типа
- 2). Гестационный диабет
- 3). Другие типы сахарного диабета.
- 4). Латентный сахарный диабет.

15. Патогенез гипергликемии при сахарном диабете обусловлен:

- 1). Снижением транспорта глюкозы в ткани
- 2). Усилением гликогенолиза
- 3). Увеличением глюконеогенеза
- 4). Усилением гликогенеза

16. Нарушение жирового обмена при сахарном диабете 1 типа характеризуется:

- 1). Гиперлипидемией
- 2). Жировой инфильтрацией печени
- 3). Гиперкетонемией и кетонурией
- 4). Дислипидемией.

17. В патогенезе нарушения белкового обмена при сахарном диабете имеет значение:

- 1). Усиление распада белков
- 2). Увеличение глюконеогенеза
- 3). Снижение синтеза белков
- 4). Активация липогенеза

18. Характерными клиническими симптомами декомпенсации сахарного диабета служат:

- 1). Полидипсия
- 2). Полифагия
- 3). Сухость кожи и слизистых
- 4). Снижение массы тела.

19. В патогенезе клинико-метаболических нарушений при сахарном диабете 1 типа имеет значение:

- 1). Дефицит инсулина
- 2). Недостаточность действия инсулина на периферии
- 3). Усиление глюконеогенеза
- 4). Гипоглюкагонемия

20. Диагностика сахарного диабета типа 1 в стадии манифестации основывается на выявлении:

- 1). Клинических признаков
- 2). Гипергликемии
- 3). Глюкозурии
- 4). Ацетонурии

21. Абсолютная недостаточность инсулина может развиваться при:

- 1). Опухолях поджелудочной железы
- 2). Остром панкреатите
- 3). Гемохроматозе.
- 4). Панкреатомии

22. Сахарный диабет 2 типа возникает чаще:

- 1). У детей
- 2). У лиц среднего возраста
- 3). У лиц молодого возраста
- 4). У лиц старше 60 лет

23. Содержание инсулина в плазме крови у больных сахарным диабетом 2 типа чаще:

- 1). Нормальное
- 2). Незначительная инсулинопения
- 3). Повышено
- 4). Не определяется

24. Патогенез гипергликемии при сахарном диабете 2 типа обусловлен:

- 1). Снижением чувствительности клеток к глюкозе
- 2). Уменьшением массы  $\beta$ -клеток поджелудочной железы
- 3). Снижением активности инсулина на периферии и в печени
- 4). Развитием инсулита

25. Лечение при сахарном диабете 1 типа включает:

- 1). Заместительную терапию инсулином
- 2). Диетотерапию и планирование питания
- 3). Режим дозируемых физических нагрузок
- 4). Обучение больного и самоконтроль заболевания

26. Понятие диетотерапия при сахарном диабете включает:

- 1). Назначение определенного калоража
- 2). Физиологическое соотношение белков, жиров и углеводов
- 3). Исключение или ограничение рафинированных углеводов
- 4). Исключение продуктов, содержащих тугоплавкие жиры и большое количество холестерина

27. Планирование питания при диабете заключается в:

- 1). Рациональном режиме приема пищи
- 2). Включение в план питания дополнительных перекусов
- 3). Эквивалентной замене продуктов питания.
- 4). Учете двигательного режима больного

28. Критериями компенсации сахарного диабета 1 типа у детей является:

- 1). Отсутствие жалоб и клинических проявлений сахарного диабета
- 2). Гликемия до еды 4,5 -8,3 ммоль/л, после еды 6,6 -- 10,0 ммоль/л
- 3). Редкие легкие гипогликемические состояния

29. Для декомпенсированного кетоацидоза характерны следующие клинические знаки:

- 1). Заторможенность
- 2). Тошнота, рвота
- 3). Сухость кожи и слизистых
- 4). Слабость.
- 5). Запах ацетона изо рта.
- 6). Двигательное возбуждение.
- 7). Усиленное потоотделение.

30. Характерные биохимические показатели крови при диабетической кетоацидотической коме:

- 1). Гипергликемия
- 2). Гиперкетонемия
- 3). Снижение pH
- 4). Гипокалиемия
- 5). Гипохлоремия.
- 6). Гипокальциемия.

31. Терапия диабетической кетоацидотической комы направлена на устранение:

- 1). Гипергликемии

- 2). Кетоацидоза
- 3). Дегидратации
- 4). Электролитных нарушений
- 5). Психоэмоциональных нарушений.

## ВОПРОСЫ ПО ДЕТСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

1. Укажите пищеварительные функции желчи
  - a. Нейтрализует соляную кислоту в ДК
  - b. Эмульгирует жир
  - c. Способствует всасыванию витаминов
  - d. Активирует липазу поджелудочного сока
  - e. Усиливает перистальтику кишечника
  - f. Способствует всасыванию углеводов
  - g. Расщепляет белки
2. К какой группе препаратов относится ранитидин
  - a. Адреномиметик
  - b. М-холиноблокатор
  - c. Симпатолитик
  - d. Блокатор гистаминовых H<sub>1</sub> рецепторов
  - e. Блокатор гистаминовых H<sub>2</sub> рецепторов
  - f. Блокатор протонного насоса
3. К какой группе препаратов относится омепразол
  - a. Адреноблокаторы
  - b. М-холиноблокаторы
  - c. Симпатолитики
  - d. Блокатор гистаминовых H<sub>1</sub> рецепторов
  - e. Блокатор гистаминовых H<sub>2</sub> рецепторов
  - f. Блокатор протонного насоса
4. Какие группы препаратов используются при лечении язвенной болезни
  - a. Адреномиметики
  - b. М-холиноблокаторы
  - c. Симпатолитики
  - d. Блокаторы гистамин. H<sub>1</sub> рецепторов
  - e. Блокаторы гистамин. H<sub>2</sub> рецепторов
  - f. Блокаторы протонного насоса
  - g. Гастропротекторы
  - h. Антацидные средства
5. Какой из препаратов реже других вызывает формирование эрозивного гастрита
  - a. Анальгин
  - b. Индометацин
  - c. Резерпин
  - d. Салицилаты
  - e. Бутадион
6. Какой из перечисленных факторов не относится прямо к формированию язвенной болезни ДК
  - a. Гиперсекреция соляной кислоты
  - b. Дуоденит

- c. Заболевания ЖВП
- d. Хеликобактерная инфекция
- e. Курение

7. Особенностью диетотерапии при целиакии является исключение

- a. Хлеба
- b. Молока
- c. Риса
- d. Пшеницы
- e. Кукурузы
- f. Ржаной муки
- g. Жира

8. Какие из перечисленных антацидных средств

- a. Гидрокарбонат натрия
- b. Карбонат кальция
- c. Альмагель
- d. Окись магния

Могут при применении привести к развитию перечисленных состояний:

- 1. Запор
- 2. Алкалоз
- 3. Послабляющий эффект.

9. Для диагностики каких из перечисленных состояний:

- 1. ДЖВП
- 2. Холедохолитиаз
- 3. Конкременты желчного пузыря

Предпочтительны следующие методы исследования:

- a. УЗИ
- b. Пероральная холецистография
- c. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- d. Внутривенная холеграфия

10. К снижающим секрецию соляной кислоты препаратам относятся:

- a. Альмагель
- b. Гастроцепин
- c. Ранитидин
- d. Сукральфат

11. Ребенок 3-х месяцев недостаточно прибавляет в массе. Какое клиническое проявление, имеющееся у него, послужило основным критерием для постановки диагноза гипотрофии 2 степени?

- a. Бледность
- b. Сниженный аппетит
- c. Отсутствие подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях
- d. Дефицит массы тела более 15%
- e. Частое срыгивание

12. Четырехмесячный ребенок находится на искусственном вскармливании из-за отсутствия у матери молока. Известно, что мать и бабушка ребенка не переносят молокопродукты. Что можно использовать для кормления ребенка.

- a. Смеси на основе гидролизованного белка
- b. Коровье молоко. Козье молоко
- c. Адаптированные смеси
- d. Соевые смеси

13. При каком заболевании наблюдается плоская сахарная кривая после нагрузки лактозой?

- a. Непереносимость белка коровьего молока
- b. Дисахаридазная недостаточность
- c. Муковисцидоз
- d. Целиакия

14. Укажите наиболее частую причину возникновения болей в животе у детей школьного возраста.

- a. Энтеробиоз
- b. Эзофагит
- c. Гастродуоденит
- d. Проктосигмоидит
- e. Дисбактериоз кишечника

15. Какая причина является наиболее частой в появлении крови в стуле у детей?

- a. Постинфекционный колит
- b. Анальные трещины
- c. Геморрагический васкулит
- d. Болезнь Крона
- e. Меккелев дивертикул

16. Какой из методов физиотерапевтического воздействия показан при утрате рефлекса на дефекацию?

- a. Электрофорез
- b. Контактное тепло
- c. Кишечный душ с минеральной водой

17. При какой патологии обязательно возникает бродильная диспепсия?

- a. Паразитарные инфекции
- b. Лактазная недостаточность
- c. Холецистит
- d. Острый гастрит
- e. Ни при одной из перечисленных

18. При хроническом гастрите боли в животе, как правило бывают

- a. Ночные
- b. Поздние
- c. Ранние
- d. Не связаны с приемом пищи

19. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки боли в животе, как правило, бывают

- a. После еды
- b. Не связанные с приемом пищи
- c. В начале приема пищи
- d. Тошачковые и ночные

20. Клиническими признаками желудочно-кишечного кровотечения являются

- a. Кинжальные боли в животе
- b. Выраженный метеоризм
- c. Рвота «кофейной гущей»
- d. Сухость во рту
- e. Дегтеобразный стул
- f. Опоясывающие боли в животе
- g. Слабость

21. Характерными клиническими симптомами острого холецистита являются
- a. Боли в околопупочной области, жидкий стул, метеоризм
  - b. Боли в правом подреберье, симптомы токсикоза, тошнота, рвота
  - c. Боли в эпигастрии, тошнота, изжога
  - d. Опоясывающие боли, повторная рвота
22. Симптомами, специфичными для острого панкреатита являются
- a. Высокая температура
  - b. Боли в левом подреберье и/или опоясывающие
  - c. Рвота
  - d. Пятнисто-папулезная сыпь
  - e. Коллаптоидное состояние
23. Важнейшими признаками целиакии являются
- a. Потеря массы
  - b. Запор
  - c. Гемоколит
  - d. Полифекалия
24. Наиболее информативными методами диагностики неспецифического язвенного колита являются
- a. Колоноскопия
  - b. Ультразвуковое исследование
  - c. Морфологическое исследование биоптатов
  - d. Коагулограмма
25. Синдром холестаза проявляется
- a. Повышением уровня свободного билирубина
  - b. Повышением уровня связанного билирубина
  - c. Увеличением уровня щелочной фосфатазы
  - d. Повышение уровня трансаминаз
26. Ведущим клиническим синдромом энтерита является
- a. Болевой
  - b. Мальабсорбции
  - c. Запор
  - d. Воспалительный
27. Осложнениями язвенной болезни являются
- a. Кровотечение
  - b. Деформация
  - c. Анемия
  - d. Перфорация
  - e. Пенетрация
  - f. Эрозии
28. Перечислите симптомы, относящиеся к синдрому диспепсии:
- a. Чувство переполнения в эпигастрии

- b. Отрыжка
- c. Тошнота
- d. Изжога
- e. Быстрое насыщение
- f. Метеоризм

## ВОПРОСЫ ПО НЕФРОЛОГИИ

1. Все положения касающиеся нефротического синдрома у ребенка с отеками, верны, за исключением следующего:
  - а) ребенка следует энергично лечить диуретиками и ограничить прием жидкости;
  - б) у ребенка высок риск бактериальной инфекции;
  - в) у ребенка может быть снижен ОЦК, несмотря на повышенное содержания воды;
  - г) выраженность отеков обычно находится в обратной зависимости от концентрации белков
2. Какие из перечисленных признаков не используются для оценки функции почечных канальцев?
  - а) способность почек снижать рН мочи;
  - б) способность почек выводить воду;
  - в) клиренс эндогенного креатинина;
  - г) наличие в моче аминокислот;
  - д) канальцевая реабсорбция фосфатов.
3. УЗИ почек может дать полную информацию при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
  - а) опухоли Вильмса;
  - б) почечной недостаточности при остром канальцевом некрозе;
  - в) поликистоз почек;
  - г) обструкции лоханочно-мочеточникового соустья;
  - д) нефрокальциноз.
4. Общий анализ мочи может дать полную информацию обо всех приведенных ниже параметрах почек, кроме:
  - а) задержка фосфатов почками;
  - б) почечной потери белка;
  - в) концентрационной способности почек;
  - г) возможной инфекции мочевых путей;
  - д) возможного гломерулонефрита.
5. Подберите наиболее соответствующие лабораторные данные при гемолитико-уремическом синдроме:
  - а) гипокомплементемия;
  - б) антигенемия при хроническом гепатите В;
  - в) микроангиопатическая анемия и тромбоцитопения;
  - г) пузырно-мочеточниковый рефлюкс;
  - д) повышение уровня тироксина и ТТГ.
6. Подберите наиболее соответствующие лабораторные данные при постстрептококковом гломерулонефрите:
  - а) гипокомплементемия;
  - б) антигенемия при хроническом гепатите В;
  - в) микроангиопатическая анемия и тромбоцитопения;
  - г) пузырно-мочеточниковый рефлюкс;
  - д) повышение уровня тироксина и ТТГ.
7. Подберите наиболее соответствующие лабораторные данные при рецидивирующем

пиелонефрите:

- а) гипоккомплементемия;
- б) антигенемия при хроническом гепатите В;
- в) микроангиопатическая анемия и тромбоцитопения;
- г) пузырно- мочеточниковый рефлюкс;
- д) повышение уровня тироксина и ТТГ.

### **Зачет по практическим навыкам:**

#### **Курация пациента: пример:**

1. Сбор жалоб и анамнеза
2. Исследование общего состояния больного
3. Исследование неврологического статуса
4. Топический диагноз
5. Оценка данных дополнительных методов исследования
6. Дифференциальный диагноз
7. Клинический диагноз
8. Тактика лечения и дальнейшего ведения пациента

## Экзаменационный билет (собеседование, пример):

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института профессионального образования  
Государственного бюджетного образовательного  
Учреждения высшего профессионального образования  
«Самарский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
проректор по лечебной работе, д. м. н., профессор  
\_\_\_\_\_ А. Г. Сонис  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

### Билет № 1

1. Методы обследования в эндокринологии. Методика пальпации щитовидной железы. Оценка ее размеров.
2. Врожденная дисфункция коры надпочечников: этиология, патогенез, клиника, лечение вирильной формы.
3. Социализация и реабилитация детей и подростков с сахарным диабетом.

### Задача № 1

Девочка К, 13 лет 1 мес. обратилась с жалобами на задержку роста. Из анамнеза: в возрасте 3 лет оперирована по поводу ВПС – ДМЖП, а также наблюдается урологом с полным удвоением правой почки. При осмотре рост девочки 134 см, вес 40 кг, отмечаются особенности физического развития: короткая шея, низкий рост волос на шее, широко расставленные соски грудной клетки и незначительная вальгусная деформация локтевых суставов. Щитовидная железа пальпаторно увеличена до 2 степени по ВОЗ, плотно-эластичная, неоднородная. Половое развитие Ма0АхоPu0Mensabs.

Семейный анамнез: рост матери - 159 см, рост отца – 176 см., здоровы.

Дополнительные обследования:



1. Рентгенография кистей рук –
2. УЗИ щитовидной железы: общий объем 13,9 см<sup>3</sup>, структура неоднородная с участками повышенной и пониженной эхогенности, кровоток при ЦДК – усилен.
3. ТТГ – 7,8 мкМЕ/мл (норма 0,6-3,4), Т<sub>4</sub> общий – 61 нг/л (норма 60 -150)

Вопросы:

1. Предполагаемые основной и сопутствующие диагнозы?
2. Какое дополнительное обследование и консультация какого специалиста помогут поставить верный диагноз?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
5. Рассчитайте генетический рост ребенка.
6. Ваши предложения по лечению ребенка, нуждается ли ребенок в гормональной терапии?

Зав. кафедрой педиатрии ИПО  
д.м.н., профессор

Т.И. Каганова



## **Критерии оценки этапов Государственной итоговой аттестации ординаторов по дисциплине 31.08.17 - «Детская эндокринология»**

в соответствии с Положением о проведении текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся  
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (пункт 4.3)

### **Тестовый контроль:**

- «Отлично» - 90 % и выше правильных ответов;
- «Хорошо» - от 80 до 89 % правильных ответов;
- «Удовлетворительно» - от 70 до 79% правильных ответов;
- «Неудовлетворительно» - ниже 70% правильных ответов;

### **Зачет по практическим навыкам:**

- Зачтено – 70% и выше правильной комплексной оценки всех данных по исследуемому пациенту;
- Не зачтено - меньше 70% правильной комплексной оценки всех данных по исследуемому пациенту;

### **Собеседование:**

«Отлично» - выпускник, освоивший программу ординатуры:

- глубоко и прочно усвоил программный материал;
- исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно его излагает;
- в ответе тесно увязывается теория с практикой;
- не затрудняется с ответом при видоизменении задания;
- показывает знакомство с монографической литературой;
- правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения работ.

«Хорошо» - выпускник, освоивший программу ординатуры:

- твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его в объеме учебника;
- не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос;
- правильно применяет теоретические положения по решению практических вопросов, задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

«Удовлетворительно» - выпускник, освоивший программу ординатуры:

- знает только основной материал, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки;
- нарушения последовательности изложения программного материала и испытывает трудности в решении практических задач.

«Неудовлетворительно» - выпускник, освоивший программу ординатуры:

- не знает значительной части программного материала;
- допускает существенные ошибки в ответах на вопросы и задачи.