Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 15.07.2024 09:24:53
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a29[illegible]

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

УТВЕРЖДЕНО
Директор института терапии и ИД
_____ В.А. Невзорова
«10» 06 2024 г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Б1.В.ДЭ.01.02 Детская эндокринология

основной образовательной программы высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности
31.08.53 Эндокринология

Направление подготовки (специальность)	31.08.53 Эндокринология
Сфера профессиональной деятельности	02_Здравоохранение (эндокринология)
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

Институт терапии и инструментальной диагностики

Владивосток - 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 31.08.53 Эндокринология, направленности 02 Здравоохранение (в сфере эндокринологии), в сфере профессиональной деятельности 02.028 «Врачебная практика врача эндокринолога» профессиональных (ПК) компетенций

https://tgmu.ru/sveden/files/ziv/31.08.53_Endokrinologiya.pdf

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции	Индикаторы достижения компетенции
Профессиональные компетенции		
Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза	ПК-1 Готовность осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у законных представителей детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями	ИДК.ПК-1_1- Интерпретирует и анализирует результаты осмотра и обследования детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи ИДК.ПК-1_2- Оценивает анатомо-функциональное состояние органов и систем в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях у детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями ИДК.ПК-1_3- Интерпретирует и анализирует информацию, полученную от законных представителей детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями
	ПК-2 Готовность обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с эндокринными заболеваниями и проводить дифференциальную диагностику болезней эндокринного профиля, используя алгоритм постановки диагноза	ИДК.ПК-2_1- Интерпретирует и анализирует результаты инструментального обследования детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи ИДК.ПК-2_2- Анализирует результаты лабораторных исследований детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи ИДК.ПК-2_3- Интерпретирует и анализирует результаты осмотра врачами-специалистами детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства*
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
2	Промежуточная аттестация	Ситуационные задачи

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль и промежуточная аттестация осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме тестового контроля, решения ситуационных задач:

Оценочное средство 1:

3.1 Тестовые задания

Тестовый контроль

	код	текст компетенции/название трудовой функции/название трудового действия/текст тестового задания
С	**31.08.53**	**Эндокринология**
К	**ПК-1**	Готовность осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у законных представителей детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями
К	**ПК-2**	Готовность обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с эндокринными заболеваниями и проводить дифференциальную диагностику болезней эндокринного профиля, используя алгоритм постановки диагноза
Ф	А. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология	
ТД	**А/01.8**	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза
ТД	**А/02.8**	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)**
		НОРМАЛЬНЫЙ РОСТ ПРИ РОЖДЕНИИ, ЗАДЕРЖКА РОСТА С 2-4 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА, ТЕМПЫ РОСТА МЕНЕЕ 4 СМ В ГОД, ДЕФИЦИТ РОСТА БОЛЕЕ 3 SD, ОТСТАВАНИЕ КОСТНОГО ВОЗРАСТА ОТ ПАСПОРТНОГО НА 3-4 ГОДА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ: *соматотропной недостаточности

	ахондроплазии гипохондроплазии семейной низкорослости
2	МАЛЬЧИК 12,5 ЛЕТ. ЖАЛОБЫ НА НИЗКОРОСЛОСТЬ, ОЖИРЕНИЕ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НА 10 ЛЕТ, ЛУНООБРАЗНОЕ ЛИЦО, РУБЕОЗ ЩЕК, СУХОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, АД 130/80 мм. рт. ст. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра): *болезнь Иценко-Кушинга врожденный гипотиреоз гипоталамический синдром церебрально-гипофизарный нанизм
3	ЗАДЕРЖКУ РОСТА, ОБУСЛОВЛЕННУЮ ДЕФИЦИТОМ ГОРМОНА РОСТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЮТ: *в 2-4 года на 1-ом году жизни в 5-6 лет в 7-8 лет
4	МАЛЬЧИК 2,5 ЛЕТ ИМЕЕТ ЗАДЕРЖКУ РОСТА (- 3,0 SD). ТЕМПЫ РОСТА 2,5 СМ/ГОД. РОСТ ПАПЫ-175 СМ, МАМЫ-165 СМ. УРОВЕНЬ ТТГ-1,5 МЕ/МЛ, КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ НА 1,5 ГОДА. ВАШ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ: *гипофизарный нанизм, соматотропная недостаточность семейная низкорослость конституциональная задержка роста врожденный гипотиреоз
5	САМЫЙ РАННИЙ СИМПТОМ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА У МАЛЕНЬКИХ ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ: *энурезом полидипсией анурией никтурией
6	У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТМЕЧАЮТ: *ускорение костного возраста по отношению к паспортному отставание костного возраста по отношению к паспортному неравномерную оссификацию эпифизарный дисгенез
7	ДЛЯ МАЛЬЧИКОВ С АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ *преждевременное половое развитие интерсексуальное строение гениталий задержка костного возраста высокий рост
8	ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ВЫЯВЛЯЮТ: *гиперкалиемию, гипонатриемию, снижение уровня кортизола повышение уровня кортизола, гиперглкемию гиперхлоремию, гипернатриемию гипогликемию, гипокалиемию

9	КЛИНИКА ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ: *боли в животе, жидкий стул тетанию боли в животе, запоры снижение температуры тела
10	КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ТИРЕОИДНЫХ И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА У ДЕТЕЙ: *Т4 – снижен; ТТГ – повышен Т4 – снижен; ТТГ – в норме Т4 – снижен; ТТГ – снижен Т4 – в норме; ТТГ – повышен
11	ЗАДЕРЖКА РОСТА, СНИЖЕНИЕ ПАМЯТИ, ЗАПОР, БРАДИКАРДИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ *гипотиреоза диффузного токсического зоба сахарного диабета феохромоцитомы
12	С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ * левотироксина в заместительной дозе левотироксина в супрессивной дозе калия иодида в терапевтической дозе калия иодида в профилактической дозе
13	ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРИРОДА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ: * антигенов HLA DR-3, DR-4 антител к ISA антител к GAD антител к IAA
14	К ПРОЯВЛЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ОТНОСЯТ: * слабость, жажду, полиурию прибавку массы тела боли в мышцах зуд кожи
15	НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ КРИТЕРИЕМ СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ: * гликолизированный гемоглобин с-пептид средняя суточная гликемия уровень контринсулярных гормонов в крови
16	ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1ТИПА ХАРАКТЕРНО: * острое начало заболевания выявление инсулинорезистентности снижение потребности в инсулине при травме отсутствием склонности к кетоацидозу
17	ПОЯВЛЕНИЕ У ЮНОШИ 17 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЖАЖДЫ, ПОЛИУРИИ, ОБЩЕЙ СЛАБОСТИ, ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ ДО 16 ММОЛЬ/Л, НАЛИЧИЯ АЦЕТОНА В МОЧЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

	* сахарном диабете 1 типа сахарном диабете 2 типа сахарном диабете вследствие болезни экзокринной части поджелудочной железы MODY-диабете
18	КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ТИРЕОИДНЫХ И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МАНИФЕСТНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА? * Т3 – повышен; Т4 – повышен; ТТГ – снижен Т3 – в норме; Т4 –в норме; ТТГ – снижен Т3 –повышен; Т4 – в норме; ТТГ – в норме Т3 – в норме; Т4 – снижен; ТТГ – повышен
19	ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА: * тремор рук и век, потливость, снижение веса, сердцебиение утолщение пальцев рук, увеличение нижней челюсти, увеличение размера стопы; гиперемию лица, истончение кожи, отложение жира в области живота, багровые стрии; сухость кожи, выпадение волос, снижение температуры тела
	ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ДВА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТА)
20	ДИАГНОСТИРОВАТЬ СИНДРОМ ПОЗДНЕГО ПУБЕРТАТА МОЖНО НА ОСНОВАНИИ: *пубертатного повышения уровня ЛГ на фоне пробы с люлиберином пубертатного повышения уровня ФСГ на фоне пробы с люлиберином пубертатного уровня ЛГ в сыворотке крови в ночные часы *объема яичек более 4 мл
21	ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА ШЕРШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА ЯВЛЯЮТСЯ: *замещение гонад соединительнотканными тяжами нормальная матка *уменьшение нормальная матка окклюзия почечных артерий
22	РАННИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ЯВЛЯЮТСЯ: *недоразвитость половых органов, *бесплодие *высокорослость пропорциональное телосложение
23	КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ИНСУЛИНА ПРИ ПОДКОЖНОМ ВВЕДЕНИИ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ? *НовоРапид *Хумалог Актрапид Инсуман Рапид
24	НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ СРЕДСТВОМ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ: *инсулиновая помпа внутривенное введение инсулина *шприц-ручка

	инсулиновый шприц
25	ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С САХАРНЫ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ВКЛЮЧАЕТ: *планирование питания *назначение инсулинотерапии *обучение самоконтролю *физическую нагрузку
26	ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРКОРТИЦИЗМЕ ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ СЛЕДУЮЩИЙ: *АКТГ повышен АКТГ снижен *кортизол снижен Кортизол повышен
27	ЭЛЕКТРОЛИТЫ КРОВИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ВДКН У ДЕТЕЙ: *содержание натрия снижено содержание калия снижено содержание натрия повышено *содержание калия повышено
28	ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ПЛОДА НЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ГИПОТИРЕОЗА У МАТЕРИ: *врожденные пороки развития *дисгенезия щитовидной железы плода *фетальный зоб *врожденный гипотиреоз
	ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 3 УРОВНЯ (ЗАДАНИЯ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ)
29	Категория населения — Физиологическая потребность в йоде (ВОЗ) 1. Новорожденные — А) 250 мкг/сут 2. Дети младшего возраста — Б) 150 мкг/сут 3. Подростки и взрослые — В) 90 мкг/сут 4. Беременные и кормящие — Г) 200 мкг/кг Ответ: 1- В; 2- Б; 3- Г; 4- А
30	Заболевание — Клинический признак 1. Болезнь Грейвса — А) сухость кожных покровов 2. Гипотиреоз — Б) боли в области щитовидной железы 3. Подострый тиреоидит — В) диффузный гипергидроз 4. Аутоиммунный тиреоидит — Г) лихорадка 5. Острый тиреоидит — Д) слабость Ответ: 1-В; 2-А; 3-Б; 4- Г

Ситуационная задача

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	**31.08.53**	**Специальность «Эндокринология»**
К	**ПК-1**	Готовность осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у законных представителей детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями

К	**ПК-2**	Готовность обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с эндокринными заболеваниями и проводить дифференциальную диагностику болезней эндокринного профиля, используя алгоритм постановки диагноза
Ф	А. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология	
ТД	**А/01.8**	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза
ТД	**А/02.8**	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		На приеме девушка 17 лет, которая предъявляет жалобы на постоянную нервозность, слабость, сердцебиение, которые усилились, в последние несколько дней появился тремор рук. Также она отмечает трудности с концентрацией внимания, раздражительность. Симптомы нарастали в течение последних 3 месяцев, отмечает снижение массы тела примерно на 2 кг за это время, в течение последнего месяца присоединилась бессонница, в связи с чем она решила обратиться к врачу. Менструации отсутствуют в течение 2 месяцев, до этого были регулярными. Страдает хроническим тонзиллитом, лечения не проводит. Пациентка курит, редко употребляет алкогольные напитки в небольших количествах. Во время опроса пациентка возбуждена и подвижна. При обследовании рост 172 см, масса тела 52 кг, кожа горячая и влажная, температура тела 36,9°С. Кожные покровы обычной окраски, горячие наощупь, влажные. Границы относительной тупости сердца не изменены, тоны ясные, громкие, ритмичные, ЧСС – 112 в минуту, АД – 140/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезёнка не пальпируются. Кожа голеней уплотнена, гиперемирована с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, однако отмечается тремор кистей. Имеет место двухсторонний экзофтальм и отставание верхнего века при взгляде вниз. При пальпации шеи определяется симметрично увеличенная щитовидная железа, эластичной консистенции, безболезненная
В	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз
В	2	Перечислите факторы возникновения данного заболевания
В	3	Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для подтверждения диагноза
В	4	Сформулируйте принципы лечения данной пациентки
В	5	Составьте план реабилитационных мероприятий и профилактики осложнений

Оценочный лист к ситуационной задаче

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	**31.08.53**	**Специальность «Эндокринология»**
К	**ПК-1**	Готовность осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у законных представителей детей и подростков, пациентов с андрогенными заболеваниями
К	**ПК-2**	Готовность обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с эндокринными заболеваниями и проводить дифференциальную диагностику болезней эндокринного профиля, используя алгоритм постановки диагноза
Ф	А. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология	
ТД	**A/01.8**	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы с целью установления диагноза
ТД	**A/02.8**	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		На приеме девушка 17 лет, которая предъявляет жалобы на постоянную нервозность, слабость, сердцебиение, которые усилились, в последние несколько дней появился тремор рук. Также она отмечает трудности с концентрацией внимания, раздражительность. Симптомы нарастали в течение последних 3 месяцев, отмечает снижение массы тела примерно на 2 кг за это время, в течение последнего месяца присоединилась бессонница, в связи с чем она решила обратиться к врачу. Менструации отсутствуют в течение 2 месяцев, до этого были регулярными. Страдает хроническим тонзиллитом, лечения не проводит. Пациентка курит, редко употребляет алкогольные напитки в небольших количествах. Во время опроса пациентка возбуждена и подвижна. При обследовании рост 172 см, масса тела 52 кг, кожа горячая и влажная, температура тела 36,9°С. Кожные покровы обычной окраски, горячие наощупь, влажные. Границы относительной тупости сердца не изменены, тоны ясные, громкие, ритмичные, ЧСС – 112 в минуту, АД – 140/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезёнка не пальпируются. Кожа голеней уплотнена, гиперемирована с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, однако отмечается тремор кистей. Имеет место двухсторонний экзофтальм и отставание верхнего века при взгляде вниз. При пальпации шеи определяется симметрично увеличенная щитовидная железа, эластичной

		консистенции, безболезненная
В	1	**Сформулируйте и обоснуйте диагноз**
Э		1) Болезнь Грейвса (на основании жалоб на похудение, потливость, тахикардию и ощущение сердцебиения, внутреннее беспокойство, нервозность, дрожь рук, быструю утомляемость, тремор кистей; анамнеза-данные жалобы появились 3 месяца назад; объективных данных - увеличение щитовидной железы). 2) тиреотоксикоз средней степени тяжести (основании жалоб – похудела на 2 кг, тахикардия до 112 уд в мин). 3) Эндокринная офтальмопатия (выраженный экзофтальм, симптом Грефе (отставание верхнего века при взгляде вниз) сочетается только с болезнью Грейвса).
	отлично	Диагноз и обоснование поставлены верно
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный, не выставлена и не обоснована 3 Удовлетворительно - диагноз неполный, нет 2,3.
Р0	неудовлетворительно	Выставлен только ДТЗ
В	2	**Перечислите факторы возникновения данного заболевания**
Э	-	На развитие болезни Грейвса влияют следующие факторы: 1) наследственность; 2) инфекционные заболевания; 3) патология дыхательных органов; 4) эндокринная патология; 5) аутоиммунные нарушения; 6) психические травмы; 7) курение; 8) дефицит йода; 9) неблагоприятная экологическая обстановка; 10) сильные физические и эмоциональные нагрузки. У нашей больной такими факторами будут курение, эмоциональные нагрузки, хронический тонзиллит.
Р2	отлично	Факторы указаны полностью верно
Р1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо – ответ неполный, 3 Удовлетворительно – ответ неполный, 3, 6, 9,10
Р0	неудовлетворительно	Указана только наследственность.
В	3	**Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для подтверждения диагноза**

Э		1) Определение уровня гормонов ТТГ, Т4 свободного, Т3 свободного (для подтверждения тиреотоксикоза и эффективность тиреотоксической терапии); 2) определение антител к рецептору ТТГ (с целью дифференциальной диагностики с другими аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы); 3) осмотр офтальмолога (для определения степени офтальмопатии); 4) ЭКГ, ЭХО-КГ (выявление тиреотоксического сердца).
Р2	отлично	План обследования полностью верный
Р1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный, не указан 2 Удовлетворительно - ответ неполный: 2,3,4
Р0	неудовлетворительно	Ответ неполный: указан только клинический минимум
В	4	**Сформулируйте принципы лечения данной пациентки**
Э		До достижения эутиреоза следует 1) ограничить физическую нагрузку и поступление йодсодержащих препаратов, 2) отказаться от курения. Методы лечения тиреотоксикоза: 3) консервативное (прием антитиреоидных препаратов). Консервативное лечение назначается для достижения эутиреоза перед оперативным лечением или радиойотерапией, а также, в отдельных группах пациентов, в качестве базового длительного курса лечения, который, в некоторых случаях, приводит к стойкой ремиссии. Тиамазол (Тирозол, Мерказолил) является препаратом выбора для всех пациентов, которым планируется проведение консервативного лечения. 4) лечение радиоактивным йодом. Терапия радиоактивным йодом проводится в случае рецидива тиреотоксикоза после правильно проведенного консервативного лечения (непрерывная терапия тиреостатическими препаратами с подтвержденным эутиреозом в течение 12-18 месяцев), невозможности приема тиреостатических препаратов (лейкопения, аллергические реакции), отсутствия условий для консервативного лечения и наблюдения за больным. 5) оперативное (тиреоидэктомия). При отсутствии радийодтерапии прибегают к хирургическому методу лечения.
Р2	отлично	Методы лечения полностью верны
Р1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный: 2 Удовлетворительно - ответ 4,5
Р0	неудовлетворительно	Ответ неполный: перечислены только методы лечения
В	5	**Составьте план реабилитационных мероприятий и профилактики осложнений**
Э		План реабилитационных мероприятий включает: 1) профилактику рецидивов: регулярные прогулки на свежем воздухе, занятия лечебной физкультурой, закаливание. Также желательно грамотно спланировать режим отдыха и труда,

		пересмотреть рацион питания (рекомендуется употреблять больше пищи, содержащей растительный и животный белок (мясо, яйца, бобовые), в рацион добавляют сырые фрукты, овощи, с высоким содержанием витаминов А, С (яблоки, морковь, свежая капуста, цитрусовые); 2) проводится санация хронических очагов инфекции (консультация стоматолога, ЛОР врача). 3) отказ от курения. 4) диспансерное наблюдение врача эндокринолога ежемесячно. На фоне лечения тиреостатиками: 5) контроль клинического анализа крови (лейкоцитов) в первые 3 месяца лечения 1 раз в 7-10 дней, затем каждый месяц; 6) контроль Т4св во время терапии каждые 2 недели до достижения стойкого эутиреоза, затем 1 раз в 3 мес первый год лечения, 1 раз в 6 мес во второй год лечения; 7) АТ к рецептору ТТГ после отмены терапии (для решения вопроса о стойкой компенсации); 8) УЗИ щитовидной железы (вопрос об эффективности лечения) 1 раз год.
P2	отлично	План реабилитационных мероприятий полностью верен
P1	хорошо/удовлетворительно	Хорошо - ответ неполный: не указаны 1 Удовлетворительно - ответ неполный: не указаны 1, 3, 6
P0	неудовлетворительно	Даны общие рекомендации
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Шапкина Л.А.