

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Дата подписания: 2023.08.29
Уникальный идентификатор:
123d1d365abac7d0cd5b97c79c0f13c001b07466

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



Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.

Наименование дисциплины: **Неонатология**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.18 Неонатология**

Для обучающихся 2022,2023 года поступления (актуализированная редакция)

Квалификация (степень) выпускника: **врач-неонатолог**

Кафедра педиатрии и неонатологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования

Форма обучения – очная

Волгоград, 2023

Разработчики:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Заячникова Татьяна Евгеньевна	доцент	к.м.н./доцент	Педиатрии и неонатологии института НМФО
2.	Деларю Наталья Викторовна	доцент	к.м.н./доцент	Педиатрии и неонатологии института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.18 «Неонатология»

Рассмотрена и одобрена на заседании кафедры педиатрии и неонатологии Института НМФО, протокол № 6 от «01» 06 2023 года

Заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии Института НМФО,
д.м.н., доцент _____ И.Н.Шишиморов

Рецензент: 1.Ипполитова Людмила Ивановна, д.м.н., заведующий кафедрой неонатологии и педиатрии ФБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко»;

2. Лебедева Оксана Вячеславовна, д.м.н., доцент кафедры педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуализация согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО, протокол № 1 от «29» 08 2023 года

Председатель УМК _____ М.М.Королева

Начальник отдела _____ учебно-методического сопровождения и производственной практики _____ М.Л.Науменко

Актуализация утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от «29» 08 2023 г.

Секретарь
Ученого совета _____ В.Д.Заклякова

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ
ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p align="center">Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.6. Гигиеническое воспитание и образование населения.7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.8. Система обязательного социального страхования в России.9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.13. Качество медицинской помощи, основные понятия.14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p align="center">Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.3. Особенности изучения общей заболеваемости4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.
--	--

	<p>9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.</p> <p>10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.</p> <p>11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.</p> <p>12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.</p> <p>13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.</p> <p>14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p align="center">Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1. Общественное здоровье – это ...</p> <p>а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей;</p> <p>б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения;</p> <p>в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения</p> <p>2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:</p> <p>а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;</p> <p>б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;</p> <p>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>3. Болезненность - это:</p> <p>а) заболеваемость по данным обращаемости;</p> <p>б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;</p> <p>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:</p> <p>а) 50–55 %;</p>
--	---

б) 20–25 %;

в) 15–20 %;

г) 10–15 %

5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:

а) исторический;

б) статистический;

в) экспериментальный;

г) экономический;

д) социологический;

е) все вышеперечисленные

6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:

а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;

б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;

в) все лица перед проведением профилактических прививок

7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:

а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;

б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;

в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;

г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;

д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах

8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...

а) государственное социальное страхование;

б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;

в) менеджмент здравоохранения;

г) экономика здравоохранения

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...

а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;

б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории

РФ;

в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации

10. Временная нетрудоспособность – это ...

а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;

б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;

в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме

11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:

а) до 10 дней;

б) до 15 дней;

в) до 4 месяцев;

г) до 6 месяцев

12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...

а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;

б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;

в) не выдается

13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:

а) своевременность оказания медицинской помощи;

б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;

в) степень достижения запланированного результата;

г) совокупность вышеуказанных характеристик

14. Виды контроля качества медицинской помощи:

а) государственный контроль;

б) ведомственный контроль;

г) внутренний контроль;

д) все вышеперечисленное верно

15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...

а) листок нетрудоспособности;

б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;

в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;

г) врачебное свидетельство о смерти

Б 1.Б.1
Общественное
здоровье и
здравоохранение

Задача № 1.

Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине.

Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья?

В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов.

Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.

Задача № 2.

В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752.

Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?

Задача № 3.

При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы».

О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае?

Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ.

Перечислите виды медицинских осмотров.

Задача № 4.

Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового.

О каком виде нетрудоспособности идет речь?

Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность?

Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении?

На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?

Задача №5.

По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям.

Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
ПК		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
	0	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»
Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
Первый уровень (УК-1) -1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) -1 Уметь: применять методы анализа, синтеза У (УК-2) -1 Знать: теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления 3 (УК-2) -1					
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II Уметь: применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II Знать: теоретические основы Анализа и синтеза 3 (УК-5) - II					
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками использования современных методик анализа и синтеза Уметь: анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья Знать: анализировать характер заболевания, назначать лечение;					
Первый уровень (УК-2) -1 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,	Владеть: методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) -1 Уметь: толерантно					

<p>этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p>воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия У (УК-2) -1 Знать: теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития 3 (УК-2) -1</p>					
<p>Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p>Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II Уметь: применять методы сплочения коллектива У (УК-5) – II Знать: теоретические основы управления коллективом 3 (УК-5) - II</p>					
<p>Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p>Владеть: навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III Знать: отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III</p>					
<p>Первый уровень (УК-3) -1 Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего</p>	<p>Владеть: методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) -1 Уметь: работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины У(УК-3) -1</p>					

образования, ДПО	Знать: теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) -1					
Второй уровень (УК-3) - II Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО В (УК-3) - II Уметь: осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования; У (УК-3) - II Знать: основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе 3 (УК-3) - II					
Третий уровень (УК-3) - III Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе В (УК-3) - III Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-3) - III Знать: психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления 3(УК-3) - III					
Первый уровень (ПК-9)-1 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Владеть: санологическим мышлением Уметь: осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровье сбережения Знать: современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации					
Второй уровень	Владеть: навыками					

<p>(ПК-9)- II готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих Уметь: мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья Знать: техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;</p>					
<p>Третий уровень (ПК-9) - III готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Владеть: навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих Уметь: приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья Знать: особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей</p>					

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
конспект

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - пяти критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -шести или семи критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p>	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать текста)
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректно
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих сим
	7. Оформление в соответствии с требованиями

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти или шести критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Отлично (5) Продуктивный уровень	
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения
	5. Оформление

-

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Доклад

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	
Хорошо (4) -91-100	
Отлично (5)	

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- четырем критериям Хорошо (4)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов
-пяти или шести критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности</p>	А	100–96	ВЫСОКИЙ (продуктивный)	5 (5+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент</p>	В	95–91		5

демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимися с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.	C	90–81	СРЕДНИЙ (репродуктивный)	4
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.	D	80–76		4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.	E	75–71	НИЗКИЙ (ознакомительный)	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.	E	70–66		3 (3-)
Дан неполный ответ, логика и	E	65-	ИТ ЕЛ БН Ы И,	9

<p>последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.</p>		61		3 (3-)
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.</p>	Фх	60-41		2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций.</p> <p>Компетентность отсутствует.</p>	F	40-0	КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ	2

4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
		текущий контроль				
	Реферат (д	Дискуссия	ест	Творческое задание (индивиду	Проект	Зачёт

	оклад, эссе)			льное/ групповое)		
УК-1	+	+	-	+	+	+
УК-2	+	+	-	+	+	+
УК-3		+	-	+	+	+
ПК-9	+	+	-	+	+	+

12.1. Представление оценочных средств в фонде

Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.
11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика**: учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017.- 168с.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

- 1) воспитание
- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

02.МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03.. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07.АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

Установите правильную последовательность

09.СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей
- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

Установите соответствие

10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

- | | |
|--------------------|--|
| 1. описательном | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта |

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. проективном | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания |
| 3. рефлексивном | В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

Выберите один или несколько правильных ответов

12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1) судьи
- 2) команда утверждения

- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы
- 6) аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.
- 3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы
- 4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

- 1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом
- 2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.
- 3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.
- 4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОМ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) методикой воспитания
- 2) воспитательной технологией
- 3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наказание
- 2) создание воспитывающих ситуаций
- 3) педагогическое требование
- 4) соревнование
- 5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный
- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

Дополните высказывание

46. РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ-_____ ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА*, УСВОЕНИЕ КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ -_____ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - _____

Тестовые задания самоконтроля по модулю II.

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К _____ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАННИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ __ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА ПРОЦЕСС ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) лично-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) « Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным
- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные
- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

Установите соответствие

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. умения управлять собой | А. владение своим телом |
| | Б. владение эмоциональным состоянием |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские |
| | Г. владение техникой контактного взаимодействия |
| | Д. дидактические |
| | Е. владение техникой речи |

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- | | |
|--------------------|--|
| 1. внегуманитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития |
| 2. нормативный | Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками |
| 3. технологический | В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий |
| 4. системный | Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним |

5. концептуальный

Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

1. присущие многим сферам человеческой деятельности

А. информационная

Б. конструктивная

В. организаторская

Г. коммуникативная

Д. гностическая

Е. воспитательно-развивающая

Ж. ориентационная

З. мобилизационная

И. исследовательская

2. специфические педагогические

Дополните высказывание

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - _____

36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ _____

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМООБУСЛОВЛЕННЫ - _____

38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ _____

39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - _____

40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - _____

41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ» _____

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ - _____

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - _____

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - _____

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - _____

Выберите один или несколько правильных ответов

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания
- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-9

	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ПК-9
	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ПК-9
	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ПК-9

	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ПК-9
	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ПК-9
	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ПК-9
	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ПК-9
	Конфликты	УК-2, УК-3, ПК-9
	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ПК-9
0	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ПК-9
1	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ПК-9
2.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
3	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
4	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ПК-9
5	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа).	УК-2, УК-3, ПК-9
6	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ПК-9
7	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ПК-9
8	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ПК-9
9	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ПК-9
0	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
1	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
2	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
3	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
4	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ПК-9

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Перечень вопросов для устного собеседования

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.

3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

Банк тестовых заданий (с ответами)

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
- а. функциональная подсистема РСЧС;**
 - б. территориальная подсистема РСЧС;
 - в. структурное подразделение МЧС;
 - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.

2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:

- а. для оказания первой помощи;
- б. для оказания первой врачебной помощи;
- в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;**
- г. для оказания специализированной медицинской помощи.

3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. хирургическое отделение;**
- б. травматологическое отделение;
- в. неврологическое отделение;
- г. нейрохирургическое отделение.

4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. бригады доврачебной помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;**
- г. бригады экстренного реагирования.

5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. бригады доврачебной помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;
- г. бригады экстренного реагирования.**

6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:

- а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;**
- в. бригады специализированной медицинской помощи.

7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:

- а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
- б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;**
- г. областная клиническая больница

8. Основным принципом организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:

- а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;
- б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**
- в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.

9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:

а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;

б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;

в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных

10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:

а. двухэтапная система ЛЭО;

б. трехэтапная система ЛЭО;

в. четырехэтапная система ЛЭО;

г. одноэтапная система ЛЭО.

11. «Сокращение» объёма того или иного вида медицинской помощи возможно:

а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;

б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;

в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.

г. все вышеперечисленное верно.

12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:

а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;

б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серофилактика столбняка;

в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирование раны, противошоковая терапия;

б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;

в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

а. повреждение легких;

б. пневмоторакс;

в. гемоторакс;

г. повреждение сердца.

15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавших направляют:

а. в операционную;

б. в перевязочную в первую очередь;

в. в перевязочную во вторую очередь;

г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- в. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
- г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

- а. гематома в области промежности;
- б. крепитация в области верхней трети бедра;
- в. императивный позыв на мочеиспускание;
- г. симптом «прилипшей пятки».**

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

- а. снижение синтеза ацетилхолина;
- б. инактивация холинэстеразы;**
- в. активация холинэстеразы;
- г. повышение синтеза ацетилхолина.

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:

- а. адреномиметическое;
- б. адренолитическое;
- в. холиномиметическое;**
- г. холинолитическое.

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**

23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;

г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

24. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

25. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммунодепрессивное;**
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. уменьшают проницаемость мембран.

26. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. активируют перекисное окисление липидов;**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

27. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммуностимулирующее;
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. повышают проницаемость мембран.**

28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:

- а. через кожу и слизистые оболочки;
- б. ингаляционно;
- в. через желудочно-кишечный тракт;
- г. при любом пути поступления.**

29. Реактиватором холинэстеразы является:

- а. атропин;
- б. метацин;
- в. унитиол;
- г. дипироксим.**

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

- 1. легкой степени поражения;
- 2. средней тяжести;**
- 3. тяжелой;
- 4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
- г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы (β^- , β^+) – это:

а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аем), обладающих большой проникающей способностью;

б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;

в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;

г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аем и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

а. 1 рад;

б. 25 рад;

в. 100 рад;

г. 50 рад.

34. К плотноионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

а. > 10 МэВ/мкм;

б. < 10 кэВ/мкм;

в. < 10 МэВ/мкм;

г. > 10 кэВ/мкм.

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;

б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;

в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;

г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;

б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;

в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;

г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

а. системная регенерация костного мозга;

б. короткий абортивный подъем миелокариоцитов;

в. ранний некробиоз кроветворных клеток;

г. опустошение костного мозга.

38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

а. 10 Гр и выше;

- б. 5 Гр и выше;
- в. 1 Гр и выше;
- г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

- а. 10-20 Гр;
- б. 1-10 Гр;
- в. 20-80 Гр;
- г. **свыше 80 Гр.**

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

- а. **гемодинамическими нарушениями;**
- б. коллапсом непосредственно после облучения;
- в. признаками отека мозга;
- г. неврологическими нарушениями.

Банк ситуационных клинических задач

Задача №1. Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №2. Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуется на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №3. В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 4. Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоем. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной

области повязки видна рана 3x2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 5. Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 6. Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 7. Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 8. Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 9. Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха,

затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлинненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Изо рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 10. ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения

Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

7. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование		ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
	Тесты		Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ПК	3	19-27, 29-40	6-10	18-30
	7	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30
	1 2	1-11,16,17	1-10	1-11

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»

БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:

- Увеличение числа эритроцитов
- Увеличение числа ретикулоцитов
- Увеличение содержания гемоглобина
- Повышение гематокрита

- **Повышение вязкости крови**
- **Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга**
- Лимфоцитоз
- Моноцитоз

ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:

- **Болезнь Вакеза-Ослера**
- Горная болезнь.
- **Неукротимая рвота**
- Альвеолярная гиповентиляция
- Карбоксигемоглобинемия
- Тетрада Фалло

ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:

- Анемия вследствие гемолиза эритроцитов
- Эритропения
- **Эритроцитоз**
- Содержание эритроцитов в крови не изменяется
- Анизоцитоз, пойкилоцитоз

ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:

- **Гематокрит в норме**
- Гематокрит увеличен
- Гематокрит снижен
- Количество эритроцитов в единице объема крови снижено
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- **Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови снижено
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено**
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**

ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после кровопотери:

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**
- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**

- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии

- Нарушение синтеза порфиринов
- Дефицит железа.
- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**
- Все перечисленное верно

ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии

- Анемия приобретенная
- **Анемия наследственная**
- **Анемия гипохромная**
- Анемия гиперхромная
- **Количество ретикулоцитов увеличено**
- **Селезенка увеличена**

ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гемоглобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:

- Да
- Нет

ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:

- Гемоглобинопатия S
- Гемоглобинопатия E
- **Гемоглобинопатия M**
- Гемоглобинопатия C
- **Дефицит цитохром альфа-редуктазы**
- Воздействие нитратов или нитритов
- **Воздействие анилиновых красителей**
- **Воздействие сульфаниламидов**

ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?

- **Желудок**
- Пищевод
- Ротовая полость
- **Двенадцатиперстная кишка**
- Толстая кишка
- **Проксимальный отдел тонкой кишки**

ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:

- **Слабость**

- **Повышенная утомляемость.**
- Адинамия
- Миалгия
- **Головокружение**
- **Глоссит**
- Кариес
- **Ангулярный стоматит**
- **Клойнихия (койлонихия)**
- **Снижение умственной и физической трудоспособности**
- Тахикардия
- **Нарушение глотания**
- Гепатомегалия
- **Ахлоргидрия**
- Панкреатическая ахилия
- Спленомегалия
- **Извращение вкуса и запаха**

ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?

- **Гипохромной**
- Гиперхромной
- **Микроцитарной**
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной
- Мегалобластической
- **Нормобластической**
- Гемолитической
- **Дисэритропоэтической**

ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен

- для талассемии
- для анемии при уремии
- **для железорефрактерной анемии**
- для аутоиммунной гемолитической анемии

ВОПРОС N 14. При В12-дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:

- **В системе пищеварения**
- **В нервной системе**
- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе
- **В системе крови**

ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для В12-дефицитной анемии:

- **Макроцитоз**
- Микроцитоз
- **Анизоцитоз**
- **Мегалоцитоз**

- **Пойкилоцитоз**
- **Базофильная пунктация эритроцитов**
- **Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.**
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- **Лейкопения**
- Тромбоцитоз
- **Тромбоцитопения**
- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эксикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- **Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен**
- **Болезнь Иценко-Кушинга**
- **Врожденная метгемоглобинемия**
- **Локальная ишемия почки (поликистоз)**
- **Внутрисердечный сброс крови справа налево**
- **Гемангиобластома**

ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:

- Количество ретикулоцитов в крови
- **Массу циркулирующих эритроцитов**
- Содержание эритропоэтина

ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:

- **Хроническое кровотечение**
- Гемолиз эритроцитов
- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале

- Гемоглинурия
- Гематурия
- Увеличение селезенки
- Анемия
- Эритроцитоз
- Ретикулоцитоз
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- Эритроидная гиперплазия костного мозга

ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии Минковского-Шафара:

- Микросфероцитоз
- Цветовой показатель в норме
- Ретикулоцитоз
- Увеличено содержание непрямого билирубина
- Спленомегалия
- Понижение осмотической и кислотной резистентности эритроцитов
- Верного нет

ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглинопатиях, обусловленных носительством гемоглинонов со сниженным сродством к кислороду:

- P_{O_2} снижено
- P_{O_2} повышено
- P_{O_2} в норме
- S_{O_2} увеличено
- S_{O_2} снижено
- S_{O_2} в норме
- Содержание дезоксигемоглибина повышено
- Содержание гемоглибина снижено
- Содержание гемоглибина в норме

ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия желездефицитной анемии:

- Снижение цветового показателя
- Повышение цветового показателя
- Микроцитоз
- Макроцитоз
- Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга
- Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга
- Уменьшение содержания железа в сыворотке крови
- Содержание железа в сыворотке крови не изменено
- Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови
- Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови
- Снижение выделения железа с мочой
- Увеличение выделения железа с мочой
- Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови
- Снижение содержания ферритина в сыворотке крови
- Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах
- Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах

ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при железодефицитной анемии:

- **Снижение содержания гемоглобина и количества эритроцитов в крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах**
- **Снижение уровня сывороточного железа**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**

Банк ситуационных задач

Задача №1 «Патология Гемостаза»

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстрavasаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты– $3,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 380×10^9 /л, лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свёртывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. *О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?*
2. *Патогенез данного заболевания.*
3. *Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.*
4. *Виды тромбоцитопатий.*
5. *Принципы лечения тромбоцитопатий.*

Задача №2 «Патология Гемостаза»

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Hb-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты- $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты- 0,2% (N2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275 $\times 10^9$ /л), лейкоциты- $1,3 \times 10^9$ /л (N6- 8×10^9 /л), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакариоциты не найдены.

- 1.Какая форма патологии гемостаза у больной?*
- 2.Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.*
- 3.Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.*
- 4.Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.*
- 5.Терапия тромбоцитопений.*

Задача №3 **«Патология Гемостаза»**

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Нб – 100 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 3%, тромбоциты – 300×10^9 /л, лейкоциты – $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

- 1. О каком заболевании у данного больного можно думать?*
- 2. Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?*
- 3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.*
- 4. Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.*
- 5. Принципы терапии.*

Задача №4

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог ША-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечаются проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела $38,8^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до 24×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

- 1.На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?*
- 2.Критерии диагностики данного патологического процесса?*
- 3.В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?*

Клинический случай (ИП)

Девочка Ш., 8 лет, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до 40 °С в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39 °С, появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах 39–40 °С, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка (38–38,5 °С), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г. — гиперемия 12 мм, 2006 г. — гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела 38,2 °С, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание понижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером 0,3 ´ 0,5 см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах 38,2 °С для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Дата	Нь	Эр.	Ц.п.	Тромб.	L	СОЭ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

Таблица 2. Биохимические исследования крови

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимоловая проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
T-лимфоциты (CD3 ⁺ CD19 ⁻)	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
T-хелперы/T-индукторы (CD4 ⁺ CD8 ⁻)	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
T-супрессоры/T-цитотоксические (CD4 ⁺ CD8 ⁺)	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 ⁺ CD56 ⁺)	12,5	3–8
NK-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
B-лимфоциты (CD3 ⁻ CD19 ⁺)		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.
2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.
Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).
Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).
Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).
3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.
4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерилен; посев крови на гемокультуру 23.11.12 г. — стерилен.
5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.
6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.
7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).
ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.
8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.
9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.
10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.
11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.
12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.
13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.
14. Инструментальные обследования:
— R-грамма ОГК — без особенностей;
— эхокардиограмма — без патологии;
— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипэхогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени —

лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипэхогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;

— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.

Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.

Ребенок консультирован:

— лор-врачом: патология не выявлена;

— фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.

— кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;

— хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;

— иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;

— гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

Задание:

1. **Поставить предварительный диагноз.**
2. **Назначить дополнительное обследование.**
3. **Определить (предположить) этиологию заболевания.**
4. **Объяснить патогенез развития данного заболевания.**

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока .
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.
5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.

13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.
15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.
18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.
19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадиирующими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностями разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностями разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщу стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

Ситуационная задача № 2.

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1оС. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из

сердца обнаружен стафилококк.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите клинико-морфологические формы смертельного осложнения.

Ситуационная задача № 3.

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижении АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностью разрезом, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача №4.

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга. Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3х3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 5

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38оС. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 6

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 оС. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического

бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

Вопросы

- 1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.**
- 2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.**
- 3. Укажите механизм танатогенеза.**

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия».

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.
11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.

21. Положения о клинико-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1.Краткость 2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

12.2 САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов

Формы контроля – рефераты.

Модуль ОПОП	Объем СР
Тема1 «Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	3
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	3
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	3
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	3

Темы рефератов

Тема1 «Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	<p>1 Значение современных морфологических методов исследования.</p> <p>1. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы.</p> <p>2. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.</p>
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	<p>1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.</p> <p>2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов.</p> <p>3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза</p> <p>4. Современные методы изучения биоптата.</p>
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	<p>1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии.</p> <p>2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении.</p> <p>3. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.</p>
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	<p>1. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии.</p> <p>2. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности.</p> <p>3. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита.</p> <p>4. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей.</p>

	<p>5. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких.</p> <p>6. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания

1. **Реферат**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел I «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения. 2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение. 3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс. 4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями). 5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение. 6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты. 7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС. 8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию. 9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования
---	--

	<p>ЛС.</p> <p>10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных.</p> <p>11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных.</p> <p>12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения.</p> <p>13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии.</p> <p>14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение.</p> <p>15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP).</p> <p>16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике.</p> <p>17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.</p> <p>19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.</p> <p>20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.</p> <p>21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.</p> <p>22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.</p> <p>23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии.</p> <p>24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.</p> <p>25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.</p> <p>26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.</p> <p>27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.</p> <p>28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.</p> <p>29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.</p> <p>30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.</p> <p>31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии</p>

(АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.

32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.

33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.

34. Последствия нерационального применения АМП

35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.

36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.

37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.

38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.

39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.

40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.

41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.

42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.

43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.

44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.

45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.

46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.

47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.

48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.

49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.

50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.

51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.

52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.

53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика.

	<p>Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.</p> <p>54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.</p> <p>55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p align="center"><i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии. 2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии. 3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа. 4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа. 5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики. 6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ. 7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение. 8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы. 9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение. 10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств. 11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре. 12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением. 13. Представление о биоэквивалентности, ее значение
---	---

	<p>для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора.</p> <p>14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).</p> <p>15. Дайте определение понятия фармакодинамика.</p> <p>16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом.</p> <p>17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры.</p> <p>18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры.</p> <p>19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС.</p> <p>20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.</p> <p>21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.</p> <p>25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.</p> <p>26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.</p> <p>27. Укажите факторы риска развития НЛР.</p> <p>28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</p> <p>29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</p> <p>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</p> <p>33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.</p> <p>35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об</p>

основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.

36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.

37. Бета-лактамы. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.

38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами β -лактамаз, показания к применению.

39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.

40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.

41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.

42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.

43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.

44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.

45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.

46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.

47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.

48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.

49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация, показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.

50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.

51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.

52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.

53. Специфические антитоксические препараты при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.

	<p>54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.</p> <p>55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.</p> <p>56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.</p> <p>57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</p> <p>58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p> <p>59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.6.1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u></p> <p>А) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.</p> <p>В) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.</p> <p>С) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.</p> <p>Д) Клинические испытания лекарственных средств.</p> <p>2. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u></p> <p>А) Выбор наиболее дешевого вида терапии.</p> <p>В) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.</p> <p>С) Выбор наиболее эффективного вида терапии.</p> <p>Д) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.</p> <p>3. <u>Лекарственная форма это:</u></p> <p>А) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.</p> <p>В) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.</p> <p>С) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.</p> <p>4. <u>К методам фармакоэкономического анализа не</u></p>
--	---

относятся:

- A) Метод затраты-эффективность.
- B) Метод затраты-прибыль.**
- C) Метод затраты-полезность.
- D) Метод затраты-выгода

5. Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :

- A) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.
- B) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.
- C) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.
- D) Не требует изучения генотипа больного.

6. В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:

- A) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.**
- B) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.**
- C) Хромосомные aberrации.
- D) Хромосомные транслокации.

7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:

- A) CYP2D6.**
- B) CYP3A4
- C) CYP2C9**
- D) CYP2C19**

8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :

- A) Иммуноферментного анализа.
- B) Иммунофлюоресцентного анализа.
- C) ПЦР.**
- D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.

9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:

- A) Высокая
- B) Нормальная
- C) Низкая**

10. Биодоступность ЛС это:

- A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.
- B) Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.**

С) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

А) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.

В) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.

С) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.

Д) Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.

12. При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

А) всасывание;

В) распределение;

С) метаболизм (биотрансформация);

Д) выведение;

Е) все вышеперечисленные.

13. При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

А) всасывание;

В) распределение;

С) метаболизм (биотрансформация);

Д) выведение;

Е) механизм действия.

14. Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:

А) макролиды;

В) фторхинолоны;

С) тетрациклины;

Д) все вышеперечисленные.

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

А) 30 мин;

В) 1 час;

С) 2 ч и более;

Д) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

А) угнетается;

В) усиливается;

С) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-P при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-P:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- A) угнетается;**
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- A) пенициллины;
- B) тетрациклины;
- C) фторхинолоны;
- D) макролиды;
- д) правильно B и C.**

22. Агонисты рецепторов это:

A) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.

B) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.

C) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.

D) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

A) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.

B) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.

C) Вещества имеют отличные от агонистов места

	<p>связывания с рецепторами.</p> <p>D) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.</p> <p>24. <u>Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u></p> <p>A) типа A; B) типа B; C) типа C; D) типа D; E) типа E</p> <p>25. <u>Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:</u></p> <p>A) пожилой возраст; B) тяжелое состояние больного; C) одновременное назначение нескольких лекарственных средств; D) генетическая предрасположенность; E) все вышеперечисленное</p> <p>26. <u>К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:</u></p> <p>A) приводящие к смерти; B) требующие госпитализации или ее продления; C) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности); D) приводящие стойкому снижению трудоспособности; E) все вышеперечисленное верно.</p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u></p> <p>A) типа A; B) типа B; C) типа C; D) типа D; E) типа E.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u></p> <p>A) комплаенсом; B) фармаконадзором; C) фармакоэпидемиологией; D) фармакоинспекцией.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u></p> <p>a) диклофенак; b) индометацин; c) целекоксиб; d) ибупрофен;</p>

30. Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:

- a) аспирин;
- b) лорноксикам;
- c) **целекоксиб;**
- d) индометацин;

31. При проведении пульс-терапии более предпочтителен:

- A) преднизолон
- B) метилпреднизолон**
- C) дексаметазон
- A) Гидрокортизон

32. Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:

- A) аспирин;**
- B) нимесулид;
- C) целекоксиб;
- D) лорноксикам;

33. Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:

- a) через 2 суток;
- b) через 5-7 суток;
- c) через 7-10 суток;
- d) через 10-14 суток;**

34. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:

- A) преднизон
- B) бетаметазон**
- C) беклометазона дипропионат
- D) метилпреднизолон

35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:

- A) циклооксигеназа**
- B) фосфодиэстераза
- C) 5-липооксигеназа
- D) фосфолипаза A2

36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:

- A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов
- B) неэффективность пульс-терапии
- C) стабилизация общего состояния больного**
- D) декомпенсированное состояние больного

37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:

- A) Т-лимфоциты
- B) В-лимфоциты
- C) преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты
- D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты

38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:

- A) 2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером
- B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером
- C) однократно утром
- D) 3 раза в день в равных дозах

39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:

- A) Преднизолон.
- B) Метилпреднизолон.
- C) Дексаметазон.
- D) **Гидрокортизон.**

40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:

- A) Вторичная надпочечниковая недостаточность.
- B) Истончение кожи, образование стрий.
- C) Остеопороз, асептические некрозы костей.
- D) Учащение и утяжеление инфекций.
- E) **Артериальная гипотензия.**
- F) Задержка роста у детей.

41. При выборе антимикробных препаратов для лечения инфекционного заболевания необходимо учитывать:

- A) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)
- B) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)
- C) Характеристики пациента
- D) **Все вышеуказанное**

42. Оценка эффективности антимикробной терапии, как правило, проводится через:

- A) 24 часа
- B) **3 дня**
- C) 7 дней

43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:

- A) **5-10% случаев**
- B) 20-30% случаев
- C) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

- A) обладают иммуностимулирующим действием
- B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях

C) способствуют развитию резистентности бактерий

45. Самолечене антибиотиками

- A) Возможно
- B) Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах

C) Недопустимо

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

- A) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам
- B) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»

C) возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

- A) Ампициллин.
- B) Оксациллин.
- C) Цефтриаксон.
- D) Амоксициллина клавуланат
- E) Цефоперазон.**
- F) Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- A) осельтамивир**
- B) ганцикловир
- C) идоксуридин
- D) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- A) ритонавир**
- B) арбидол
- C) диданозин
- D) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

- A) ферон
- B) реаферон**
- C) виллферон
- D) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- A) 75-160 мг/сут.
- B) 500-1000 мг/сут.
- C) **160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

C) **Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**

- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

A) **Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**

- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.

C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.

- D) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инактивации комплексом гепарин/антитромбин III факторы:

- A) **IIa, IXa.**
- B) IIa, IXa.
- C) Xa, IXa.
- D) XIa, XIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямыми антикоагулянтами является:

- A) Свежезамороженная плазма.
- B) Викасол.
- C) **Протамин сульфат.**
- D) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

A) **Международное нормализационное отношение (МНО).**

B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).

- C) Время свёртывания крови.

- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- A) **Растворяют фибриновый тромб.**

- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.

C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.

D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- A) **ванкомицин**
- B) пиперациллин

C) кларитромицин

D) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

A) пefлоксацин

B) линкомицин

C) **ровамицин**

D) гентамицин

E) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий через гемаэнцефалический барьер:

A) ципрофлоксацин

B) **меропенем**

C) цефтриаксон

D) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

A) рекомбинантные α / γ интерфероны

B) кагоцел

C) **ингавирин**

D) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

A) арбидол

B) озельтамивир

C) **фамцикловир**

D) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

A) меньшей токсичностью

B) **лучшей биодоступностью**

C) более широким спектром противовирусного действия

64. При беременности противопоказан:

A) амоксициллин

B) дорипенем

C) цефтазолин

D) **моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

A) **Азитромицин**

B) левомицетин

C) имипенем

D) амоксициллин-клавулат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

- A) гипнотический
- B) анксиолитический**
- C) вегетотропный
- D) противосудорожный
- E) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

- 1. потливость A. верно 1, 2, 3
- 2. сердцебиение B. верно 1, 4, 5
- 3. сухость во рту C. **верно 3, 4, 5**
- 4. нарушение аккомодации D. верно 1, 2, 5
- 5. задержка мочеиспускания E. верно 2, 3, 4

68. Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:

- A) аминофиллин
- D) верапамил
- C) омепразол
- D) диазепам**
- E) все ответы правильные

69. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:

- A) местное**
- B) общее (наркоз)
- C) комбинированное
- D) нейролептоанальгезия

70. Общим обезболиванием является:

- A) вагосимпатическая блокада
- B) спинальная анестезия
- C) стволовая анестезия
- D) внутривенный наркоз**

71. При общем обезболивании происходит:

- A) обратимое торможение нервной ЦНС**
- B) необратимое торможение ЦНС
- C) блокада основного нервного ствола
- D) возбуждение ЦНС

72. Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:

- A) обморок
- B) контрактура нижней челюсти**
- C) анафилактический шок
- D) коллапс

73. Общим осложнением при обезболивании является:

- A) контрактура

	<p>B) коллапс C) некроз D) гематома</p> <p>74. <u>Непосредственным осложнением местной анестезии является:</u></p> <p>A) обморок B) гематома C) контрактура D) кровотечение E) пародонтит</p> <p>75. <u>При передозировке адреналина больному необходимо ввести:</u></p> <p>A) внутривенно 1 мл мезатона B) внутримышечно 1 мл норадреналин C) внутримышечно метамезон D) внутривенно 1 мл атропина</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

8. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

9. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

10. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--	--

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Клиническая фармакология»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
	Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК-1	1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
К П	2	1,25,26	4,11
	7	1 - 75	1-57
	9	1- 28	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕОНАТОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Медико-организационные аспекты оказания медицинской помощи новорожденным»Б</p>	<p>. Дать определение младенческой смертности, неонатальной смертности, ранней неонатальной смертности.</p> <p>2. Организация пренатальной диагностики состояния плода. Медико-генетическое консультирование. Профилактика и лечение заболеваний плода в пренатальном периоде.</p> <p>3. Структура перинатальной смертности (антенатальная, интранатальная и ранняя неонатальная). Мертворождаемость.</p> <p>4. Факторы, влияющие на здоровье плода и новорожденного. Методы проведения анализа неонатальной и младенческой смертности. Основные пути снижения младенческой смертности.</p> <p>5. Трехуровневая система оказания медицинской помощи матери и ребенку. Принципы работы перинатального центра.</p> <p>6. Внутригоспитальная и межгоспитальная транспортировка новорожденных. Принципы выписки новорожденных из родильных домов и стационаров на участок.</p> <p>7. Организация эпидемиологической безопасности медицинских учреждений помощи новорожденным в родильных домах и отделениях патологии новорожденных в стационарах. Эпидемиология и профилактика госпитальной инфекции в детских отделениях родильных домов и стационаров для новорожденных.</p> <p>8. Медицинская этика и деонтология. Психологические и характерологические качества врача. Взаимоотношения врача-неонатолога с родителями больного ребенка. Взаимоотношения в медицинском коллективе.</p> <p>9. Принципы организации службы реанимации и интенсивной терапии на этапах лечения и выхаживания новорожденных детей. Нормативные документы, регламентирующие службу реанимации и интенсивной терапии в РФ.</p> <p>10. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Особенности обменных процессов у плода.</p> <p>11. Физиологические роды. Биохимизм родов. Роль плода в нормальном течении родового акта. Современные методы наблюдения и оценки состояния плода в родах.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Физиология и патология новорожденного»</p>	<p>12. Базовый уход. Первичный туалет новорожденного. Методы обработки пуповины и ведения пуповинного остатка.</p> <p>13. Оценка состояния новорожденных при рождении. Шкала Апгар. Шкала Сильверман. Оценка гестационного возраста, физического развития и состояния органов и систем новорожденного при рождении.</p> <p>14. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка. Особенности адаптации новорожденного.</p> <p>15. Оценка основных лабораторных, функциональных и специальных методов диагностики в норме и при патологии у новорожденных.</p> <p>16. Особенности нервной системы у доношенного новорожденного. Оценка неврологического статуса.</p> <p>17. Анатомо-физиологические особенности органов</p>

	<p>кровообращения доношенного ребенка. Становление кровообращения в постнатальном периоде. Переходное кровообращение.</p> <p>18. Уход за новорожденным ребенком. Вскармливание здорового новорожденного ребенка.</p> <p>19. Инфекционные поражения нервной системы. Менингиты. Менингоэнцефалиты. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>20. Неинфекционная патология нервной системы. Клиника, диагностика, лечение. Родовая травма.</p> <p>21. Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы новорожденного.</p> <p>22. Аномалии развития пупочного канатика. Эмбриогенез. Грыжи пупочного кольца. Клиника. Лечебная тактика.</p> <p>23. Профилактика развития асфиксии новорожденных. Этапность оказания адекватной помощи ребенку, рожденному в состоянии асфиксии.</p> <p>24. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы новорожденного. Механизм перестройки фетального кровообращения.</p> <p>25. Шок. Основные стадии развития, их дифференциальная диагностика. Алгоритм диагностики и лечения септического, кардиогенного и гиповолемического шока.</p> <p>26. Клинические особенности течения РДС новорожденных. Современные методы диагностики и лечения.</p> <p>27. Современные представления о лечебно-охранительном режиме у новорожденных с экстремально низкой массой тела.</p> <p>28. Синдромы внутрисосудистого свертывания крови и их лечение по принципам доказательной медицины</p> <p>29. Диафрагмальная грыжа у новорожденных. Эмбриогенез диафрагмы. Клиника. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Тактика.</p> <p>30. Уход за новорожденным ребенком. Вскармливание здорового новорожденного ребенка.</p> <p>31. Инфекционные поражения нервной системы. Менингиты. Менингоэнцефалиты. Клиника, диагностика, лечение.</p>
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Медико- организационные аспекты оказания медицинской помощи новорожденным</p>	<p>1. Периоды внутриутробного развития. Последствия действия патогенных факторов на разных сроках развития плода</p> <p>2. Внутриутробные инфекции Клиника, диагностика, профилактика и лечение внутриутробных инфекций.</p> <p>3. Оценка риска повреждения плода в зависимости от особенностей семейного анамнеза и характера течения беременности.</p> <p>4. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Иммунологические взаимоотношения матери и плода.</p> <p>5. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Развитие нервной системы. Развитие</p>
---	--

	<p>бронхолегочной системы. Развитие сердечно-сосудистой системы. Развитие пищеварительной системы.</p> <p>6.. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Развитие эндокринной системы. Особенности кроветворения у плода. Развитие мочевыделительной системы.</p> <p>7. Влияние различных неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов (физических, химических, биологических и других) в различные сроки беременности на внутриутробное развитие плода.</p> <p>8 Диагностика внутриутробного состояния плода. Основные методы, используемые в акушерстве для определения внутриутробного состояния плода.</p> <p>9.Как рассчитывают показатель (коэффициент) перинатальной смертности. Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике.</p> <p>10.Организация работы детской поликлиники (задачи, основные разделы работы). Организация профилактической работы со здоровым ребенком. Медицинская помощь на дому.</p> <p>11.Младенческая смертность и факторы, ее определяющие</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Физиология и патология новорожденного»</p>	<p>12.Вскармливание недоношенных детей. Начало кормления.Частота кормлений. Методы расчета питания. Методы проведения вскармливания. Особенности вскармливания детей с экстремально низкой массой тела.</p> <p>13.Пограничные состояния, характерные для периода адаптации недоношенных детей.</p> <p>14.Особенность течения у недоношенных детей неинфекционного поражения легких. Пневмонии.</p> <p>15.Клиника, диагностика и лечение неинфекционной патологии органов пищеварения.</p> <p>16. Патология органов мочевой системы доношенного новорожденного. Врожденные пороки развития органов мочевой системы.</p> <p>17. Патология сердечно-сосудистой системы. Транзиторные нарушения переходного кровообращения.</p> <p>18. Кардиомиопатии. Клиника, диагностика и лечение.</p> <p>19. Транзиторные нарушения функции щитовидной железы. Врожденный гипотиреоз.</p> <p>20. Патология органов кроветворения. Анемии. Клиника, диагностика и лечение патологии органов кроветворения.</p> <p>21. Приобретенные неинфекционные состояния и заболевания кожи. Опрелости. Потница. Сальный ихтиоз. Склерема.</p> <p>22. Патология пупка, пуповинного остатка и пупочной ранки. Неинфекционные заболевания пуповинного остатка и пупочной ранки.</p> <p>23. Кожный пупок. Амниотический пупок. Пупочная грыжа. Грыжа пупочного канатика. Свищи пупка.</p> <p>24. Патология костной системы, черепа, швов и родничков.</p>

	<p>Микроцефалия. Гидроцефалия.</p> <p>25.Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка. Характеристика недоношенного ребенка.</p> <p>26.Особенности органов кроветворения у недоношенного новорожденного ребенка. Анемии у недоношенных.</p> <p>27. Алгоритм оказания неотложной помощи при полицитемическом синдроме.</p> <p>28.Инфекционные поражения легких Пневмонии. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.</p> <p>29.Приобретенные заболевания желудочно-кишечного тракта. Синдром срыгивания и рвоты.</p> <p>30.Алгоритм реанимации новорожденных в родильном зале.</p>
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел1 «Медико- организационные аспекты оказания медицинской помощи новорожденным»</p>	<p>1. Под младенческой смертностью подразумевают: а) число детей, умерших в возрасте до 2 лет из 1000 живорожденных б) число детей, умерших в возрасте до 2 лет из 1000 родившихся живыми и мертвыми в) число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных г) число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 родившихся живыми и мертвыми д) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 живорожденных е) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>2. Под неонатальной смертностью подразумевают: а) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 живорожденных б) число детей, умерших в возрасте 1 месяца из 1000 родившихся живыми и мертвыми в) число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных г) число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми д) число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных е) число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>3. Под ранней неонатальной смертностью подразумевают: а) число детей, умерших в течение первых полных 10 суток (9 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных б) число детей, умерших в течение первых полных 10 суток (9 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми в) число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6</p>
---	--

дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных

г) число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней

23 час. 59 мин.) жизни из 1000, родившихся живыми и мертвыми

д) число детей, умерших в течение первых 24 часов жизни из 1000 живорожденных

е) число детей, умерших в течение первых 24 часов жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми

4. Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают как:

а) отношение числа, умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле

б) число детей, умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле

в) отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле

г) отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле

д) отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 22 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле

е) отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первых 24 часов после родов к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле

5. Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике:

а) с 22 недели внутриутробного развития до момента рождения ребенка

б) с 28 недели внутриутробного развития до момента рождения ребенка

в) с 28 недели внутриутробного развития до конца 1 суток внеутробной жизни плода

г) с 28 недели внутриутробного развития до конца 1 суток внеутробной жизни плода

д) с 22 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода

е) с 28 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода

ж) с 37 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода

6. Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:
- а) уровень рождаемости
 - б) уровень смертности
 - в) количество врачей на душу населения
 - г) **младенческая смертность**
7. Уровень ранней неонатальной смертности определяет:
- а) **количество недоношенных детей**
 - б) количество переносимых детей
 - в) количество незрелых детей
 - г) количество детей "малых к сроку гестации"
8. Дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне, в основном зависит от качества работы:
- а) родильного дома
 - б) отделения патологии новорожденных
 - в) **женской консультации**
 - г) отделения реанимации
9. При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания врачебная тактика, в отношении больных новорожденных, должна быть следующей:
- а) перевести в наблюдательное отделение и назначить лечение
 - б) оставить на месте, назначив лечение
 - в) **немедленно перевести в соответствующий стационар**
 - г) все ответы правильные
10. Температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома:
- а) не ниже 20-24 °С
 - б) **не ниже 22-24 °С**
 - в) не ниже 24-26 °С
11. Количество околоплодных вод в конце физиологической беременности должно быть:
- а) 500 - 800 мл,
 - б) **900 - 1200 мл,**
 - в) 1300 - 1600 мл,
 - г) 1700 - 2000 мл,
 - д) более 2000 мл.
12. Важной функцией околоплодных вод является:
- а) трофическая,
 - б) защита плода от механического воздействия,
 - в) экскреторная,
 - г) обеспечение периода раскрытия в родах,
 - д) **все перечисленное.**
13. При выявлении у беременной многоводия следует думать:
- а) о внутриутробной гипоксии,
 - б) о перенашивании,
 - в) о пороках развития ЖКТ и ЦНС плода,

	<p>г) о гемолитической болезни плода, д) правильные ответы "в", "г".</p> <p>14. К группе высокого риска развития гестоза относятся следующие факторы: а) экстрагенитальная патология, б) многоплодие, в) наличие гестоза в анамнезе, г) наследственность, отягощенная гипертоническим синдромом. д) все перечисленное.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Физиология и патология новорожденного»</p>	<p>15. У доношенных новорожденных детей в канальцах почек происходит полная реабсорбция: а) аминокислот б) низкомолекулярных белков в) глюкозы г) ионов натрия</p> <p>16. Протеинурия у новорожденных считается патологической при увеличении содержания белка в моче более: а) 0,03 г/л б) 0,33 г/л в) 3,3 г/л</p> <p>17. У здоровых новорожденных допустимый уровень гематурии составляет менее: а) 100 эритроцитов в 1 мл мочи б) 1000 эритроцитов в 1 мл мочи в) 4000 эритроцитов в 1 мл мочи</p> <p>18. В периоде новорожденности из перечисленных заболеваний органов мочевой системы наиболее часто встречаются: а) острая почечная недостаточность б) гипоксическая нефропатия в) инфекция органов мочевой системы г) метаболическая нефропатия д) врожденные пороки развития почек</p> <p>19. В клинической картине пиелонефрита у новорожденных доминируют: а) нарушения диуреза б) симптомы интоксикации в) отеки</p> <p>20. Наиболее достоверными лабораторными критериями почечной недостаточности у новорожденных детей являются: а) гиперкалиемия и метаболический ацидоз б) метаболический ацидоз и повышение уровня мочевины в сыворотке крови в) повышение уровней мочевины и калия в сыворотке крови г) повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови</p>

21. При олигурии вследствие обструктивной уропатии новорожденному ребенку показано:
- а) введение мочегонных средств
 - б) хирургическое лечение**
 - в) проведение гемодиализа
22. На основании клинической картины поставить точный диагноз внутриутробной инфекции с указанием этиологического фактора:
- а) можно всегда:
 - б) нельзя никогда
 - в) можно лишь в отдельных случаях**
23. Интерстициальный тип пневмонии характерен для:
- а) пневмоцистоза
 - б) цитомегаловирусной инфекции
 - в) муковисцидоза
 - г) всех перечисленных заболеваний**
24. Пневмоцистную пневмонию следует дифференцировать с:
- а) цитомегаловирусной пневмонией**
 - б) стафилококковой пневмонией
 - в) пневмонией синегнойной этиологии
 - г) со всеми перечисленными пневмониями
25. Пневмония цитомегаловирусной этиологии протекает по типу:
- а) очаговой
 - б) очагово-сливной
 - в) полисегментарной
 - г) интерстициальной**
26. В защите новорожденного ребенка от вирусных инфекций ведущую роль играет:
- а) клеточный иммунитет**
 - б) гуморальный иммунитет
 - в) местный иммунитет
 - г) неспецифические факторы защиты
27. Наиболее распространенной клинической формой ОРВИ у новорожденных детей является:
- а) ларингит
 - б) трахеит
 - в) бронхит
 - г) бронхиолит**
28. Специфическим фактором защиты при ОРВИ у новорожденного ребенка является:
- а) фагоцитоз
 - б) интерферронообразование**
 - в) IgM-антитела
 - г) IgG-антитела

29. Элиминация респираторных вирусов из организма новорожденного происходит за период равный:
- а) одной неделе
 - б) двум неделям
 - в) трем неделям**
 - г) одному месяцу
30. На фоне ОРВИ у новорожденного ребенка могут развиваться синдромы:
- а) вирусной диареи
 - б) обструктивный
 - в) нейротоксикоза
 - г) все вышеперечисленные**
31. Укажите наиболее частую причину синдрома внезапной смерти у новорожденных детей:
- а) инфекционные заболевания органов дыхания**
 - б) тимомегалия
 - в) врожденные иммунодефицитные состояния
 - г) аспирационный синдром
32. В связи с феноменом кистообразования в поджелудочной железе цитомегаловирусную инфекцию необходимо дифференцировать с:
- а) сепсисом
 - б) деструктивной пневмонией
 - в) пневмонией грамотрицательной этиологии
 - г) муковисцидозом**
33. Причиной абдоминального синдрома при ОРВИ у новорожденного ребенка является:
- а) неблагоприятный преморбидный фон
 - б) репродукция вируса в поджелудочной железе и кишечнике**
 - в) искусственное вскармливание
 - г) медикаментозная терапия
34. Укажите наиболее частую причину истинного врожденного стридора:
- а) тяжи и спайки в области голосовой щели
 - б) врожденная слабость хрящевого каркаса гортани**
 - в) парез голосовых связок
 - г) стеноз гортани
35. Для врожденного сифилиса помимо специфического поражения печени характерны:
- а) сифилитическая пузырчатка
 - б) ринит
 - в) изменения костей и глазного дна**
 - г) все перечисленные признаки
36. Эксфолиативный дерматит Риттера относится к группе:
- а) генодерматозов

- б) стрептококковых пиодермии
- в) стафилококковых пиодермии**
- г) аллергодерматозов

37. Образование рубцов на стадии репарации характерно для:

- а) эксфолиативного дерматита Риттера
- б) эритродермии Лейнера
- в) некротической флегмоны новорожденных
- г) дистрофической формы врожденного буллезного эпидермелиза**

38. В клинической картине герпетического гепатита у новорожденных помимо желтухи чаще встречаются симптомы:

- а) диарея
- б) рвота
- в) геморрагический синдром**
- г) анорексия

39. Новорожденным детям от матерей-носительниц HBs-антигена с профилактической целью показано введение специфического иммуноглобулина в следующие сроки:

- а) в первые часы жизни**
- б) на 2-3 сутки жизни
- в) при выписке из родильного дома
- г) в возрасте 1 месяца жизни

40. К развитию полицитемии у новорожденного ребенка может приводить:

- а) задержка внутриутробного развития
- б) сахарный диабет у матери
- в) фето-фетальная гемотрансфузия
- г) все перечисленные факторы**

41. Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться при:

- а) гемангиоматозе
- б) внутриутробных инфекциях
- в) ДВС-синдроме
- г) во всех перечисленных случаях**

42. В раннем неонатальном периоде развитию геморрагического синдрома могут способствовать:

- а) гипотермия, ацидоз, гиперкапния
- б) специфические внутриутробные инфекции
- в) прием матерью незадолго до родов медикаментозных препаратов, повышающих склонность к кровотечениям
- г) все вышеперечисленные**

43. Характерным признаком геморрагической болезни новорожденного является:

- а) повышенный фибринолиз
- б) тромбоцитопения

в) уменьшение в крови уровня глобулинов (VIII, IX, X факторов)

г) снижение протромбинового комплекса

44. Клинические симптомы при классической форме геморрагической болезни новорожденных обычно появляются:

а) сразу после рождения

б) на 2-ой день жизни

в) к 3-5 дню жизни

г) на 2-й неделе жизни

45. Наиболее частой причиной анемии при рождении является:

а) кровопотеря

б) наследственный микросфероцитоз

в) дефицит эритроцитарных ферментов

г) наследственная гипопластическая анемия

46. Критерием для постановки диагноза анемии у новорожденных детей на 1-ой неделе жизни является снижение уровня гемоглобина:

а) ниже 170 г/л

б) ниже 145 г/л

в) ниже 130 г/л

г) ниже 116 г/л

47. Для механических желтух типично повышение активности:

а) аспартатаминотрансферазы (АСТ)

б) аланинаминотрансферазы (АЛТ)

в) альдолазы

г) щелочной фосфатазы

48. Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется:

а) удовлетворительным общим состоянием

б) обычным цветом кала и мочи

в) анемией, увеличением размеров печени и селезенки

г) правильные ответы: а) и б)

49. Лактазная недостаточность у новорожденных чаще всего проявляется:

а) на искусственном вскармливании

б) на грудном вскармливании

в) на смешанном вскармливании

г) правильные ответы: а) и в)

50. Оптимальной тактикой ведения ребенка с полной формой лактазной недостаточности на естественном вскармливании является:

а) подобрать дозу фермента лактазы и сохранить грудное вскармливание

б) уменьшить объем грудного молока и назначить антибактериальную терапию

в) перевести на искусственное вскармливание адаптированными смесями и назначить биопрепараты

г) полностью исключить грудное молоко, заменив его на безлактозные смеси

51. Патология желудочно-кишечного тракта, наиболее часто встречающаяся у новорожденных, перенесших асфиксию в родах:

- а) пилороспазм
- б) халазия пищевода
- в) высокая кишечная непроходимость
- г) **некротизирующий энтероколит**

52. Класс иммуноглобулинов, содержащихся в грудном молоке, обеспечивающих местный иммунитет кишечника у новорожденных детей:

- а) IgM
- б) IgG
- в) **igA**
- г) IgE

53. Объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни:

- а) увеличивается
- б) **уменьшается**
- в) не изменяется
- г) у доношенных новорожденных увеличивается, у недоношенных – уменьшается

54. Выраженной потерей электролитов из плазмы крови сопровождается:

- а) гипертермия
- б) выраженная одышка
- в) **рвота и жидкий стул**
- г) потливость

55. Диурез при первой степени обезвоживания:

- а) **остаётся нормальным**
- б) увеличивается
- в) снижается
- г) это зависит от концентрации натрия в сыворотке крови

56. Синдром обезвоживания может сопровождаться шоком:

- а) при длительном сохранении обезвоживания
- б) **при быстром развитии обезвоживания**
- в) при второй и третьей степени обезвоживания
- г) все ответы правильные

57. Гипонатриемия у новорожденных детей может развиваться вследствие:

- а) снижения секреции антидиуретического гормона
- б) врожденной гиперплазии коры надпочечников
- в) внутривенного введения больших объемов жидкости
- г) **всех перечисленных факторов**

58. Дегидратация у новорожденного ребенка может развиваться

вследствие:

- а) синдрома дыхательных расстройств
- б) язвенно-некротического энтероколита
- в) длительного применения диуретиков
- г) **всех перечисленных факторов**

59. Линейный рост новорожденного ребенка определяется:

- а) функцией паращитовидных желез
- б) **функцией щитовидной железы**
- в) функцией надпочечников
- г) уровнем соматотропного гормона

60. Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфо-функциональной зрелости:

- а) гипофиза
- б) надпочечников
- в) вилочковой железы
- г) **щитовидной железы**

61. Минимальная потребность здорового новорожденного ребенка в энергии для поддержания основного обмена в первую неделю жизни:

- а) **60 ккал/кг/сут**
- б) 90 ккал/кг/сут
- в) 120 ккал/кг/сут

62. Прямая проба Кумбса положительна при:

- а) **гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору**
- б) ГБН по системе АВО
- в) геморрагической болезни новорожденных
- г) талассемии

63. Хроническая кровопотеря характеризуется:

- а) нормохромией эритроцитов и нормоцитозом
- б) **гипохромией эритроцитов и микроцитозом**
- в) гиперхромией эритроцитов и макроцитозом

64. При острой кровопотере у новорожденного наблюдается:

- а) брадикардия
- б) **тахикардия**
- в) неизменный ритм сердечных сокращений

65. Бактериемия может обнаруживаться:

- а) у здоровых новорожденных детей
- б) при остром бактериальном заболевании
- в) при хронических очагах инфекции
- г) **при всех перечисленных ситуациях**

66. Появление геморрагической сыпи у ребенка с сепсисом обусловлено в большей степени:

- а) сенсibilизацией организма
- б) **развитием ангиитов и тромбоваскулитов**

в) нерациональной антибиотикотерапией

г) повышенной ломкостью сосудов

67. Остеомиелиту граммотрицательной этиологии свойственно течение:

а) острое, с отчетливой клиникой и рентгенологическими признаками

б) подострое, без отчетливого артрита и с неяркими рентгенологическими признаками

в) молниеносное

г) встречаются в равной степени все варианты

68. Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:

а) нет

б) да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза

в) да, при присоединении вентрикулита

г) правильные ответы: б) и в)

69. Бактериальный вентрикулит клинически проявляется:

а) симптомами остро нарастающей внутричерепной гипертензии

б) ухудшением общего состояния

в) нарастанием патологической неврологической симптоматики

г) все ответы правильные

70. Судорожный синдром у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:

а) гипогликемии

б) гипокальциемии

в) гипомагниемии

г) всех перечисленных факторов

71. Специфическим (патогномоничным) симптомом сепсиса у новорожденных является:

а) гиперлейкоцитоз (более 25000 в 1 мкл капиллярной крови)

б) тромбоцитопения

в) повышение уровня белков острой фазы в сыворотке крови

г) положительная гемокультура

д) одного специфического симптома для диагностики сепсиса не существует

72. Признаками системной воспалительной реакции у новорожденных в клиническом анализе крови являются:

а) лейкоцитоз более 30×10^9 в первые 2 дня жизни, более 20×10^9 в возрасте 3-7 дней и более 15×10^9 у детей 8 суток жизни и старше

б) сдвиг лейкоцитарной формулы влево более 16 %

в) тромбоцитопения

г) анемия

д) всё вышеперечисленное

73. ДВС-синдром для сепсиса:

а) не характерен

б) свойственен

- в) характерен в редких случаях
- г) характерен при вирусной этиологии

74. В настоящее время наиболее эффективным препаратом для проведения заместительной иммунотерапии при неонатальном сепсисе является:

- а) эндобулин
- б) интраглобин
- в) пентаглобин**
- г) гаммаглобулин

75. Для неонатального сепсиса наиболее характерно нарушение КОС по типу:

- а) кетоацидоза
- б) алкалоза
- в) лактат-ацидоза**
- г) респираторного ацидоза

76. Наиболее значимым дифференциально-диагностическим критерием сепсиса является:

- а) множественные очаги инфекции
- б) тяжелое поражение ЦНС
- в) воспалительные изменения в анализе крови
- г) нарушения иммунитета, гомеостаза и гемостаза**

77. Наиболее характерный симптом для новорожденных с синдромом Шерешевского-Тернера из перечисленных:

- а) мышечный гипертонус
- б) локальные отеки стоп и кистей**
- в) цианоз**
- г) макроглоссия

78. Наследственные нарушения обмена веществ передаются по следующему типу наследования:

- а) по аутосомно-рецессивному**
- б) по аутосомно-доминантному
- в) по доминантному, сцепленному с X-хромосомой
- г) по рецессивному, сцепленному с X-хромосомой

79. Число форм болезни Дауна:

- а) одна
- б) две**
- в) три
- г) четыре

80. Определение полового хроматина в родильном доме целесообразно применять для экспресс-диагностики пола при:

- а) синдроме Шерешевского-Тернера
- б) нарушениях формирования наружных гениталий
- в) наличии паховой грыжи у девочки
- г) во всех перечисленных случаях**

81. Синдром тестикулярной феминизации в периоде новорожденности может проявиться:
- а) локальными отеками кистей
 - б) макроглоссией
 - в) паховой грыжей у девочки**
 - г) все ответы правильные
82. При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток в первую очередь следует исключить:
- а) внутричерепное кровоизлияние
 - б) порок развития головного мозга
 - в) метаболические нарушения
 - г) гнойный менингит**
83. Адено-генитальный синдром (АГС) - это заболевание:
- а) врожденное
 - б) приобретенное
 - в) наследственное**
 - г) семейное
84. Длительность курса гормональной терапии при аденогенитальном синдроме:
- а) на срок продолжительности криза
 - б) 2 месяца
 - в) 6 месяцев
 - г) пожизненно**
85. Дети с синдромом TAR составляют группу риска по:
- а) синдрому аспирации
 - б) развитию гипогликемии
 - в) нарушениям сердечного ритма
 - г) кровотечениям**
86. Морфологический характер поражения печени при гепатитах:
- а) жировая инфильтрация
 - б) отложение гликогена
 - в) некроз (лизис) гепатоцитов
 - г) гипоплазия желчевыводящих путей**
87. Характер поражения печени при диабетической эмбриофетопатии:
- а) белковая дистрофия
 - б) жировая дистрофия с участками экстремедуллярного кроветворения**
 - в) накопление гликогена
 - г) внутripеченочная частичная атрезия желчевыводящих путей
88. Специфическим симптомом диабетической эмбриофетопатии является:
- а) макросомия
 - б) конъюгационная желтуха
 - в) гирсутизм ушной раковины**

г) пупочная грыжа

89. Какой из перечисленных врожденных пороков сердца проявляется выраженным цианозом сразу после рождения:

а) дефект межжелудочковой перегородки

б) тетрада Фалло

в) транспозиция магистральных сосудов

г) открытый артериальный проток

90. Назовите наиболее частого возбудителя миокардита у новорожденных детей:

а) вирус Коксаки

б) стафилококк

в) стрептококк

г) клебсиелла

91. Какой отдел сердца у новорожденных чаще всего поражается при фиброэластозе:

а) левый желудочек

б) левое предсердие

в) правый желудочек

г) правое предсердие

92. Назовите наиболее типичное сочетание симптомов сердечной недостаточности у новорожденных детей:

а) цианоз, одышка, тахикардия

б) одышка, тахикардия, хрипы в легких

в) одышка, тахикардия, увеличение размеров печени

г) цианоз, отеки, хрипы в легких

93. Что является самой частой причиной развития острой сосудистой недостаточности у новорожденных детей:

а) асфиксия в родах

б) гемолитическая болезнь

в) врожденные пороки сердца

г) фиброэластоз

94. Характерным признаком кефалогематомы является:

а) флюктуация при пальпации

б) локализация над теменной костью

в) выраженная болезненность при пальпации

г) отчетливое отграничение по линии черепных швов

95. Может ли неонатолог только на основании данных анамнеза о течении беременности и родов точно определить степень тяжести поражения ЦНС у новорожденного ребенка при первичном осмотре:

а) да, может

б) нет, не может

в) может в некоторых случаях

96. Длительность терапии аминогликозидами у новорожденных,

	<p>как правило, не должна превышать:</p> <p>а) 3 дней б) 7 дней в) 10 дней г) 14 дней</p> <p>97. Эритромицин плохо проникает в:</p> <p>а) бронхи б) легкие в) цереброспинальную жидкость г) костную ткань</p> <p>98. Основной опасностью при применении сульфаниламидов у новорожденных является:</p> <p>а) ототоксичность б) нефротоксичность в) гепатотоксичность г) риск развития ядерной желтухи</p> <p>99. Профилактикой геморрагической болезни новорожденных является:</p> <p>а) переливание теплой крови или свежезамороженной плазмы б) раннее прикладывание к груди в) введение препаратов витамина К г) поздняя перевязка пуповины д) правильные ответы: б), в), г)</p> <p>100. Абсолютным противопоказанием к кормлению грудью со стороны матери является:</p> <p>а) ВИЧ-инфекция, б) начинающийся мастит, в) носительство Hbs-Ag, г) носительство ВГС, CMV, д) наличие генитального герпеса.</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Физиология и патология новорожденного»</p>	<p>Задача №1. Матери 25 лет, группа крови А(II) Rh отрицательная, первые роды, третья беременность. Первая беременность 4 года назад закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель, осложнений не было. Вторая беременность закончилась родами на 38 неделе. Ребенок здоров. Настоящая беременность протекала на фоне титра резусных антител 1:4 в третьем триместре. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды на сроке 39 недель 5 дней, самостоятельные; 1-й период – 6 часов 40 минут, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела при рождении 3250 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов, в родильном зале было отмечено желтушное прокрашивание кожных</p>
--	--

покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первичном осмотре выявлено увеличение размеров печени до +2 см и селезенки до +1,0 см. Билирубин пуповинной крови составил 118 мкмоль/л. НЬ периферической крови, определенный по cito, 130 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Какие дополнительные исследования надо провести?
3. Каков патогенез настоящего заболевания?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Гемолитическая болезнь новорожденного вследствие Rh-иммунизации. Врожденная желтушная форма. Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза: течение беременности – наличие антител, данных клинического осмотра – желтушность кожных покровов при рождении, гепатоспленомегалия, данных лабораторных методов исследования – гипербилирубинемия, анемия.
2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.
3. Вследствие первичной сенсибилизации матери, обусловленной резус-несовместимостью, происходит образование антител, являющихся IgM. В случае продолжающегося поступления в организм матери эритроцитов плода, синтез антител переключается преимущественно на образование IgG. При последующих беременностях Rh – положительным плодом, идет одно временное образование IgM и G, с преобладанием вторых. Далее происходит образование иммунных комплексов АГ – АТ на поверхности эритроцитов, и в зависимости от вида антител IgM или IgG происходит либо их гемолиз или чаще блокада с нарушением их функции. В результате происходит разрушение эритроцитов плода, которое приводит к развитию анемии, нарушению функции внутренних органов и гипоксии.
4. Согласно клиническим рекомендациям ведения новорожденных с гемолитической болезнью новорожденных методом лечения в данном случае является проведение операции заменного переливания крови с последующим проведением фототерапии под контролем динамики показателей билирубина и гемоглобина крови.
5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия

Задача №2.

Матери 32 лет, беременность первая, протекавшая с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды первые на сроке 40 недель гестации, вторичная слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период – 16 часов, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 9 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. После рождения состояние

ребенка удовлетворительное. Находился в палате совместного пребывания. На 3 день жизни при осмотре ребенок беспокойный, отмечается гиперактивность, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. На 4-е сутки ребенок переведен в стационар второго этапа для дальнейшего лечения с диагнозом: «Перинатальное поражение ЦНС. Парез Дюшена-Эрба». При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы – 37 см, большой родничок 2×2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. С ног рефлексы вызываются. Общий анализ крови: НЬ – 221 г/л, Эр – $6,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $8,2 \times 10^9$ /л, п/я – 6%, с – 56%, э – 1%, б – 1; л – 30%, СОЭ – 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 55,0 г/л, билирубин: непрямой – 98 мкмоль/л, прямой – 1,5 мкмоль/л, мочевины – 4,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 136 ммоль/л, кальций – 1,05 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования следует провести?
4. Консультации каких специалистов необходимы?

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: Парез левой руки типа Дюшена-Эрба? Остеомиелит?
2. Дифференциальный диагноз: перелом ключицы, перелом плечевой кости, эпифизиолиз, вывих и подвывих головки плечевой кости, остеомиелит.
3. Нейросонография, рентгенологическое исследование, СРБ, прокальцитонин, ОАК в динамике, биохимический анализ крови.
4. После проведения дополнительных методов обследования необходима консультация невропатолога, при диагностировании перелома, остеомиелита – хирурга-ортопеда.

Задача №3.

Новорожденный мальчик поступил из родильного дома на 4 день жизни с диагнозом «Перинатальное поражение ЦНС, синдром угнетения. Состояние после умеренной интранатальной асфиксии». Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, не лечилась. Роды срочные с длительным безводным промежутком – 20 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале

Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2850 г, длина тела 52 см, окружность головы – 36 см, грудной клетки – 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия. С первых суток отмечались вялость, срыгивание околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, гипорефлексия, гипотония. На 3-й день жизни отмечался подъем температуры до 39,0°C, возбужден, судорожная готовность, срыгивание фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар. Начата антибактериальная терапия. При поступлении: состояние тяжелое, температура 37,8°C, крик мозговой, гиперестезия кожных покровов, большой родничок 3×3 см, напряжен. Мышечный гипертонус, положительный симптом подвешивания. Кожные покровы с сероватым оттенком, в легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД до 48 в минуту сердечные тоны приглушены, 148 в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – у реберного края. Стул переходный.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Объем дополнительных исследований?
3. Осмотр каких специалистов необходим?
4. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?
5. Какие дополнительные данные анамнеза матери нужно получить?

Эталон ответа:

1. Менингоэнцефалит невыясненной этиологии.
2. Люмбальная пункция, бактериологическое, ПЦР и ИФА исследование ликвора, кровь на СРБ, прокальцитонин, ОАК, ОАМ, КОС, нейросонография, ЭКГ, ЭХО-КГ.
3. Невропатолог, инфекционист.
4. При выздоровлении – третья группа здоровья.
5. О перенесенных инфекционных заболеваниях во время беременности, в частности о герпес вирусной инфекции.

Задача №4.

Ребенок от первой беременности, первых срочных родов, поступил из родильного дома на 5 день жизни. Беременность протекала с токсикозом в первом триместре беременности и гестозом в третьем триместре. В третьем триместре беременности перенесла пневмонию, в 36 недель обострение генитального герпеса. Роды на 38-й неделе, самостоятельные. 1-й период – 10 часов, 2-й – 20 минут, безводный промежуток – 4 часа, воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении – 3100 г, длина тела – 51 см, окружность головы – 34 см, грудной клетки – 33 см. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Проводились реанимационные мероприятия. После рождения состояние расценено как среднетяжелое за счет перенесенной асфиксии. К груди приложен в родильном зале через 2 часа, сосал вяло. В течение первых суток жизни получал инфузионную терапию с целью коррекции гипогликемии. Со вторых суток находился в палате совместного пребывания. С 3 суток жизни появились срыгивания, частота

которых нарастала, и на 5-й день жизни ребенок переведен в стационар с диагнозом: «Синдром срыгиваний». При осмотре: состояние средней тяжести, вялый. Признаки морфо-функциональной незрелости: лануго, низко расположенное пупочное кольцо, недостаточная поперечная исчерченность стоп. Кожные покровы умеренно иктеричные, «мраморные», выражен цианоз носогубного треугольника. Уровень билирубина по билитесту 220 мкмоль/л, Сатурация 98%. Пастозность стоп. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 2,5×2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ЧСС 140 в минуту. Кормится грудным молоком. После каждого кормления срыгивает молоком через рот, в объеме от 4 до 8 мл, без патологических примесей. Живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул переходный.

Дополнительные данные исследования: Общий анализ крови: НЬ – 184 г/л, Эр – $5,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,97, Лейк – $10,8 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 61%, л – 28%, м – 9%, СОЭ – 5 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 43 г/л, билирубин: непрямой – 165 мкмоль/л, прямой – 3,5 мкмоль/л, мочевины – 6,1 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л, натрий – 152 ммоль/л, кальций – 1,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какими анатомо-физиологическими особенностями характеризуется желудочно-кишечный тракт новорожденного?
3. Есть ли необходимость в консультации хирурга для уточнения тактики дальнейшего ведения и почему?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Назначьте питание новорожденному.

Эталон ответа:

1. Церебральная ишемия первой степени, острый период, синдром вегето-висцеральных нарушений. Морфо-функциональная незрелость.
2. У детей грудного возраста желудок расположен горизонтально, к рождению ребенка дно и кардиальный отдел желудка развиты недостаточно, а пилорический отдел – значительно лучше, чем объясняются частые срыгивания. Регуляция желудочно-кишечного тракта развита не 24 полностью, в результате чего ослаблена необходимая функциональная слаженность между различными частями пищеварительного тракта.
3. Необходима консультация хирурга с целью исключения хирургической патологии после проведения дополнительных методов обследования.
4. Дифференциальный диагноз проводят с кардиоспазмом, кишечной непроходимостью, синдромом мальабсорбции, врожденными инфекциями.
5. После исключения хирургической патологии, если ребенок на искусственном вскармливании, то постепенно ребенка переводят на антирефлюксные смеси или на основе крахмала, или на основе камеди рожкового дерева. Рекомендуются увеличить число кормлений с уменьшением объема питания за одно кормление.

Задача №5.

Девочка 21 дней направлена в ОПН участковым педиатром с жалобами на срыгивания и рвоту, жидкий стул, плохую прибавку массы тела, желтушность кожи. Выписана из роддома на 3 день жизни (ранняя выписка). Беременность вторая, первый ребенок умер в периоде новорожденности (диагноз – цирроз печени, энтероколит). Настоящая беременность протекала с токсикозом первой половины, отеками. Роды в срок, масса тела при рождении 3650 г, длина тела 54 см. На грудном вскармливании. В возрасте 5 суток жизни появилось желтушное окрашивание кожных покровов и склер, которое волнообразно протекает до настоящего времени. С 17 дней жизни появились срыгивания, жидкий зеленый стул. При поступлении состояние тяжелое за счет интоксикации. На осмотр реакция снижена. Определены в паховых областях, на ягодицах. Кожные покровы иктеричные, прокрашены 3 зоны по Крамеру, отмечается цианоз носогубного треугольника. Пупочная ранка эпителизирована. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 48 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные 142 в минуту. Живот вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотной консистенции, селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами. Пастозность стоп. Дополнительные данные исследования: Общий анализ крови: НЬ – 100 г/л, Эр – $3,3 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,9, ретикулоциты – 2%, Лейк – $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с – 26%, л – 60%, м – 10%, СОЭ – 10 мм/час. Кал на кишечную группу: трижды отрицательный. Анализ крови на внутриутробные инфекции: краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз – отрицательно. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 178 мкмоль/л, прямой – 44 мкмоль/л, непрямой – 134 мкмоль/л, общий белок – 50,1 г/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 130 ммоль/л. Консультация окулиста: двусторонняя катаракта.

Вопросы:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. С какими состояниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. При каких заболеваниях встречается врожденная катаракта?
5. Специалисты, которые осуществляют лечение и наблюдение?

Эталон ответа:

1. Галактоземия
2. Исследование галактозо-1-фосфата и ГФТ в эритроцитах. Моча и кровь на галактозу. Определение истинной глюкозы в крови по методу Самоджи-Нельсона.
3. Сахарный диабет, тромбозы различной этиологии, врожденные инфекции, гликогенозы, НЭК.
4. Сахарный диабет у матери, врожденные инфекции, нарушения обмена веществ.
5. Окулист, невролог, генетик, хирург.

Задача №6.

Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне обострения хронического гастрита в третьем триместре

беременности, угрозы прерывания во втором триместре беременности, первых самостоятельных родов на сроке 38 недель 4 дней. Масса тела ребенка при рождении 3350 грамм, рост 51 см. К груди приложен к концу первых суток жизни (у матери гипотоническое кровотечение). Выписан из родильного дома на 5 сутки жизни в удовлетворительном состоянии на грудном вскармливании. Мать предъявляет жалобы на беспокойство ребенка, которое усилилось в течение последних суток, покраснение и шелушение кожи в паху, на волосистой части головы, частый (до 8 раз) жидкий стул. Заболел ребенок со слов матери два дня назад, после перевода ребенка на смешанное вскармливание молочной смесью. При осмотре: общее состояние ребенка не нарушено. Температура тела 36,7. Кожные покровы розовые, гиперемия и отрубевидное шелушение в паховых складках кожи. В локтевых складках папулезные элементы. Отрубевидное шелушение на волосистой части головы. Слизистые чистые. Грудь сосет достаточно активно. Дыхание проводится по всем полям, 42 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 148 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Мочится. Стула при осмотре не было.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Нуждается ли ребенок в госпитализации?
3. Имеются ли показания для проведения антибактериальной терапии?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Тактика вскармливания ребенка?

Эталонный ответ:

1. Себорейный дерматит, легкое течение.
2. Ребенок на момент осмотра не нуждается в стационарном лечении, госпитализации подлежат новорожденные с тяжелым течением себорейного дерматита.
3. Показаний для назначения антибактериальной терапии нет, так как себорейный дерматит не относится к инфекционным заболеваниям кожи.
4. С атопическим дерматитом, потницей, опрелостями, кандидозом.
5. Если ребенок находится на смешанном или искусственном вскармливании, назначаются молочные смеси на основе частично гидролизованного белка.

Задача №7.

При оценке состояния доношенного новорожденного ребенка в родильном зале состояние ребенка оценено как тяжелое, за счет перенесенной асфиксии. Из анамнеза: роды третьи срочные, первичная слабость родовой деятельности, индукция родов окситоцином. Беременность пятая, протекала на фоне обострения хронического пиелонефрита, в третьем триместре стационарное лечение по поводу гестоза. В женской консультации наблюдалась нерегулярно, УЗИ скрининг не прошла. Родился мальчик, с оценкой по Апгар 5/7 баллов, проведены реанимационные

мероприятия, через 25 минут после рождения на самостоятельном дыхании переведен в ОРИТН. Через 40 минут после рождения нарастание дыхательной недостаточности, появилась асимметрия грудной клетки, при аускультации – сердце выслушивается по срединной линии, тоны приглушены, ЧСС 128 в минуту. Слева дыхание резко ослаблено, справа - проводится по всем полям, ЧД 66 в минуту, по Сильверман 5 баллов. По желудочному зонду - околоплодные воды в умеренном количестве. Живот «впалый», доступен пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Меконий отходит. На обзорной рентгенограмме органов грудной и брюшной полостей: над всей левой половиной грудной клетки определяются кольцевидные просветления овальной формы; резкое смещение сердца вправо.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Укажите, когда происходит формирование данного порока развития.
3. Укажите основные рентгенологические признаки, позволяющие верифицировать диагноз
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Сформулируйте принципы лечения ребенка.

Эталонный ответ:

1. Врожденная левосторонняя диафрагмальная грыжа. Состояние после умеренной асфиксии
2. Формирование порока начинается на четвертой неделе эмбрионального развития, на этапе закладывания перепонки между брюшной полостью и полостью перикарда плода.
3. Рентгеноскопия и рентгенография выявляют просветления неправильной формы, напоминающие пчелиные соты, с локализацией на соответствующей стороне грудной клетки. В некоторых случаях рассматриваются так называемые “круглые тени”. Сердце в основном оказывается смещенным вправо. Диафрагмальный купол почти неразличим.
4. Дифференциальный диагноз проводится для исключения следующих патологических состояний: внутричерепных кровоизлияний; врожденных пороков легких; врожденных пороков сердца; ателектаза, атрезии пищевода.
5. Интубация трахеи, ИВЛ стартовые параметры: PIP 20-22 (макс. 25) см вод ст; PEEP 5,0; VR – 40-50 (макс. 70); FiO₂ макс. 1,0; полное парентеральное питание, установка желудочного зонда, перевод ребенка в хирургическое отделение.

Задача №8.

Матери ребенка 17 лет, курит. Беременность первая, протекала на фоне угрозы прерывания в первом триместре и ОРВИ во втором. Ребенок родился на сроке гестации 37 недель. Роды оперативные. Оценка по Апгар 6/7 баллов. Вес – 3430 г, длина – 50см, окружность головы – 34 см. Состояние ребенка тяжелое, за счет перенесенной асфиксии. Крик слабый. Кожные покровы с цианотичным оттенком, периоральный цианоз. Дыхание типа гаспингс, на третьей минуте дыхание проводится по всем полям, в

задних отделах ослабленное. Напряжение крыльев носа, пенистое отделяемое изо рта. Одышка до 68 в 1 мин. Ребёнок стонет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 160 в 1 мин. Живот мягкий. Печень +2 см. Отходит меконий.

Вопросы:

1. Оцените тяжесть дыхательных нарушений у ребенка
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Перечислите необходимые дополнительные методы обследования
4. Укажите патогенез дыхательной недостаточности
5. Принципы лечения новорожденного ребенка?

Эталонный ответ:

1. Оценка тяжести дыхательных нарушений по шкале Даунса 5 баллов, что соответствует дыхательным нарушениям средней степени.
2. Асфиксия умеренной степени. Транзиторное тахипноэ.
3. ОАК, КОС, газы крови, рентгенография органов грудной клетки, ЭХО- КС, НСГ.
4. Легкие плода во внутриутробном периоде содержат до 100 мл фетальной жидкости. Резорбция фетальной жидкости завершается к окончанию 39 недели гестации. На этом сроке происходит перестройка функции лёгочного эпителия. При родоразрешении на сроке 37 недель фетальная жидкость может задерживаться в легких и вызывать развитие дыхательной недостаточности.
5. Перевод в отделение интенсивной терапии, респираторная поддержка (СДППД или ИВЛ), инфузионная терапия.

Задача №9.

Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала на фоне гестоза, ожирения у женщины 39 лет. По УЗИ диагностировали многоводие. На сроке гестации 34 недели беременная перенесла острый гайморит. Ребенок 3060 грамм, рост 53 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. Через 45 минут после рождения ребенка при попытке приложить ребенка к груди у ребенка отмечается тотальный цианоз. При повторном осмотре: у ребенка пенистое отделяемое изо рта, кожные покровы розовые, втяжение межреберий при дыхании, периоральный цианоз, SpO₂ – 90%. Дыхание проводится по всем полям, 62 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные 168 в минуту. Живот мягкий. Стула и мочи при осмотре не было.

Вопросы:

1. Опишите тактику неонатолога
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Как осуществляется верификация диагноза?
4. Принципы лечения ребенка
5. Перечислите антенатальные признаки, позволяющие заподозрить заболевание при проведении УЗИ скрининга.

Эталон ответа:

1. Установить желудочный зонд, провести пробу Элефанта
2. Атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем
3. Верификация - после рентгенологического исследования
4. Установить желудочный зонд, обеспечить регулярную

санацию содержимого, придать положение Фаулера (с приподнятым изголовьем на 45-60°), исключить масочной ИВЛ и СРАР, при наличии дыхательных нарушений – интубация и ИВЛ. Лечение ребенка хирургическое, перевод ребенка в специализированный стационар.

5. Антенатальными признаками атрезии пищевода является отсутствие визуализации желудка или уменьшенный размер желудка в сочетании с многоводием.

Задача №10.

Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Матери 22 года. Первый триместр беременности протекал с токсикозом и ОРВИ, с 22 недели – бактериальный вагиноз, в третьем триместре на 36 неделе мать перенесла бронхит с температурой 38°C. Роды срочные на сроке гестации 38 недель. Безводный промежуток 10 часов, задние воды зеленые, с неприятным запахом. Масса тела 3400, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Выписан домой в удовлетворительном состоянии на грудном вскармливании. На 6 сутки пуповинный остаток отпал самостоятельно. При осмотре на следующие сутки пупочная ранка под корочкой, наблюдается скудное серозное отделяемое. Температура 36,7°C. Сосет активно, самостоятельно. На 8-е сутки жизни появилась субфебрильная температура, вялость, ухудшение аппетита, срыгивания. При клиническом обследовании со стороны внутренних органов и нервной системы патологии не выявлено. Отмечается отек и гиперемия пупочного кольца, взбухание пупка и гнойное отделяемое из пупочной ранки. Ребенок осмотрен участковым педиатром и дано направление на стационарное лечение. В приемном отделении: ОАК: Нб - 167 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 240×10^9 /л, Лейк – $24,4 \times 10^9$ /л, миелоциты – 4%, п/я – 10%, с – 41%, л – 34%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие факторы риска привели к заболеванию?
3. Есть ли показания для назначения антибактериальной терапии?
4. Опишите признаки интоксикации у ребенка?
5. К какой группе здоровья относится ребенок?

Эталонный ответ:

1. Омфалит
2. Неблагоприятное течение беременности на фоне ОРВИ и бронхита, бактериального вагиноза способствовало инфицированию плода. В родах отмечается безводный промежуток 10 часов, воды с запахом. Произошла реализация внутриутробного инфицирования в виде омфалита.
3. Лечение омфалита – назначение антибактериальной терапии.
4. К признакам интоксикации у данного ребенка относятся: субфебрильная температура, вялость, ухудшение аппетита, срыгивания.
5. Ребенок после выздоровления, при отсутствии

осложнений, относится ко второй группе здоровья

Задача №11.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом и анемией средней степени тяжести в первом триместре, гестозом в третьем триместре, первых преждевременных оперативных родов на фоне эклампсии и гипоксии плода, на сроке гестации 29 недель 4 дня. Был обнаружен истинный узел пуповины. Масса тела при рождении 1400 г, рост 40 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Состояние ребенка после рождения было тяжелым, за счет перенесенной асфиксии, дыхательных нарушений, незрелости. После оказания реанимационных мероприятий - переведен в ОРИТН. Находился на назальном СРАР, вводился экзогенный сурфактант, получал парентеральное питание, энтеральное питание пре-смесью в объеме трофического с постепенным увеличением объема. На 10 сутки жизни, когда объем одного кормления достиг 12 мл, появилось застойное отделяемое с зеленью по желудочному зонду в объеме 1/2 кормления, вздутие живота, примесь зелени и слизи в стуле (отхождение стула после стимуляции, самостоятельного стула не было в течение суток). В общем анализе крови на 1 сутки жизни: гемоглобин – 167 г/л, лейкоциты – $25,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 24%, моноциты – 12%, эозинофилы – 2, тромбоциты – $170,0 \times 10^9$ /л. СОЭ 5 мм/час. На 10 сутки жизни гемоглобин – 147 г/л, лейкоциты – $27,9 \times 10^9$ /л, нейтрофилы сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 20%, моноциты – 10%, эозинофилы – 2, тромбоциты – 110×10^9 /л. СОЭ 7 мм/час В биохимическом анализе крови на 10 сутки жизни глюкоза – 6,6 ммоль/л, общий белок 41 г/л, креатинин 100 ммоль/л, мочевины 6,8 ммоль/л, АСТ 76, АЛТ 201 Ед/л, общий билирубин 105 мкмоль /л, прямой – 12 мкмоль/л, Na 122 ммоль/л, калий 6,0 ммоль/л. КОС на 10 сутки жизни: pH - 7,28, pO₂ - 72 мм рт.ст., pCO₂ - 36 мм рт.ст., BE = - 5,8. На УЗИ органов брюшной полости на 10 сутки жизни – газ в системе воротной вены отсутствует.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Каким состоянием осложнилось течение основного заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику и какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Патогенез нарушений ЖКТ?
5. Принципы нутритивной поддержки в данной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. Асфиксия умеренной степени. РДС недоношенных средней степени тяжести, ателектазы легких. Недоношенность, срок гестации 29 недель.
2. Некротизирующий энтероколит.
3. Кишечная непроходимость, пневмония, поздний неонатальный сепсис. Для проведения дифференциального диагноза необходимо рентгенологическое исследование, СРБ и прокальцитонин, посев крови.

4. Развитие некротизирующего энтероколита связано с ишемией кишечника (гестоз, асфиксия при рождении, РДС), и нарушением заселения кишечной микрофлоры (искусственное вскармливание)
5. Прекращение энтерального вскармливания и полное парентеральное питание

Задача №12.

Акушерский диагноз: «Роды вторые, запоздалые на сроке 42 недели. В родах – упорная слабость родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода. Кесарево сечение».

Околоплодные воды – густые мекониальные. Родился ребенок, мальчик вес 4200 гр, длина 57 см, с признаками переносимости.

При рождении крика и дыхания нет, пульсация пуповины есть.

Кожные покровы бледные, оболочки прокрашены меконием.

Начаты реанимационные мероприятия. Через 1 минуту после рождения оценка по Апгар 4 балла (сердцебиение больше 100 в мин, дыхание типа гаспинг, гримаса в ответ на санацию). Кожные покровы цианотичные на бледном фоне. Через 5 минут оценка по Апгар 6 баллов, SpO₂ – 82%.

Дыхание стонущее, проводится по всем полям, с выраженным участием вспомогательной мускулатуры, втяжение нижней апертуры и межреберий, множественные разнокалиберные хрипы по всем полям, ЧД 68 в минуту.

Тоны сердца ритмичные, 136 в минуту. Проводится ИВЛ. Кожные покровы розовые, акроцианоз. Дыхание аппаратное, проводится по всем полям, разнокалиберные хрипы по всем полям, ЧД 50 в минуту.

По интубационной трубке saniруются мекониальные околоплодные воды. Тоны сердца ритмичные, 138 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2см. Отходит меконий.

Вопросы:

Вопросы:

1. Продемонстрируйте этапы первичных реанимационных мероприятий.
2. Обоснуйте показания или противопоказания для интубации трахеи сразу после рождения в родильном зале
3. Оцените степень дыхательных нарушений.
4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
5. Обоснуйте необходимость проведения ИВЛ через интубационную трубку.

Эталонный ответ:

1. Начальные действия (30 сек): Пересечение пуповины и перенос ребенка на столик под источник лучистого тепла. Обтирание, удаление пеленок. Подключение датчика пульсоксиметра преддуктально. Необходимо избегать гипоксемии и гиперкапнии, поддерживая сатурацию гемоглобина кислородом (SpO₂) более 95%. Следует помнить, что доказательства эффективности применения СРАР у новорожденных с САМ отсутствуют. Кроме того, СРАР при САМ может увеличивать риск развития пневмоторакса. При проведении ИВЛ предпочтительнее использовать пациент-триггерную вентиляцию SIMV;
2. Не рекомендуется рутинная интубация и санация трахеи

через интубационную трубку, если на момент рождения у новорожденного ЧСС более 100 ударов в минуту, спонтанное дыхание эффективное, хороший мышечный тонус.

3. Оценка по шкале Доунса – 6 баллов.

4. Асфиксия средней тяжести. Синдром мекониальной аспирации, ДН II-III ст.

5. Решение вопроса об аппаратной ИВЛ по показателям КОС и/или степени выраженности дыхательной недостаточности: оценка по шкале Доунса более 6 баллов, рСО₂ более 60 мм рт ст

Задача №13.

Новорожденная девочка 7 дней, от третьей беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в 1-й половине, вторых срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу, к груди приложена в родильном зале. Выписана на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3050 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, из сосков выделяется бело-молочная жидкость; пуповинный остаток мумифицируется. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает изпод края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавленными комочками, прожилками слизи. Общий анализ крови: НЬ – 186 г/л, Эр – $4,6 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты – $16,4 \times 10^9 /л$, п/я – 2%, с – 45, э – 1%, л – 45%, м – 7%, СОЭ – 2 мм/час.

Вопросы:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?
3. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
4. С чем связано изменение характера стула?
5. Оцените результаты общего анализа крови.

Эталон ответа:

1. Физиологическая убыль первоначальной массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника.
2. Ребенок должен восстановить первоначальную массу тела к 12-14 дню жизни.
3. Нагрубание молочных желез – состояние, появляющееся у 2/3 новорожденных детей, связано с высоким уровнем половых гормонов в крови матери и пуповинной крови ребенка и женском молоке (прогестерон, эстрадиол, эстриол, пролактин), достигает максимума к 8-10 дню,

затем постепенно степень нагрубания уменьшается.
Консультация хирурга необходима при подозрении на развитие мастита

4. Изменение частоты и характера стула связано с транзиторным катаром и дисбактериозом кишечника. Происходит заселение кишечника транзиторной микрофлорой и переход на лактотрофный тип питания (бифидумфактор женского молока), в норме он продолжается в течение первой-второй недели жизни. Экстренной коррекции не требует.
5. В ОАК возрастная норма

Задача №14.

Новорожденная девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине, первых срочных родов на сроке гестации 40 недель. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 30 минут после рождения, сосала хорошо. На 2-е сутки появилась иктеричность кожных покровов. Уровень билирубина по билитесту 170 мкмоль/л. При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, иктеричные (3 зона по Крамеру), пуповинный остаток мумифицируется. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус не изменен. Стул переходный. Группа крови ребенка A(II) Rh-положительная. Группа крови матери 0(I) Rh-положительная. Общий анализ крови: НЬ – 196 г/л, Эр – $5,9 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 1,5%, Ц.п. – 0,94, Лейк — $9,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с – 42%, э – 1%, л – 47%, м – 5%, СОЭ – 2 мм/час. Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок – 52,4 г/л, билирубин: непрямой – 280 мкмоль/л, прямой – 14 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, АЛТ – 25 ммоль/л, АСТ – 88 ммоль/л

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
3. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?
4. Что такое ядерная желтуха?
5. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка?

Эталон ответа:

1. DS: Неонатальная желтуха.
2. Гипербилирубинемия.
3. В данном случае возможно развитие гемолитической болезни новорожденного, связанной с несовместимостью по ABO системе.
4. Билирубиновая энцефалопатия развивается при высоких цифрах непрямого билирубина. Средними показателями билирубина, при которых развивается ядерная желтуха

считаются 340 мкмоль/л у доношенных и 170 мкмоль/л у недоношенных. Однако эти цифры могут варьировать. Для клиники ядерной желтухи характерно: спастичность, ригидность затылочных мышц, вынужденное положение тела с опистотонусом, периодическое возбуждение и резкий мозговой крик, выбухание большого родничка, подёргивание мышц лица, крупноразмашистый тремор рук, судороги, симптом заходяще солнца, нистагм, симптом Грефе, брадикардия, летаргия, повышение температуры тела.

5. Лечение – проведение фототерапии. Показаний для проведения операции заменного переливания крови нет.

Задача №15.

Доношенный мальчик родился 4 дня назад. Матери 32 года, беременность и роды вторые, в женской консультации на учете не состояла. Группа крови матери 0(I) Rh-отрицательная. Первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, Поступила в родильный дом во втором периоде родов. Роды в приемном отделении. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричал сразу, крик громкий. Общее состояние удовлетворительное. В возрасте 12 часов появилось желтушное прокрашивание кожи. Уровень билирубина 125 мкмоль/л. Уровень гемоглобина 160 г/л. Проводилась интенсивная фототерапия. Через 4 часа уровень билирубина 167 мкмоль/л. Сосет активно. Дыхание проводится по всем полям, пуэрильное, 42 в минуту. Тоны сердца ритмичные, 138 в минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Отходит меконий. Общий анализ крови: НЬ – 160 г/л, Эр – $4,2 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты – 6%, Лейк – $12,0 \times 10^9 /л$, п/я – 6%, с – 49%, э – 1%, л – 36%, м -8%, СОЭ – 2 мм/час. Группа крови ребенка А(II) Rh-положительная. Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза?
3. Какие осложнения могут возникнуть при проведении заменного переливания крови?
4. Тактика ведения ребенка. Назначьте лечение.
5. Схема вакцинации ребенка на первом году жизни?

Эталон ответа:

1. Гемолитическая болезнь новорожденного, несовместимость по АВО, Rh несовместимости, желтушная форма, тяжелой степени.
2. Для подтверждения диагноза необходимо провести реакцию Кумбса и определить титр антител в крови.
3. Объемная перегрузка, сердечная недостаточность, тромбоцитопения, нейтропения, инфекционные, гипогликемия, гипокальциемия, тромбозы, гипотермия.
4. Проведение заменного переливания крови и фототерапии под контролем уровня билирубина через 12 часов после заменного переливания крови и далее каждые 24 часа. Увеличение количества жидкости на 20% от физиологической потребности.

5. Ребенок не подлежит вакцинации против туберкулеза после проведения заменного переливания крови в неонатальном периоде. Проведение профилактических прививок проводится согласно национальному календарю прививок.

Задача №16.

Мальчик Д., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «Геморрагическая болезнь новорожденного. Кишечное кровотечение». Матери 38 лет, беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 10-12, 24-26, 32-34 недели, стационарное лечение. Получала препарат «клексан». Роды на 38-й неделе. 1-й период – 15 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 4 часа. Задние воды с кровью. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как средней тяжести за счет неврологической симптоматики. К груди приложен на первые сутки, у матери гипогалактия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью «кофейной гущи». Проба Апта отрицательная. На 4 день мелена, однократно рвота с примесью «кофейной гущи». При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледно-субиктеричные. По желудочному зонду отделяемого нет. В легких дыхание пузрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе – ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук. Общий анализ крови: НЬ – 160 г/л, Эр – $4,4 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 310×10^9 /л, Лейк – $15,9 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 51%, л – 38%, м – 8%, СОЭ – 2 мм/час. Время кровотечения по Дюке – 2 минуты. Время свертывания по Бюркеру: начало – 3,5 минуты, конец – 7 минут. Коагулограмма: каолиновое время – 100" (норма – 40-60"), АЧТВ – 90" (норма – 40-60"), протромбиновое время по Квику – 26" (норма – 12-15"), тромбиновое время – 30" (норма – 28- 32"), протромбиновый индекс – 25%. Биохимический анализ крови: общий белок – 48,4 г/л, билирубин: непрямой – 196 мкмоль/л, прямой – 2,5 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 150 ммоль/л, АСТ – 98 ед., АЛТ – 42 ед.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Как верифицируется диагноз «геморрагическая болезнь»? Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
3. Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга?
4. Назначьте лечение.
5. Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая форма, желудочно-кишечное кровотечение.
2. Диагноз «геморрагическая болезнь новорожденного» верифицируется на основании наличия факторов риска,

геморрагического синдрома и данных лабораторных методов исследования. В данном случае развитие геморрагической болезни может быть вызвано течением беременности (прием препарата клексан), течение раннего неонатального периода (смешанное вскармливание).

3. Нет, при купировании геморрагического синдрома на фоне проводимой адекватной терапии.

4. Лечение витамин К (викасол) в/м и СЗП в/в.

Симптоматическая терапия сопутствующих заболеваний.

5. Вакцинация (против гепатита В и туберкулеза) детям с геморрагической болезнью в периоде новорожденности не рекомендуется. Новорожденные, перенесшие геморрагическую болезнь новорожденных, подлежат стандартной диспансеризации на амбулаторном этапе.

Задача №17.

Новорожденная девочка 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Матери 24 лет, в анамнезе генитальный герпес. Беременность первая, протекала с обострением герпеса на 36-37 неделях гестации. Роды срочные, в головном предлежании. 1-й период – 7 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 12 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см, окружность головы – 35 см, грудной клетки – 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, диастаз сагиттального шва на 0,4 см, большой родничок 2×2 см, малый – 0,3×0,3 см. На 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, на 5-й день жизни в состоянии средней тяжести переведена в стационар. На 13-й день жизни на туловище, конечностях, слизистой оболочке полости рта появились везикулярные высыпания с плотной покрывкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,8°C, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги. Общий анализ крови на 6-й день жизни: НЬ – 172 г/л, Эр – $4,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,94, тромб – $190,0 \times 10^9$ /л, Лейк – $10,0 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с – 30%, л – 54%, м – 15%, СОЭ – 2 мм/час. На 13 день жизни: НЬ — 162 г/л, Эр – $4,6 \times 10^{12}$ /л, Тромб – 130×10^9 /л, Лейк – $17,0 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с – 27%, л – 59%, м – 10%, СОЭ – 8 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 40,0 г/л, билирубин: общий – 310 мкмоль/л, непрямой – 268 мкмоль/л, прямой – 32 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, АСТ 169 Ед/л. Исследование спинномозговой жидкости на 12-й день жизни: прозрачность – мутная, белок – 1650 г/л, реакция Панди – ++++, цитоз – 350 в 3 мкл: нейтрофилы – 25%, лимфоциты – 75%.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Каковы пути инфицирования плода и новорожденного?
3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
4. Оцените результаты общего анализа крови.

5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1. Врожденная герпесвирусная инфекция, герпетический менингоэнцефалит.
2. Антенатально плод чаще всего заражается трансплацентарно или интранатально. После родов возможно заражение ребенка при контакте с больным персоналом, осуществляющим уход за ребенком.
3. Для верификации диагноза необходимо провести исследование ликвора, содержимого везикул вирусологическим методом и ПЦР. Проведение ИФА с определением авидности в парных сыворотках в динамике.
4. В общем анализе крови в динамике тромбоцитопения, лимфоцитоз
5. Менингит, энцефалит, гепатит, везикулопустулез, ветряная оспа, пузырьчатка новорожденных.

Задача №18.

Мальчик, 4 сутки жизни, от матери 34 лет. Беременность вторая (первая – выкидыш), протекала с токсикозом в первом триместре, во втором и третьем триместрах выявлен гестационный сахарный диабет, компенсировался диетой, в третьем триместре преэклампсия. Роды преждевременные на 36-й неделе, слабость родовой деятельности, индукция окситоцином. 1-й период – 13 часов, 2-й – 1 час, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела при рождении 4500 г, длина тела 55 см, окружность головы – 37,5 см, грудной клетки – 36,5 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. После рождения состояние расценено как тяжелое. Крик слабый, стонущий. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: короткая шея, лунообразное лицо, широкие плечи, избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки на лице и верхнем плечевом поясе. Лануго, низко расположенное пупочное кольцо. Кожные покровы с цианотичным оттенком, дистальный цианоз, периоральный цианоз. Пастозность мягких тканей. В легких дыхание проводится по всем полям, жестковатое, хрипов нет, частота дыхания 50 в мин. Сердечные тоны приглушены, 148 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у реберного края. В неврологическом статусе отмечалось угнетение рефлексов, гиподинамия. Уровень глюкозы крови после рождения – 1,4 ммоль/л. В первые сутки жизни – уровень гемоглобина крови - 254 г/л, эритроциты – $6,7 \times 10^{12}/л$, гематокрит 68%. Общий анализ крови на 3-и сутки: НЬ – 222 г/л, Эр – $6,6 \times 10^{12}/л$, Лейк – $10,2 \times 10^9 /л$, п/я – 3%, с – 56%, э – 1%, л – 33%, м – 7%, СОЭ – 2 мм/час. Глюкоза крови: через час после рождения – 2,0 ммоль/л, в возрасте 3 дней – 2,9 ммоль/л (на фоне инфузионной терапии). Биохимический анализ крови: общий белок – 51,0 г/л, билирубин: непрямой – 270 мкмоль/л, прямой – 2,8 мкмоль/л, мочевины – 5,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, кальций – 1,02 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Оцените динамику уровня глюкозы крови у

новорожденного?

3. Какие изменения можно выявить при проведении ЭхоКГ и ЭКГ-исследовании ребенка? 4. Какие осложнения возможны в течении этого заболевания?

5. Назначьте лечение. Каков прогноз у этого ребенка?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Синдром новорожденного, рожденного от матери с гестационным сахарным диабетом. Гипогликемия.

2. У новорожденного ребенка в крови отмечается гипогликемия, которая сохраняется в течение трех суток жизни и на момент перевода ребенка в отделение патологии новорожденных.

3. При проведении ЭХО-КГ и ЭКГ возможно выявление различных вариантов врожденных пороков сердца, а также ишемическое поражение миокарда и нарушение проводимости. Частым вариантом патологии является легочная гипертензия.

4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.

5. Тактика лечения данного ребенка – посиндромная терапия выявленных нарушений. Коррекция гипогликемии осуществляется при уровне глюкозы крови менее 2,6 ммоль/л. В периферические вены возможно введение раствора глюкозы концентрацией не более 12,5%. При гипокальциемии коррекция введением 10% глюконата кальция. Не прекращается естественное вскармливание.

Задача №19.

Матери 21 год. Настоящая беременность первая, многоплодная, монохориальная двойня, протекала без патологии. Роды преждевременные, на 35-й неделе гестации, двойней. 1-й период родов – 8 часов 15 минут, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела первого близнеца 1950 г, длина – 42 см, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов; второго – 2300 г, 46 см и 6/7 баллов соответственно. При первичном осмотре у первого ребенка обращали на себя внимание бледность кожных покровов, снижение подкожно-жирового слоя, вялость, снижение рефлексов. Дыхание проводится по всем полям, ослабленное в задних отделах, единичные крепетирующие хрипы, ЧД до 68 в минуту. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Оценка по Сильверман 3-4 балла. Тоны сердца ритмичные, приглушены 128 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Признаки недоношенности. У второго ребенка кожные покровы эритематозные, акроцианоз, подкожно-жировой слой развит достаточно, со стороны нервной системы – умеренный синдром угнетения. Дыхание проводится по всем полям, тахипноэ до 70 в минуту. Втяжение нижней апертуры грудной клетки при дыхании. Сильверман 2 балла. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 142 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2см. Отходит меконий.

Дополнительные данные исследования: При исследовании по cito периферической крови: у 1-го ребенка НЬ 126 г/л, Нt – 38%; у 2-го ребенка НЬ 263 г/л, Нt – 78%.

Вопросы:

1. О какой патологии можно думать в данном случае?
2. Сформулируйте предварительный диагноз первого ребенка
3. Сформулируйте предварительный диагноз второго ребенка
4. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.
5. Какой объем дополнительных исследований необходимо провести?

Эталон ответа:

1. Фето-фетальная трансфузия
2. Асфиксия умеренной степени. РДС недоношенных легкой степени. Синдром фето-фетальной трансфузии. Анемия. Недоношенность (срок гестации 35 недель). ЗВУР по типу гипотрофии. Первый ребенок из двойни.
3. Асфиксия умеренной степени. РДС недоношенных легкой степени. Синдром фето-фетальной трансфузии. Полицитемия. Недоношенность (срок гестации 35 недель). ЗВУР по типу гипотрофии. Второй ребенок из двойни.
4. Тактика мероприятий в отношении первого ребенка: режим обогреваемой кровати, дыхательная поддержка, инфузионная терапия, организация вскармливания (грудное молоко и смесь для недоношенных новорожденных), переливание компонентов крови (эритроцитарной массы).
5. Тактика мероприятий в отношении второго ребенка: режим обогреваемой кровати, дыхательная поддержка, инфузионная терапия, организация вскармливания (грудное молоко и смесь для недоношенных новорожденных), частичное заменное переливание крови.
5. Биохимический анализ крови, КОС, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, ЭХО-КС, ОАК в динамике, ОАМ.

Задача №20.

Новорожденная девочка 3 суток жизни, от третьей беременности, протекавшей с угрозой прерывания и анемией в третьем триместре беременности, вторых преждевременных родов на сроке гестации 30 недель. Масса тела при рождении 1670 г, рост 40 см, оценка по Апгар 7/8 баллов. Состояние ребенка при рождении было расценено как средне-тяжелое, за счет незрелости. Ребенок получал инфузионную терапию в палате интенсивной терапии, в первые сутки жизни был кислородзависимый, кормился через зонд, питание усваивал. При осмотре на третий день жизни выявлено ухудшение состояния за счет явлений интоксикации. Ребенок вялый, неактивный. срыгнул с примесью желчи. При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Дыхание аритмичное – чередование тахипноэ с апноэ. Аускультативно в легких дыхание ослаблено,

выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в V точке. ЧСС 160 ударов в мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка +1,0 см из-под реберной дуги. Стула при осмотре нет. В неврологическом статусе: взор «плавающий», крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голени и предплечий. Ригидности затылочных мышц нет. Большой родничок 1×1 см, не напряжен. Общий анализ крови по cito!: НЬ – 150 г/л, Лейкоциты – $26,3 \times 10^9$ /л, миелоциты – 6%, метамиелоциты – 6%, п/я – 17%, с – 50%, л – 17%, м – 4%, СОЭ – 30 мм/час. Кислотно-основное состояние крови: рО₂ – 36,2 мм рт.ст., рСО₂ – 44,6 мм рт.ст., рН – 7,33, ВЕ = – 10,2 ммоль/л. Биохимический анализ крови: общий белок – 60,0 г/л, глюкоза – 6,5 ммоль/л, калий – 4,28 ммоль/л, натрий – 132,1 ммоль/л, кальций – 0,73 ммоль/л (ионизированный). Общий анализ мочи: реакция кислая, белок – 0,66%, лейкоц. – сплошь все поля зрения, цилиндры зернистые 3-5 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные методы обследования показаны данному ребенку? Как лабораторно Вы можете подтвердить Ваш предполагаемый диагноз?
3. Показана ли ребенку люмбальная пункция?
4. Наметьте основные принципы антибактериальной терапии данной патологии.
5. Каковы особенности течения данного заболевания у недоношенных?

Эталон ответа:

1. Ранний неонатальный сепсис. Менингоэнцефалит. Пневмония. Пиелонефрит. Недоношенность (срок гестации 34 недели)
2. Посев крови, мочи. ПЦР диагностика. СРБ, прокальцитонин. рентгенография, НСГ, ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ брюшной полости.
3. Ребенку показана люмбальная пункция для верификации диагноза
4. Комбинация из двух бактерицидных антибиотиков: аминогликозиды и «защищенные» пенициллины. Смена антибактериальных препаратов в зависимости от чувствительности микрофлоры.
5. У недоношенных сепсис диагностируется чаще по сравнению с доношенными, характерно подострое течение, в виде септицемии, чаще развитие осложнений.

Задача №21.

Матери 22 года, здорова. Отец – 25 лет, здоров, профессиональных вредностей нет. Женщина наблюдалась в женской консультации с 7 недель беременности. Отмечался легкий токсикоз в первой половине беременности. Артериальное давление стойкое 110/ 70 мм.рт.ст. В сроке 32 недель отмечена анемия тяжелой степени, принимала 3 недели препараты железа. Прибавка в весе – 6 кг. В конце беременности отмечались отеки. Ребенок родился в срок 40

недель гестации с массой 3750 г. Закричал сразу. Приложен к груди в первые сутки, грудь взял хорошо, сосал активно. На третьи сутки жизни масса тела 3600 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета. Ребенок на грудном вскармливании.

Вопросы:

1. Какие транзиторные состояния выявлены у новорожденного?
2. Нужна ли коррекция питания?
3. Возможно ли проведение профилактических прививок? В какие сроки?
4. Нужны ли дополнительные методы обследования?
5. Существует ли риск развития анемии у новорожденного?

Эталонный ответ:

1. Токсическая эритема, мочекишечный инфаркт
2. Необходимости в коррекции питания нет, ребенок находится на грудном вскармливании, патологической убыли массы тела нет.
3. Профилактические прививки проводятся в декретированные сроки, противопоказаний нет.
4. Показаний для дополнительного обследования ребенка нет.
5. Риск развития анемии у ребенка существует, учитывая наличие анемии тяжелой степени у матери и неадекватную коррекцию анемии у матери

Задача №22.

Новорожденный мальчик, родился от пятой беременности, четвертых срочных родов. Мать на учете в женской консультации не состояла, не обследовалась. Поступила в конце первого периода родов. Родился ребенок, массой 2200 грамм, ростом 48 см, оценка по Апгар 5/7 баллов. Задние воды мекониальные. Оказаны реанимационные мероприятия. При санации трахеи – меконий в количестве 4 мл. Состояние ребенка при переводе из родильного зала оценено как тяжелое, за счет перенесенной асфиксии, дыхательных нарушений. Кожные покровы сухие, с шелушением, смазки нет. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, распределена равномерно. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, проводится по всем полям, разнокалиберные хрипы, ЧД до 64 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены 128 в минуту. Живот гипотоничный, увеличен в объеме. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Не мочился. Переведен в ОРИТН, начата интенсивная терапия. В течение первых суток жизни диурез составил 0,5 мл/кг/час. Мошонка отечна, увеличена в размерах.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести данному ребенку?
3. Есть ли показания для проведения антибактериальной терапии?

4. С чем связаны дыхательные нарушения у данного ребенка?

5. Оцените весо-ростовые показатели ребенка.

Эталон ответа:

1. Асфиксия умеренной степени. Синдром аспирации меконием. Маловесный к гестационному возрасту.
2. Ребенку необходимо провести следующие исследования: ОАК, ОАМ, НСГ, УЗИ брюшной полости, биохимический анализ крови, СРБ.
3. Учитывая высокий риск реализации внутриутробного инфицирования (пневмония) ребенку рекомендуется начать антибактериальную терапию.
4. Дыхательные нарушения связаны с аспирацией мекониальными водами и/или развитием пневмонии.
5. Согласно центильным таблицам, масса ребенка находится в коридоре ниже 10 центиля, рост выше 50 центиля

Задача №23.

Ребенок от первой беременности, ЭКО, протекавшей с угрозой прерывания в первом триместре, первых срочных родов, с оценкой по Апгар 8/8 баллов, приложен к груди в родильном зале, активный сосательный рефлекс. Переведен в палату совместного пребывания. К концу вторых суток жизни мать обращается с жалобами на вялость ребенка и отказ от груди в течение 4 последних часов. При осмотре: Ребенок вялый, неактивный. Температура тела 36,3°C. Кожные покровы цианотичные, кисти и стопы холодные. Легкое втяжение нижней апертуры грудной клетки. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум с максимумом на верхушке, ЧСС 158 в минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Мочится. Сатурация 88%.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для верификации диагноза?
3. Тактика ведения ребенка
4. Назовите причины, которые привели к ухудшению состояния ребенка
5. Возможна ли антенатальная диагностика данного состояния?

Эталон ответа:

1. Дуктусзависимый врожденный порок сердца (ТМА?)
2. Для верификации диагноза необходимо провести ЭХО-КГ, рентгенологическое исследование. Для исключения патологии надпочечников – УЗИ надпочечников, биохимический анализ крови, КОС, газы крови.
3. Перевод ребенка в отделение реанимации или интенсивной терапии, титрование простагландинов E, перевод в отделение кардиохирургии.
4. Закрытие открытого артериального протока при отсутствии ДМЖП или ДМПП вызывает нарастание сердечной недостаточности.
5. Транспозиция магистральных артерий является пороком

сердца, который должен диагностироваться внутриутробно. Однако выявляемость этого порока антенатально не превышает 75%.

Задача №24.

Ребенок в возрасте 21 дня поступил в стационар с диагнозом «Конъюгационная желтуха». Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с ОРВИ в первом триместре и бессимптомной бактериурией в третьем триместре, первых срочных быстрых родов. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Масса ребенка 3360 грамм, рост 53 см. Выписан из родильного дома с массой 3300 грамм на пятый день жизни, в удовлетворительном состоянии. Уровень билирубина по билитесту при выписке составил 190 мкмоль/л. После выписки из родильного дома ребенок находился на грудном вскармливании. Со слов матери, примерно 1-2 раза в сутки ребенок срыгивал створоженным молоком. Стул желтого цвета 3-4 раза в сутки. Желтуха нарастает с 15 дня жизни. Уровень билирубина по билитесту в день осмотра - 280 мкмоль/л. Масса тела ребенка 3400 грамм. При поступлении в стационар состояние ребенка средней степени тяжести, за счет интоксикации, на осмотр реагирует несколько вяло. Кожные покровы иктеричные, чистые. Тургор тканей умеренно снижен, подкожный жировой слой выражен недостаточно. В лёгких дыхание проводится над всеми полями, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 138 в минуту. Живот доступен глубокой пальпации во всех отделах, мягкий, безболезненный. Патологических образований и симптомов раздражения брюшины нет. Печень увеличена (правая доля +2,5-3 см от края рёберной дуги), край её ровный, умеренно уплотнен. Селезёнка увеличена (+1 см от края рёберной дуги), подвижная, незначительно уплотнена. Почки не пальпируются. ОАК Нв – 110 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9, л. – $6,7 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 69%, э. – 2%, мон. – 11%, лимф. – 17%, СОЭ – 12 мм/час. Биохимический анализ крови: билирубин общий 198 мкмоль/л, прямой билирубин – 124 мкмоль/л, непрямой – 74 мкмоль/л, АсАТ – 1,15 ед., АлАТ – 1,94 ед., щелочная фосфатаза – 280 ед./л (норма до 70-140 ед./л).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие факторы могли стать причиной данного заболевания?
3. Развитие каких осложнений возможно в данном случае?
4. Консультация каких специалистов необходима для верификации диагноза?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для проведения дифференциальной диагностики?

Эталонный ответ:

1. Врожденный порок развития, атрезия желчных протоков.
2. К формированию порока приводит действие различных неблагоприятных факторов в первом триместре беременности, чаще всего это следствие врожденной инфекции.
3. Возможно развитие печеночной недостаточности, геморрагического синдрома, инфекционных осложнений, анемии,

поражение ЦНС.

4. Хирург, инфекционист.

5. Для дифференциальной диагностики необходимы: биохимический анализ крови, исследование мочи на уробилин, исследование кала на стеркобилин, УЗИ печени и желчного пузыря, гепатосцинтиграфия.

Задача №25.

Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с гестозом в третьем триместре беременности на фоне ожирения второй степени. Роды первые, запоздалые на сроке гестации 41 неделя. Роды затяжные, первый период 26 часов, второй период 40 минут. Слабость родовой деятельности, родостимуляция окситоцином. Ребенок родился с массой тела 4500 г, длина тела 54 см. Закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. Однократное нетугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Околоплодные воды зеленоватые. Состояние ребенка при первичном осмотре удовлетворительное, переведен в палату совместного пребывания. На третий день жизни на осмотре состояние с отрицательной динамикой. При осмотре в отделении новорожденных – состояние средней тяжести. Мышечный тонус снижен в левой руке. Безусловные рефлексы с левой руки ослаблены. При пальпации ключиц слева определяется припухлость, крепитация. Левое надплечье короче правого. Левую руку щадит.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие мероприятия необходимо провести в родильном доме?
3. Можно ли проводить профилактические прививки?
4. Нуждается ли ребенок в дополнительных консультациях специалистов?
5. Показан ли перевод ребенка в отделение патологии новорожденных?

Эталонный ответ:

1. Перелом ключицы слева
2. Иммобилизация конечности, обезболивание
3. Вакцинация по календарю профилактических прививок
4. При наличии осложненного перелома – консультация ортопеда
5. При наличии осложненного перелома по рекомендации ортопеда или при развитии осложнений показан перевод в ОПН

Задача №26.

Ребенок, от второй беременности, первых родов при сроке 38 недель гестации. Первая беременность закончилась выкидышем в сроке 9 недель. Данная беременность протекала на фоне вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу. В 20-24 недели диагностирована анемия средней тяжести. В 26 недель отмечалась лейкоцитурия до 80-100 лейкоцитов в поле зрения, диагностирован гестационный пиелонефрит. Проводилось лечение. Масса тела при рождении 2700 г., длина тела 47 см., окр. головы 31

см., окр. груди 30 см. Оценка по Апгар 8/8 б. В первые сутки жизни у ребенка была диагностирована гипогликемия (уровень глюкозы крови 2,0 ммоль/л), в связи с чем проводилась инфузионная терапия. Кормился через соску, сосал активно. Через 3 часа после рождения отошел меконий. В конце первых суток жизни у ребенка на фоне беспокойства отмечается срыгивание содержимым желудка, без патологических примесей. В возрасте 28 часов состояние ребенка тяжелое, срыгивает в объеме 5 мл, с примесью желчи. Выражены беспокойство, мышечная дистония, рефлексы оживлены. Дыхание проводится по всем полям, 46 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные 35-138 в минуту. Живот вздут, доступен пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Мочится. Меконий отходит. Глюкоза крови 4,8 ммоль/л. При проведении рентгенологического исследования: симптом «двойного пузыря».

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования показаны для верификации диагноза?
4. Тактика неонатолога
5. Принципы лечения?

Эталон ответа:

1. Непроходимость двенадцатиперстной кишки (Врожденная высокая кишечная непроходимость).
2. Дифференциальную диагностику проводят с другими видами кишечной непроходимости, функциональными нарушениями ЖКТ.
3. ОАК, КОС, рентгенография брюшной полости в вертикальном положении, иригография
4. Установить зонд в желудок, прекратить кормление, полное парентеральное питание, перевод в хирургический стационар
5. Лечение хирургическое, объем вмешательства определяется индивидуально.

Задача №27.

Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, без осложнений, вторая беременность срочными родами, без патологии, ребенку 5 лет, здоров. Перерыв между второй и настоящей беременностью три года. Матери 34 года, больна хроническим пиелонефритом. Отмечалось обострение во время данной беременности в 26-28 недель, лечилась в стационаре. Беременность протекала с токсикозом первой половины в течение трех недель. В конце беременности были отеки на ногах. Роды срочные, быстрые. Первый период 3 часа, второй 10 минут. Безводный период 2 часа. После рождения состояние ребенка расценено как удовлетворительное, приложен к груди. Находился в палате совместного пребывания. Выписан на пятый день жизни. На

второй день пребывания дома появилось беспокойство, срыгивание, подъем температуры до 37,8°. Осмотрен участковым врачом и направлен в стационар. При осмотре в приемном покое возбужден, отказывается от груди. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. На коже передней брюшной стенки, пузыри овальной и округлой формы, наполненные прозрачным желтоватым содержимым с венчиком гиперемии вокруг размером 5-10 мм. Симптом Никольского положительный. На месте одного пузыря – эрозивная поверхность с остатками эпидермиса. Температура тела 38°C. В анализе крови Hb 160 г/л, эритроциты $4,6 \times 10^{12}/л$, СОЭ 15 мм в час, лейкоциты $28 \times 10^9 /л$, п – 5%, с – 49%, э – 1%, л – 40%, м – 5%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Этиология заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Тактика лечения ребенка
5. Прогноз?

Эталонный ответ:

1. Пузырчатка новорожденных.
2. Возбудителями заболевания чаще всего являются стрептококки и стафилококки.
3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с сифилитической пузырчаткой, эпидермолизом, ветряной оспой, эксфолиативным дерматитом Риттера.
4. Госпитализация в стационар, изоляция в боксе, антибактериальная терапия, инфузионная терапия при наличии интоксикации, местная терапия.
5. При своевременно начатом лечении прогноз благоприятный

Задача №28.

Новорожденный мальчик от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания в первом триместре, обострения хронического пиелонефрита в третьем триместре. Оценка по шкале Апгар 7/7 б. Масса тела 3200 г., длина 51 см. Выписан домой на 5 день жизни в удовлетворительном состоянии. В возрасте 20 дней стали отмечаться срыгивания створоженным молоком через 1-1,5 часа после кормления, единичные прожилки крови. В течение последних 3-х дней мать отметила, что стул и мочеиспускание у ребёнка стали реже. Ребёнок был направлен на госпитализацию в отделение патологии новорождённых в возрасте 24 дней жизни с диагнозом «Пилороспазм». При поступлении состояние средней тяжести. Ребёнок беспокоен, раздражителен. Масса тела 3200 г., умеренные признаки дегидратации. Кожа розовая, слегка снижен тургор подкожножировой клетчатки. При беспокойстве лёгкий периоральный цианоз. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 130 в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, справа чуть выше пупка пальпируется плотный тяж. Печень + 2 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Кормится грудью матери

дробно через 3 часа, сосёт охотно по 90 мл. Перед очередным кормлением срыгивает створоженным молоком, дважды за первые сутки пребывания в стационаре отмечалась рвота «фонтаном». Лабораторные показатели в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Причины развития заболевания у ребенка?
3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра
4. Дифференциальная диагностика?
5. Принципы лечения

Эталон ответа:

1. Пилоростеноз
2. Заболевание чаще развивается у мальчиков, считается, что предрасполагают к развитию заболевания неблагоприятное течение беременности, такие как – болезни эндокринной системы у матери, вирусные заболевания в первом триместре беременности, наследственная предрасположенность.
3. С диагнозом «пилороспазм» ребенок был направлен в ОПН для лечения. Согласно данным анамнеза и клинического осмотра в данном случае диагноз должен быть выставлен «пилоростеноз» и ребенок направлен на госпитализацию в хирургическое отделение.
4. Пилороспазм дифференцируют с пилоростенозом: пилороспазм манифестирует в первые дни болезни, а пилоростеноз на 2–3 неделе жизни. Для пилоростеноза характерна перистальтика желудка в виде «песочных часов». При пилоростенозе можно пропальпировать привратник. При пилороспазме при рентгеноконтрастном исследовании проходимость не нарушена, а для пилоростеноза характерна задержка контраста в желудке до 24–72 ч. При пилоростенозе привратник закрыт длительно, при рентгенографии виден суженный пилорический канал. При пилороспазме привратник закрыт 15–20 мин, после открытия контрастная масса большими порциями переходит в двенадцатиперстную кишку; суженный пилорический канал виден редко.
5. Лечение заболевания только хирургическое. Если ребенок поступает в состоянии дегидратации, проводится инфузионная терапия с целью восполнения, назначается парентеральное питание. После оперативного вмешательства – период реабилитации.

Задача №29.

Дежурного врача неонатолога в 24:15 срочно вызывают в палату совместного пребывания, где мать сообщает, что ребенок посинел, кратковременно перестал дышать на фоне срыгивания. Объективно: ребенок возбужден, крик болезненный, кожные покровы розовые, акроцианоз, сатурация 96%. Голову при осмотре тянет назад, большой родничок на уровне костей свода черепа. Дыхание самостоятельное, легкое втяжение нижней апертуры, проводится по всем полям, непостоянные крепитирующие хрипы,

ЧД 58 в минуту. Тоны сердца ритмичные, чуть приглушены, 158 в минуту. Живот доступен пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Отходит переходный стул. При санации ротоглотки – створоженное молоко без примеси желчи. Из анамнеза: ребенок недоношенный, родился на сроке 36 недель, с массой тела 2900 гр, длиной 48 см. Оценка по Апгар 8/8баллов. Ребенок на грудном вскармливании, мать отмечает прилив молока. Сегодня 5 день жизни, период адаптации протекал без особенностей.

Вопросы:

1. Чем может быть вызвано ухудшение состояния ребенка?
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести в данном случае?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Обоснуйте необходимость назначения антибактериальной терапии
5. Составьте план ведения ребенка.

Эталонный ответ:

1. Ухудшение состояния ребенка вызвано гипоксией на фоне аспирации молока.
2. Рентгенографию органов грудной клетки, нейросонографию, ОАК
3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с перинатальным поражением ЦНС, судорожным синдромом, пневмонией, врожденной инфекцией, метаболическими нарушениями.
4. При подтверждении диагноза пневмонии необходимо проводить антибактериальную терапию.
5. Ребенок нуждается в переводе в палату интенсивной терапии. В плане лечения антибактериальная терапия, оксигенотерапия (по показаниям), симптоматическая инфузионная терапия.

Задача №30.

Девочка 4000 г родилась в умеренной асфиксии. Околоплодные воды мутные, с запахом. После оказания реанимационных мероприятий и перевода в ПИТ состояние тяжелое, цианоз, исчезающий при даче 40% O₂, одышка 70 в минуту, легкое втяжение межреберий при дыхании, притупление перкуторного звука в задне-нижних отделах легких, ослабленное дыхание, влажные хрипы.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для верификации диагноза?
3. Проведите оценку выраженности дыхательной недостаточности по шкале Downes.
4. Каков объем мониторинга?
5. Плановая терапия.

Эталон ответа:

1. Врожденная пневмония.
2. Общий анализ крови, рентгенография органов грудной

	<p>клетки, биохимический анализ крови (в том числе – СРБ, прокальцитонин), анализ крови на КОС и электролиты</p> <p>3. Оценка по шкале Downes 4 балла</p> <p>4. Мониторинг SpO₂, ЧД, ЧСС, АД, контроль показателей КОС в динамике, контроль диуреза.</p> <p>5. Антибактериальная терапия, инфузионная терапия, кормление сцеженным грудным молоком или адаптированной гипоаллергенной смесью; при нарастании дыхательной недостаточности – решение вопроса о необходимости ИВЛ</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100	
Отлично (5)	

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

--	--

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям Отлично (5)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Неонатология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений) если применимо к РП!!!
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-118	1-21	1-219	1-225	
ПК	1	84, 85, 87, 88	1-21	170, 171, 198	18, 170, 171, 173-176, 180, 194	
	2		1-21	18, 19, 170, 171, 172, 173, 175, 176, 198	170, 171, 172, 193	
	4			43, 156	43, 155, 182, 195	
	5	43, 45-51, 53-54, 86, 102-103, 105, 108, 112	1-21	20, 74-75, 86-90, 124, 134-136, 157, 177-179, 180-184	19, 21, 20, 45-73, 74-83, 90-91, 100-112, 124, 128-131, 140-142, 156,	

					158, 177-179, 184-185	
	6		1-21	42, 85, 196	42, 85, 192	
	7	1-33, 36-39, 41-42, 52, 55-61, 64- 77, 80-83, 89-101, 104, 106-107, 109-11, 113, 114-118	1-21	1-17, 21-40, 44, 45-73, 76-83, 84, 91-113, 114- 117, 119- 123, 125- 133, 137- 154, 155, 158-169, 185-195, 199-218	1-17, 23-40, 92-97, 99, 113, 132-139, 143-154, 159- 169, 180-183, 186-191, 196- 225	
	9	44, 84	1-21		44, 84, 98	
	10		1-21		127	
	12	34, 40, 62, 63, 78	1-21	118, 219	41, 125, 155	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p align="center"><i>Б 1.В.ОД.1.1</i> Раздел 1 <i>«Семиотика заболеваний сердечно-сосудистой системы»</i></p>	<p>1.Возрастные анатомо-физиологические особенности системы кровообращения у детей 2.Формирование сердечно-сосудистой системы во внутриутробном периоде 3.Биохимические маркеры в оценке состояния сердечно-сосудистой системы. 4.Анатомо-физиологические и функциональные особенности системы кровообращения у доношенного и недоношенного ребенка</p>
<p align="center"><i>Б 1.В.ОД.1.2</i> Раздел 2 <i>«Врожденные пороки сердца у детей»</i></p>	<p>5.Частота, структура, классификация ВПС. Основные синдромы, которыми проявляются врожденные пороки сердца и их терапия: Сердечная недостаточность. Артериальная гипоксемия. Нарушение ритма. Дуктус-зависимые состояния 6.Алгоритмы и методы диагностики ВПС: Пренатальная диагностика. Постнатальная диагностика. Сочетание врожденных пороков сердца с наследственной патологией 7.Варианты врожденных пороков сердца: Открытый артериальный проток. Пороки развития межпредсердной перегородки и аномалии легочных вен. Дефект межпредсердной перегородки. Аномальный дренаж легочных вен 8.Дефект межжелудочковой перегородки. Открытый атриовентрикулярный канал. Пороки развития легочной артерии. Изолированный стеноз легочной артерии. Атрезия легочной артерии в сочетании с ДМЖП. Атрезия легочной</p>

	<p>артерии с интактной межжелудочковой перегородкой</p> <p>9.Тетрада Фалло. Отхождение аорты и легочного ствола от правого желудочка. Корригированная транспозиция магистральных артерий. Общий артериальный ствол. Транспозиция магистральных артерий</p> <p>10.Пороки развития аорты: Аортальный стеноз. Коарктация аорты. Аневризма синуса Вальсальвы. Аорто-желудочковый туннель.</p> <p>11.Синдром гипоплазии левого сердца Аномалия Эбштейна. Единственный желудочек и атрезия трикуспидального клапана</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Неотложные состояния сердечно-сосудистой системы у детей»</p>	<p>12.Общие принципы хирургического вмешательства ВПС. Паллиативные операции. Направленные на уменьшение нагрузки на сердце. Направленные на уменьшение гипоксемии.</p> <p>13.Гемодинамическая коррекция пороков. Радикальные операции</p> <p>14.Особенности наблюдения за больными, оперированными по поводу врожденных пороков сердца.</p> <p>15.Нарушение функции автоматизма синусового узла. Синусовая тахикардия. Синусовая брадикардия.</p> <p>16.Синдром слабости синусового узла. Варианты миграции водителя ритма. Эктопические ритмы. Нарушения функции проводимости. Синоатриальная блокада. Внутрипредсердная блокада.</p> <p>17.Нарушения атриовентрикулярной проводимости (неполные АВ блокады, полная АВ блокада). Экстрасистолия. Пароксизмальная тахикардия</p>

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Семиотика заболеваний сердечно-сосудистой системы»</p>	<p>1.Легочная гипертензия. Классификация, клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>2.Легочная гипертензия, ассоциированная с: врожденными пороками сердца (клиника, диагностика).</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Врожденные пороки сердца у детей»</p>	<p>3.Общие принципы хирургического вмешательства ВПС. Паллиативные операции. Направленные на уменьшение нагрузки на сердце. Направленные на уменьшение гипоксемии.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 Неотложные состояния сердечно-сосудистой системы у детей «»</p>	<p>4.Персистирующая легочная гипертензия новорожденных. Критерии диагностики, лечение.</p> <p>5.Острая сердечно-сосудистая недостаточность</p> <p>6.Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность. Классификация. Характер кардиодинамики и гемодинамики.</p> <p>7.Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность. Нарушение гемостаза. Клиническая и инструментальная диагностика.</p> <p>8.Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность Стадии</p>

	<p>недостаточности кровообращения, функциональный класс. Особенности развития и клиники недостаточности кровообращения у детей раннего возраста. 9.Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность. Принципы лечения.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами);

<p><i>Б 1.В.ОД.</i> «Детская кардиология»</p>	<p>.Диафрагмальная (нижняя) поверхность сердца представлена в основном:</p> <p>а) Правым желудочком. б) Левым желудочком. в) Левым предсердием.</p> <p>2. Коронарные артерии относятся к артериям:</p> <p>а) Эластического типа. б) Мышечно-эластического типа. в) Мышечного типа.</p> <p>3. К проводящей системе сердца относится все перечисленное, кроме:</p> <p>а) Синусового узла. б) Клеток сократительного миокарда. в) Атрио-вентрикулярного узла. г) Пучка Гиса и его разветвлений. д) Волокон Пуркинье.</p> <p>4. Наиболее высокая скорость проведения импульсов регистрируется в:</p> <p>а) Атрио-вентрикулярном узле. б) Атрио-вентрикулярном соединении. в) Пучке Гиса. г) Волокнах Пуркинье.</p> <p>5. К артериям мышечного типа относятся:</p> <p>а) Легочная артерия. б) Коронарные артерии. в) Почечная, мезентериальные артерии. г) Все перечисленное. д) Только б) и в)</p> <p>6. Функциональное назначение атрио-вентрикулярного узла в норме:</p> <p>а) Замедление проведения импульсов. б) Ускорение проведения импульсов. в) Генерация импульсов. г) Все перечисленное. д) Ничего из перечисленного.</p> <p>7. Основными условиями для возникновения аритмии по механизму повторного входа волны возбуждения являются:</p> <p>а) Наличие 2-х путей проведения возбуждения, разобщенных функционально или анатомически. б) Блокада проведения импульса по одному из них. в) Восстановление проводимости в определенный срок или сохранение ее лишь в ретроградном направлении. г) Все перечисленное. д) Только а) и б)</p> <p>8. Наличие аритмии у больного всегда указывает на:</p> <p>а) Заболевание сердца. б) Плохой прогноз жизни у данного больного.</p>
---	---

- в) **Может выявляться у практически здоровых людей.**
г) Все перечисленное.
д) Только а) и б)
9. Диффузный цианоз у больных с пороками сердца обусловлен:
а) Сбросом крови слева-направо.
б) **Сбросом крови справа-налево.**
в) Наличие цианоза не зависит от направления сброса крови.
10. После возникновения сброса крови справа-налево встречаются барабанные палочки и цианоз ног, но не рук, при следующем пороке сердца:
а) **Незаращении артериального (Боталлова) протока.**
б) Дефекте межпредсердной перегородки.
в) Дефекте межжелудочковой перегородки.
г) Тетраде Фалло.
11. Выраженная асимметрия АД на руках характерна для:
а) Синдрома Конна.
б) Дефекта межжелудочковой перегородки.
в) Триады Фалло.
г) **Неспецифического аортоартериита.**
12. Более низкие цифры АД на ногах, чем на руках характерны для:
а) Аортальной недостаточности.
б) **Коарктации аорты.**
в) Здоровых людей.
г) Больных с недостаточностью кровообращения.
13. Положительный венный пульс наблюдается при:
а) Аортальной недостаточности.
б) Стенозе левого атриовентрикулярного отверстия.
в) **Трикуспидальной недостаточности.**
г) Митральной недостаточности.
14. Парадоксальный пульс может встречаться:
а) При тампонаде сердца.
б) При ожирении.
в) При хронических обструктивных заболеваниях легких.
г) **При всех перечисленных состояниях.**
д) Ни при одном из них.
15. Выраженная систолическая пульсация печени характерна для:
а) Митрального стеноза.
б) Митральной недостаточности.
в) **Недостаточности трехстворчатого клапана.**
г) Стеноза устья аорты.
16. Внутренняя сторона клеточной мембраны миоцита в состоянии покоя заряжена:
а) **Отрицательно.**
б) Положительно.
в) Заряд равен 0.
г) Возможны все три варианта.
17. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов калия:
а) **Больше, чем во внеклеточной жидкости.**
б) Меньше, чем во внеклеточной жидкости.
в) Такая же, как во внеклеточной жидкости.
18. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов натрия:

- а) Больше, чем во внеклеточной жидкости.
б) **Меньше, чем во внеклеточной жидкости.**
в) Такая же, как во внеклеточной жидкости.
19. Импульсы проводятся с наименьшей скоростью:
а) В синоатриальной зоне.
б) В межузловых предсердных трактах.
в) В АВ - узле.
г) В общем стволе пучка Гиса.
д) **Правильные ответы а) и в)**
20. Деполяризация в миокарде желудочков в норме направлена:
а) **От эндокарда к эпикарду.**
б) От эпикарда к эндокарду.
в) Возможны оба варианта.
21. Фактором, определяющим уровень АД, не может быть:
а) Минутный объем сердца.
б) Общее периферическое сосудистое сопротивление.
в) Ренин-ангиотензиновая система.
г) **Уровень электролитов крови.**
22. Простагландины синтезируются из:
а) **Полиненасыщенных жирных кислот.**
б) Белков.
в) Углеводов.
г) Катехоламинов.
23. Кардиомиопатией называют:
а) Поражения миокарда известной этиологии.
б) Поражения миокарда, связанные с каким-либо системным заболеванием.
в) **Поражения миокарда неизвестной этиологии.**
г) Специфические заболевания миокарда.
д) Все перечисленное.
24. Идиопатические формы поражения миокарда включают:
а) Гипертрофическую форму кардиомиопатии.
б) Дилатационную форму кардиомиопатии.
в) Рестриктивную форму кардиомиопатии.
г) **Все перечисленное.**
д) Правильно а) и б)
25. Для дилатационной кардиомиопатии характерна:
а) Левожелудочковая недостаточность.
б) Правожелудочковая недостаточность.
в) **Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков.**
26. При аускультации у больных с дилатационной кардиомиопатией часто выслушивается:
а) **Дующий пансистолический шум.**
б) Поздний систолический шум.
в) Четвертый тон.
г) Диастолический шум.
27. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:
а) Одышка.
б) Стенокардия напряжения.
в) Обмороки.

- г) **Все перечисленное.**
д) Правильно а) и в)
28. У больных гипертрофической кардиомиопатией в большей степени нарушена:
а) Систолическая функция левого желудочка.
б) **Диастолическая функция левого желудочка.**
в) Степень нарушения примерно одинакова.
г) Правильного ответа нет.
29. Основным механизмом обструкции выносящего тракта левого желудочка у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии является:
а) Соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого желудочка.
б) **Движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке.**
в) Противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана.
г) Все перечисленное.
30. При аускультации для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие:
а) Дующего пансистолического шума в точке Боткина.
б) **Грубого среднесистолического шума в точке Боткина.**
в) Позднего систолического шума в точке Боткина.
г) Все перечисленное.
31. Наиболее часто вызывают поражение эндокарда:
а) Лактобактерии.
б) Синегнойная палочка.
в) **Зеленящие стрептококки.**
г) Золотистые стафилококки.
д) Менингококки.
32. У больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта наиболее часто возникает:
а) Мерцательная аритмия.
б) **Пароксизмальную атриовентрикулярную тахикардию.**
в) Желудочковая тахикардия.
г) Атриовентрикулярная блокада.
д) Правильно б) и г)
33. Дополнительные пути проведения импульсов часто сочетаются с:
а) Другими врожденными заболеваниями сердца.
б) Семейной отягощенностью в плане наличия дополнительных путей.
в) **И то, и другое.**
г) Правильного ответа нет.
34. Основным признаком феномена Вольфа-Паркинсона-Уайта на ЭКГ является:
а) Укорочение интервала PR.
б) **Дельта-волна.**
в) Уширение комплекса QRS.
г) Дискордантное смещение сегмента ST.
35. Наиболее опасным вариантом тахиаритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта является:
а) **Мерцательная аритмия.**

	<p>б) Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия. в) Правильного ответа нет. г) И то, и другое.</p> <p>36. сновным показанием для назначения длительного мониторинга ЭКГ у больных с заболеваниями сердца является: а) Выявление бессимптомных аритмий. б) Уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ. в) Оба ответа правильные. г) Правильного ответа нет.</p> <p>37. сновное назначение проведения чреспищеводной электростимуляции сердца у больных с пароксизмальными тахиаритмиями: а) Уточнение электрофизиологического механизма развития тахикардии. б) Ускорение подбора антиаритмической терапии у больных с пароксизмальными наджелудочковыми тахиаритмиями. в) Оба ответа правильные. г) Правильного ответа нет.</p> <p>38. В задачу стандартного пульсоксиметрического скрининга входит выявление детей с пороками сердца среди: А. Клинически здоровых новорожденных; Б. Новорожденных с пренатально установленными пороками развития; В. У цианотичных новорожденных; Г. У недоношенных новорожденных с массой тела менее 2500 гр; Д. Ни одного правильного ответа.</p> <p>39. Градиент систолического артериального давления между верхними и нижними конечностями у новорожденного ниже 15 мм. рт. ст.: Является вариантом нормы; Б. Подтверждает диагноз коарктации аорты; В. Не имеет значения в диагностике коарктации аорты; Г. Не исключает диагноз коарктации аорты; Д. Исключает диагноз коарктации аорты.</p> <p>40. Какой из перечисленных пороков сердца чаще всего пропускается при проведении пренатального скрининга: Синдром гипоплазии левых отделов сердца; Б. Единственный желудочек сердца; В. Коарктация аорты; Г. Дефект межжелудочковой перегородки;</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: - 61 - 75%	% выполнения задания
Удовлетворительно (3) - 76 - 90%	61 – 75

Хорошо (4) - 91-100%	76 – 90
Отлично (5)	91 – 100

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Детская кардиология»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	З С – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
					если применимо к РП!!!

	Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
К	1-20	1-5	1-20	1-20	
К	4,8-11, 13, 14, 16, 17, 18, 20	1-5	1,5,9,11,16, 17-18,20	1,6,10,11,17	
	1,3,5	1-5	7,15	5,8,13	
		1-5	3,4,6,8,10,12-14,19	3,7,12,14-16, 18-20	
				19	
		1-5	7	8,9	
2		1-5	2	2,4	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1. В.ОД.3.1. Раздел 1 «Общие вопросы инфекционной патологии. Общая эпидемиология»	<p>1.Классификация инфекционных болезней.</p> <p>1. Инфекционный процесс.</p> <p>2. Эпидемическая цепь.</p>
Б1. В.ОД.2.2Раздел 2 «Бактериозы»	<p>1. Иерсиниоз и псевдотуберкулез: основные клинические признаки и дифференциальная диагностика.</p> <p>2. Иерсиниозный гепатит - клиника, морфология, диагностик</p> <p>3. Патогенез различных форм псевдотуберкулеза.</p> <p>4. Патогенез поражения суставов при псевдотуберкулезе.</p> <p>5. Лабораторная диагностика туляремии.</p> <p>6. Характеристика бубона при туляремии</p> <p>7. Клинико-эпидемиологическая характеристика туляремии. Дифференциальная диагностика чумы и туляремии.</p> <p>8. Основные принципы терапии туляремии.</p> <p>9. Клиническая классификация туляремии.</p> <p>10. Характер лихорадочной реакции при остром бруцеллезе.</p> <p>11. Основные проявления хронического бруцеллеза.</p> <p>12. Основные клинические признаки острого бруцеллеза.</p> <p>13. Основные направления и средства терапии бруцеллеза.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 14. Основные фазы патогенеза бруцеллеза. 15. Классификация хронического бруцеллеза 16. Клиническая классификация бруцеллеза. 17. Описать поражения опорно-двигательного аппарата при бруцеллезе 18. Осложнения лептоспироза. 19. Профилактика лептоспироза. 20. Механизмы развития геморрагического синдрома при лептоспирозе. 21. Специфическая терапия лептоспироза. 22. План обследования больного с подозрением на лептоспироз. Типичные изменения в гемограмме при лептоспирозе. 23. Причины желтухи у больных лептоспирозом. 24. Причины смерти больных лептоспирозом. 25. Патогенез острой почечной недостаточности при лептоспирозе. 26. Лечение эпидемического возвратного тифа 27. Клинические проявления тифа блошиного эндемического 28. Дифференциальный диагноз клещевого системного боррелиоза
<p>Б1. В.ОД.2.3 Раздел 3 «Вирусные инфекции»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинико-лабораторные критерии синдрома цитолиза при вирусных гепатитах. 2. Лабораторные маркеры мезенхимально-воспалительного синдрома. 3. Клинико-лабораторные критерии синдрома холестаза Понятие о внепеченочном и внутрипеченочном синдроме холестаза: клинико-лабораторные признаки, дифференциально-диагностические критерии. Основные принципы лечения синдрома холестаза. 2. Лабораторная диагностика ВГА в динамике заболевания. 3. Особенности эпидемиологии ВГЕ. 4. Дифференциальная диагностика вирусного гепатита и синдрома Жильбера. 5. Ранние признаки острой печеночной недостаточности. 6. Патогенез флегмоны кишки при ХВГ. 7. Показания к назначению противовирусной терапии при ВГ. 8. Специфическая профилактика ВГА. 9. Использование желчегонных средств в комплексной терапии ОВГ. 10. Варианты печеночной комы по механизму развития. 11. Лабораторные признаки синдрома внутрипеченочного холестаза. 12. Группы риска заражения ВГВ, ВГС. 13. Основные морфологические признаки ОВГ. 14. Дифференциальная диагностика ОВГ и желтушной формы лептоспироза. 15. Лекарственные гепатиты, примеры, основные характеристики.

16. Механизмы развития геморрагического синдрома при тяжелой форме ВГ.
17. Особенности течения ВГ у беременных.
18. Врачебная тактика при развитии побочных эффектов противовирусной терапии.
19. Специфическая профилактика ВГВ.
20. Исходы ВГА.
21. Клинические и лабораторные признаки гепатокарциномы.
22. Диагностическое и прогностическое значение маркеров ВГВ.
23. Показания к назначению и основные характеристики гепатопротекторов.
24. Варианты клинического течения и исходы ВГС.
25. Современная классификация ХГ.
26. Дифференциальная диагностика ОВГ и описторхоза.
27. Клинические проявления прекомы I.
28. Характер поражения печени при гестозе.
30. Исходы ВГД.
31. Лабораторные признаки массивного некроза печени.
32. Верификация ВГД, клинические варианты течения.
33. Особенности течения ОВГС.
34. Алгоритм обследования и лечения больных ХГС.
35. Клинические проявления прекомы II.
36. Морфологические критерии классификации ХГ.
37. Клинико-лабораторные признаки билиарного цирроза печени.
38. Дифференциальная диагностика ОВГ и желтушной формы псевдотуберкулеза.
39. Основные характеристики диеты при ОВГ.
40. Причины смерти больных ВГВ
41. Методы верификации ВГ. Варианты алкогольного поражения печени.
43. Механизмы развития гипербилирубинемии.
44. Исходы ВГВ.
45. Особенности клинического течения ВГЕ.
46. Поражения печени при амебиазе.
47. Клинико-лабораторные критерии хронического вирусного гепатита.
48. Противопоказания к противовирусному лечению больных ХГС.
49. Эпидемиологическое сходство и различия ВГА и ВГЕ.
50. Диагностические признаки молниеносной печеночной недостаточности

Арбовирусные инфекции

1. Причины острой почечной недостаточности при геморрагической лихорадке с почечным синдромом
2. Дифференциальный диагноз японского энцефалита
3. Патогенез геморрагического синдрома при ГЛПС
4. Осложнения японского энцефалита
5. Типичные изменения в общем анализе мочи при геморрагической лихорадке с почечным синдромом

		<ol style="list-style-type: none"> 6. Лечение клещевого энцефалита 7. Причины смерти больных ГЛПС 8. Профилактика клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза 9. Типичные для геморрагической лихорадки с почечным синдромом изменения функции почек, диагностика 10. Патогенез геморрагического синдрома при геморрагической лихорадке с почечным синдромом 11. Периоды течения ГЛПС
Б1. В.ОД.2.4 Раздел 4. «Болезни, вызванные риккетсиями, хламидиями, бартоনেлами эрлихиями».	и	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дифференциальный диагноз сыпного тифа и болезни Брилла 2. Клинические проявления тифа эндемического сыпного тифа 3. Опишите сыпь при сыпном тифе 4. План обследования больного с подозрением на сыпной тиф 5. Клинические проявления цуцугамуши 6. Клинические проявления североазиатского клещевого риккетсиоза 7. Осложнения сыпного тифа 8. Дифференциальный диагноз брюшного и сыпного тифа 9. Клиническая и лабораторная диагностика Q-лихорадки. 10. Клинические проявления Q-лихорадки 11. Клиническая и лабораторная диагностика орнитоза. 12. Клиническая картина фелиноза
Б1. В.ОД.2.5 Раздел «Микоплазмозы»	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика респираторных микоплазмозов 2. Микоплазменная пневмония
Б1. В.ОД.2.6 Раздел 6 «Протоозы»		<ol style="list-style-type: none"> 1. Эпидемиологическая характеристика трансмиссивных (кровяных) инфекций. 2. Назовите источник инфекции при малярии 3. У какого возбудителя малярии цикл эритроцитарной шизогонии продолжается 72 часа; 48 часов? 4. Дифференциальный диагноз висцерального лейшманиоза 5. Какова максимальная продолжительность инвазионного процесса при четырехдневной малярии? При тропической малярии? 6. План лабораторного исследования при подозрении на малярию 7. Назовите гематошизонтоцидные, гистошизонтоцидные средства 8. Клинические проявления кожного лейшманиоза 9. Дифференциальный диагноз висцерального лейшманиоза
Б1. В.ОД.2.7 Раздел «Гельминтозы»	7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Жизненный цикл <i>Opisthorchis felinus</i> 2. Эпидемиология описторхоза 3. Патогенез описторхоза

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Клиническая картина острой фазы описторхоза 5. Клиническая картина хронической фазы описторхоза 6. Осложнения описторхоза 7. Лечение описторхоза 8. Жизненный цикл <i>Fasciola hepatica</i> 9. Патогенез фасциолеза 10. Клиническая картина фасциолеза 11. Патогенез шистосомоза 12. Клиническая картина японского шистосомоза 13. Клиническая картина интеркалатного шистосомоза 14. Клиническая картина мочеполювого шистосомоза 15. Лечение шистосомоза 16. Патогенез дифиллоботриоза 17. Клиническая картина дифиллоботриоза 18. Осложнения дифиллоботриоза 19. Патогенез тениаринхоза 20. Клиническая картина тениаринхоза 21. Эпидемиология тениоза 22. Патогенез тениоза 23. Клиническая картина тениоза 24. Диагностика тениоза 25. Осложнения тениоза 26. Лечение тениоза 27. Варианты локализации патологического процесса при цистицеркозе 28. Патогенез инвазии, вызванной <i>E. granulosus</i> 29. Возможные осложнения лечения эхинококкоза албендазолом 30. Показания и противопоказания к хирургическому лечению эхинококкоза 31. Патогенез альвеококкоза 32. Лечение альвеококкоза 33. Эпидемиология аскаридоза 34. Клиническая картина аскаридоза 35. Осложнения аскаридоза 36. Лечение аскаридоза 37. Этиология, эпидемиология трихоцефалеза 38. Клиническая картина трихоцефалеза 39. Лечение трихоцефалеза 40. Патогенез энтеробиоза 41. Клиническая картина энтеробиоза 42. Этиология, эпидемиология стронгиоидоза 43. Патогенез трихинеллеза 44. Лечение трихинеллеза 45. Клиническая картина висцеральной формы токсокароза 46. Осложнения токсокароза
Б1. В.ОД.2.8 Раздел 8 «Микозы»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предрасполагающие факторы кандидоза 2. Клиническая картина аспергиллеза легких
Б1. В.ОД.2.9 Раздел 9 «Болезни, вызванные членистоногими»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническая картина педикулеза. 2. Клиническая картина чесотки 3. Этиология, эпидемиология тунгиоза 4. Миазы — определение, этиология

Б1. В.ОД.2.10 Раздел 10 «Болезни, вызывающие чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения»	<p>Понятие об особо опасных инфекциях. Международные медико-санитарные правила.</p>
Б1. В.ОД.2.11 Раздел 11 «Лабораторная и инструментальная диагностика инфекционных заболеваний».	<p>Алгоритмы лабораторного и инструментального диагностического поиска при различных типах инфекционной патологии</p>
Б1. В.ОД.2.12 Раздел 12 «Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях, методы оказания экстренной помощи»	<p>Виды шоков, наиболее часто встречающиеся в клинике инфекционных болезней. Сепсис.</p>
Б1. В.ОД.2.13 Раздел 13. «Дифференциальная диагностика основных клинических синдромов инфекционных заболеваний»	<p>Алгоритмы дифференциально-диагностического поиска при наиболее распространенных синдромах в клинике инфекционных болезней (в ментальных картах)</p>
Б1. В.ОД.2.14 Раздел 14. «Особенности инфекционной патологии в детском возрасте. Возрастная педиатрия»	<p>Анатомо-физиологические особенности детского организма в разные периоды развития. Особенности клиники инфекционных болезней у детей</p>
Б1. В.ОД.2.15 Раздел 15. «Амбулаторная помощь инфекционным больным»	<p>Принципы работы КИЗ. Паллиативная помощь неизлечимым больным с инфекционной патологией</p>

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Б1. В.ОД.2.1 Раздел 1 «Общие вопросы инфекционной	
--	--

патологии. Общая эпидемиология»	
<p>Б1. В.ОД.2.2 Раздел «Бактериозы»</p> <p style="text-align: center;">2</p>	<p>Дыхательные пути</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Эпидемиологическая характеристика инфекций дыхательных путей. 2. Клиническая классификация дифтерии. 3. Мероприятия в очаге менингококковой инфекции. 4. Клинические признаки распространенной дифтерии ротоглотки. 5. Проявления синдрома Уотерхауза-Фридериксена. 6. Клинические проявления легионеллеза. 7. Дифференциальный диагноз крупа. 8. Дифференциальный диагноз локализованной формы дифтерии 9. Характерные признаки сыпи при менингококковой инфекции. 10. Эпидемиологические особенности и профилактика легионеллеза. Патогенез коклюша 11. Осложнения скарлатины. 12. Осложнения менингококковой инфекции. 13. Принципы терапии генерализованных форм менингококковой инфекции. 14. Принципы терапии дифтерии. 15. Постэкспозиционная профилактика столбняка 16. Лечение сибирской язвы 17. Эпидемиологические и клинические особенности содоку 18. Клиника столбняка 19. Клиника мелиоидоза 20. Клинико-лабораторная диагностика эризипелоида 21. Основные клинические проявления сапа 22. Лечение сапа 23. Клинические формы сибирской язвы 24. Постэкспозиционная профилактика сибирской язвы
<p>Б1. В.ОД.2.3 Раздел 3 «Вирусные инфекции»</p>	<p>Дыхательные пути</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления аденовирусной инфекции. 2. Методы диагностики гриппа. 3. Методы лабораторной диагностики острых респираторных вирусных инфекций 4. Причины развития истинного и ложного крупа. 5. Осложнения гриппа. 6. Этиология острых респираторных вирусных инфекций. 7. Показания к госпитализации больных гриппом.. 8. Осложнения краснухи. 9. Осложнения эпидемического паротита. 10. Осложнения эпидемического паротита. 11. Осложнения кори. 12. Патогенез кори. <p>Герпетическая инфекция</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Методы диагностики инфекционного мононуклеоза. 2. Методы лабораторной диагностики герпетических инфекций 3. Дифференциальный диагноз инфекционного мононуклеоза. 4. Постэкспозиционная профилактика бешенства

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

1. Организация специализированной службы по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией в РФ
2. Этиология и патогенез ВИЧ-инфекции
3. Микробиологическая характеристика вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)
4. Патогенез ВИЧ-инфекции
5. Наиболее значимые иммунологические показатели в оценке тяжести и прогноза ВИЧ-инфекции
6. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в РФ
7. Механизмы и пути передачи возбудителя
8. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции
9. Общая клиническая характеристика оппортунистических заболеваний
10. Классификация оппортунистических заболеваний (по возбудителю)
11. Структура оппортунистических заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией в России.
12. Паразитозы у больных ВИЧ-инфекцией-общая характеристика, перечень.
13. Пневмоцистная пневмония
14. Проявления токсоплазмоза
15. Характерные черты криптоспоридиоза и изоспороза
16. Микозы у больных ВИЧ-инфекцией. Общая характеристика, перечень
17. Клинические проявления кандидоза
18. Характерные черты криптококкоза
19. Клиника гистоплазмоза
20. Клиника кокцидиоидоза
21. Вирусные оппортунистические инфекции. Характеристика, перечень
22. Проявления простого и опоясывающего герпеса у ВИЧ-инфицированных
23. Клиника цитомегаловирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных
24. Бактериальные инфекции у ВИЧ-инфицированных
25. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных
26. Атипичный микобактериоз
27. Опухоли у больных ВИЧ-инфекцией, перечень, краткая характеристика.
28. Саркома Капоши
29. Дифференциальная диагностика ВИЧ-инфекции
30. Особенности проведения дифференциальной диагностики поражений органов и систем при ВИЧ-инфекции.
31. Основы клинической диагностики проявлений ВИЧ-инфекции, СПИД и СПИД-ассоциированных заболеваний у детей
32. Современные принципы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции
33. Антиретровирусные препараты. Общая характеристика, взаимодействие, токсичность

		<p>34. Структура государственной системы профилактики ВИЧ-инфекции</p> <p>35. Охрана труда, постконтактная профилактика и психосоциальная поддержка персонала</p> <p>36. Правила предупреждения инфицирования ВИЧ медицинских работников в процессе профессиональной деятельности</p> <p>37. Психосоциальные аспекты ВИЧ-инфекции</p> <p>38. Проблемы стигматизации и дискриминации, связанные с ВИЧ/СПИД</p>
Б1. В.ОД.2.4		
Раздел 4. «Болезни, вызванные риккетсиями, хламидиями, бартонами и эрлихиями».	и	Клиническая картина фелиноза
Б1. В.ОД.2.5		
Раздел «Микоплазмозы»	5	<p>1. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика респираторных микоплазмозов</p> <p>2. Микоплазменная пневмония</p>
Б1. В.ОД.2.6		
Раздел 6 «Протоозы»		<p>1. Эпидемиологическая характеристика трансмиссивных (кровяных) инфекций.</p> <p>2. Назовите источник инфекции при малярии</p> <p>3. У какого возбудителя малярии цикл эритроцитарной шизогонии продолжается 72 часа; 48 часов?</p> <p>4. Дифференциальный диагноз висцерального лейшманиоза</p> <p>5. Какова максимальная продолжительность инвазионного процесса при четырехдневной малярии? При тропической малярии?</p> <p>6. План лабораторного исследования при подозрении на малярию</p> <p>7. Назовите гематошизонтоцидные, гистошизонтоцидные средства</p> <p>8. Клинические проявления кожного лейшманиоза</p> <p>9. Дифференциальный диагноз висцерального лейшманиоза</p>
Б1. В.ОД.2.7		
Раздел «Гельминтозы»	7	<p>1. Жизненный цикл <i>Opisthorchis felinus</i></p> <p>2. Эпидемиология описторхоза</p> <p>3. Патогенез описторхоза</p> <p>4. Клиническая картина острой фазы описторхоза</p> <p>5. Клиническая картина хронической фазы описторхоза</p> <p>6. Осложнения описторхоза</p> <p>7. Лечение описторхоза</p> <p>8. Жизненный цикл <i>Fasciola hepatica</i></p> <p>9. Патогенез фасциолеза</p> <p>10. Клиническая картина фасциолеза</p> <p>11. Патогенез шистосомоза</p> <p>12. Клиническая картина японского шистосомоза</p> <p>13. Клиническая картина интеркалатного шистосомоза</p> <p>14. Клиническая картина мочевого шистосомоза</p> <p>15. Лечение шистосомоза</p>

	16. Патогенез дифиллоботриоза 17. Клиническая картина дифиллоботриоза 18. Осложнения дифиллоботриоза 19. Патогенез тениаринхоза 20. Клиническая картина тениаринхоза 21. Эпидемиология тениоза 22. Патогенез тениоза 23. Клиническая картина тениоза 24. Диагностика тениоза 25. Осложнения тениоза 26. Лечение тениоза 27. Варианты локализации патологического процесса при цистицеркозе 28. Патогенез инвазии, вызванной <i>E. granulosus</i> 29. Возможные осложнения лечения эхинококкоза албендазолом 30. Показания и противопоказания к хирургическому лечению эхинококкоза 31. Патогенез альвеококкоза 32. Лечение альвеококкоза 33. Эпидемиология аскаридоза 34. Клиническая картина аскаридоза 35. Осложнения аскаридоза 36. Лечение аскаридоза 37. Этиология, эпидемиология трихоцефалеза 38. Клиническая картина трихоцефалеза 39. Лечение трихоцефалеза 40. Патогенез энтеробиоза 41. Клиническая картина энтеробиоза 42. Этиология, эпидемиология стронгиоидоза 43. Патогенез трихинеллеза 44. Лечение трихинеллеза 45. Клиническая картина висцеральной формы токсокароза 46. Осложнения токсокароза
Б1. В.ОД.2.8 раздел 8 «Микозы»	1. Предрасполагающие факторы кандидоза 2. Клиническая картина аспергиллеза легких
Б1. В.ОД.2.9 Раздел 9 «Болезни, вызванные членистоногими»	1. Клиническая картина педикулеза. 2. Клиническая картина чесотки 3. Этиология, эпидемиология тунгиоза 4. Миазы — определение, этиология
Б1. В.ОД.2.10 Раздел 10 «Болезни, вызывающие чрезвычайные ситуации в области санитарно -	Понятие об особо опасных инфекциях. Международные медико-санитарные правила.

эпидемиологического благополучия населения»	
Б1. В.ОД.2.11 Раздел 11 «Лабораторная и инструментальная диагностика инфекционных заболеваний».	Алгоритмы лабораторного и инструментального диагностического поиска при различных типах инфекционной патологии
Б1. В.ОД.2.12 Раздел 12 «Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях, методы оказания экстренной помощи»	Виды шоков, наиболее часто встречающиеся в клинике инфекционных болезней. Сепсис.
Б1. В.ОД.2.13 Раздел 13. «Дифференциальная диагностика основных клинических синдромов инфекционных заболеваний»	Алгоритмы дифференциально-диагностического поиска при наиболее распространенных синдромах в клинике инфекционных болезней (в ментальных картах)
Б1. В.ОД.2.14 Раздел 14. «Особенности инфекционной патологии в детском возрасте. Возрастная педиатрия»	Анатомо-физиологические особенности детского организма в разные периоды развития. Особенности клиники инфекционных болезней у детей
Б1. В.ОД.2.15 Раздел 15. «Амбулаторная помощь инфекционным больным»	Принципы работы КИЗ. Паллиативная помощь неизлечимым больным с инфекционной патологией

Банк тестовых заданий (с ответами)

Б1. В.ОД.2.1 Раздел 1. «Общие вопросы инфекционной патологии. Общая	01. Что относится к основным молекулярным факторам патогенности микроорганизмов? А. Экзотоксины, эндотоксины Б. Внутриклеточные циклические нуклеотиды В. Метаболиты каскада арахидоновой кислоты Г. Активация свободного радикального окисления
---	---

<p>эпидемиология»</p>	<p>Д. Кортикостероидные гормоны</p> <p>02. Какие условия обеспечивают защиту организма человека от развития инфекционного процесса?</p> <p>А. Наличие свободных рецепторов к лигандам возбудителей Б. Возможности реализации лигандрецепторных взаимодействий В. Доза и вирулентность возбудителя Г. Отсутствия рецепторов в тканях макроорганизма к лигандам возбудителя Д. Способность микроорганизма к колонизации стерильных локусов макроорганизма</p> <p>03. К начальным этапам инфекционного процесса при бактериальных инфекциях относится все перечисленное, кроме:</p> <p>А. Адгезии Б. Колонизации В. Образования комплексов антиген-антитело Г. Образования экзотоксинов или высвобождения эндотоксинов Д. Активация системы комплемента</p> <p>04. Что не относится к факторам патогенности бактерий?</p> <p>А. Наличие пилей общего типа Б. Бактериоциногенность В. Способность продуцировать токсины Г. Таксономические признаки Д. Все ответы правильные</p> <p>05. Какие патогенетические механизмы характерны для вирусных инфекций?</p> <p>А. Продукции эндотоксинов Б. Продукция экзотоксинов В. Стимуляция фагоцитоза нейтрофилов Г. Активация системы комплемента Д. Развития цитопатического эффекта</p>
<p>Б1. В.ОД.2.2 Раздел «Бактериозы»</p>	<p>КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ</p> <p>1. Основной резервуар и источник инфекции псевдотуберкулеза:</p> <p>А. Свиньи Б. Собаки В. Кошки Г. Мышевидные грызуны Д. Коровы</p> <p>2. Ведущий путь передачи псевдотуберкулеза:</p> <p>А. Контактный Б. Пищевой В. Воздушно – капельный Г. Трансмиссивный Д. Парентеральный</p> <p>3. Для псевдотуберкулеза характерно все перечисленное, кроме:</p> <p>А. Острого начала Б. Частого, жидкого, водянистого стула В. Выраженной интоксикации, высокой лихорадки Г. Тошноты, рвоты, болей в животе Д. Озноба, головной боли</p> <p>4. Лихорадка при псевдотуберкулезе характеризуется:</p> <p>А. Повышение температуры до 38-39° и выше, чаще постоянная</p>

- Б. Максимальное повышение температуры в первые дни болезни
- В. Продолжительность лихорадки обычно не превышает 6-7 дней
- Г. Сопровождается ознобами, потливостью
- Д. Всем перечисленным

5. При псевдотуберкулезе сыпь:

- А. Наблюдается во всех случаях заболевания
- Б. Мелкопятнистая или точечная, иногда с наличием геморрагии или петехий
- В. Появляется на 1-6 день болезни
- Г. После исчезновения сыпи часто проявляется пластинчатое шелушение
- Д. Все перечисленное

ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ

1. Менингококковой инфекцией болеют:

- А. Дети первых 4 лет жизни
- Б. От 5 до 14 лет
- В. От 15 до 30 лет
- Г. От 31 года и старше
- Д. Все перечисленные группы

2. К генерализованным формам менингококковой инфекции относятся все перечисленные, кроме:

- А. Менингококкцемии
- Б. Менингококкового менингита
- В. Менингоэнцефалита
- Г. Смешанного варианта менингококкцемии с гнойным менингитом
- Д. Менингококкового носительства

3. Для достоверного подтверждения диагноза менингококкового менингита необходимы:

- А. Мазок из ротоглотки и носа на менингококк
- Б. Посев крови на менингококк
- В. Бактериоскопия толстой капли крови
- Г. Бактериоскопия ликвора
- Д. Посев ликвора на менингококк

4. Для менингококкцемии характерны следующие клинические симптомы:

- А. Острое развитие заболевания
- Б. Высокая лихорадка
- В. Головная боль, озноб, слабость
- Г. В первые два дня на кожных покровах появляется геморрагическая сыпь
- Д. Все перечисленное

5. Сверхострой форме менингококкцемии свойственно все перечисленное, кроме:

- А. Начало заболевания бурное с внезапным повышением температуры
- Б. На кожных покровах внезапно появляется обильная геморрагическая сыпь, образуя обширные геморрагии
- В. Геморрагическая сыпь на кожных покровах появляется постепенно в течение первых двух суток

ТРАНСМИССИВНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1. Переносчик инфекции при возвратном тифе:

- А. Вши
- Б. Блохи
- В. Клещи
- Г. Комары
- Д. Все перечисленные

2. Наиболее характерные клинические проявления возвратного тифа:

- А. Лихорадка, озноб, головная боль, боль в мышцах
- Б. Тошнота, рвота, боли в левом подреберье
- В. Гепатоспленомегалия
- Г. Тромбогеморрагический синдром
- Д. Все перечисленное

3. Наиболее характерные клинические симптомы клещевого возвратного тифа:

- А. Лихорадка, озноб, жажда, боли в крупных суставах
- Б. Мышечные боли, головные боли, нарушения сна, бред, возбуждение
- В. Изменения сердечно-сосудистой системы
- Г. Наличие первичного аффекта
- Д. Все перечисленное

4. Переносчиком и основным хозяином боррелий являются:

- А. Комары
- Б. Аргазовые клещи
- В. Вши
- Г. Мухи
- Д. Блохи

5. К клиническим проявлениям боррелиоза относится все перечисленное, кроме:

- А. Появления первичного аффекта на месте укуса клеща
- Б. Высокой температуры, головной боли, болей в конечностях и пояснице
- В. Наличия в течение болезни от 10 до 20 приступов болезни
- Г. Менингеального синдрома
- Д. В крови умеренного лейкоцитоза, лимфоцитоза, эозинопении.

ИНФЕКЦИИ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ

1. В патогенезе столбняка участвуют все перечисленные факторы, кроме:

- А. Повышения пропускной способности нервно-мышечных синапсов
- Б. Поражения жизненно - важных центров (дыхания и ядер вагуса)
- В. Гиперактивности симпатической нервной системы
- Г. Метаболического алкалоза
- Д. Метаболического ацидоза

2. Ранними кардинальными признаками болезни при столбняке являются все перечисленные, кроме:

- А. Тетанические судороги
- Б. Тризм
- В. Сардоническая улыбка

	<p>Г. Дисфагии Д. Мышечных болей</p> <p>3. Основные критерии тяжести столбняка:</p> <p>А. Длительность инкубационного периода и быстрота проявления судорог от начала болезни Б. Выраженность судорожного синдрома В. Температурная реакция, состояние сердечно - сосудистой системы Г. Наличие осложнений Д. Все перечисленное</p> <p>4. Нарушение дыхания при столбняке обусловлено всеми перечисленными факторами, кроме:</p> <p>А. Тонического напряжения диафрагмы и межреберных мышц Б. Уменьшения амплитуды дыхательных движений В. Потери сознания Г. Судорожных спазмов дыхательной мускулатуры Д. Поражения дыхательного центра</p> <p>5. Судорожный синдром при столбняке характеризуется всем перечисленным, кроме:</p> <p>А. Тонического напряжения мышц Б. Сильных болей в мышцах В. Общих тетанических судорог Г. Гиперкинезов Д. Резкой тахикардии и потливости во время приступов Д. Во всех перечисленных</p>
<p>Б1. В.ОД.2.3 Раздел «Вирусные инфекции»</p>	<p style="text-align: center;">3</p> <p>Вирусные гепатиты: острые и хронические</p> <p>1. Основные лабораторные показатели цитолиза гепатоцитов:</p> <p>А. Повышение уровня билирубина сыворотки крови Б. Повышение активности АлАТ и АсАТ В. Снижение показателей альбумина сыворотки крови Г. Повышение времени свертывания Д. Все перечисленное</p> <p>2. Наиболее ранний лабораторный показатель цитолитического синдрома</p> <p>А. Повышение уровня билирубина сыворотки крови Б. Повышение активности АлАТ В. Повышение активности АсАТ Г. Снижение уровня альбумина сыворотки крови Д. Повышение тимоловой пробы</p> <p>3. Клиническими признаками мезенхимально – воспалительной реакции при вирусном гепатите является все перечисленное, кроме:</p> <p>А. Повышения температуры тела Б. Увеличения селезенки В. Анемии Г. Лейкопении, увеличения СОЭ Д. Эозинофилии</p> <p>4. Ведущий механизм передачи вируса гепатита А:</p> <p>А. Аспирационный Б. Фекально - оральный В. Артифициальный Г. Трансмиссивный Д. Вертикальный</p> <p>5. Для вирусного гепатита А характерны все перечисленное,</p>

кроме:

- А. Высокой устойчивости возбудителя во внешней среде
- Б. Наибольшей заболеваемости у детей до 1 года
- В. Заболеваемость имеет сезонный характер
- Г. Характерны циклические подъемы заболеваемости
- Д. Наибольшая восприимчивость среди детей 2 - 14 лет

ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ

1. Возбудитель гриппа относится к:

- А. Ротавирусам
- Б. Пикорнавирусам
- В. Энтеровирусам
- Г. Ортомиксовирусам
- Д. Арбовирусам

2. Источником инфекции при гриппе является

- А. Больной человек
- Б. Рековалесцент
- В. Животные — резервуар вируса
- Г. Птицы — резервуар вируса
- Д. Все перечисленные

3. Ведущий механизм передачи гриппа:

- А. Аэрогенный
- Б. Контактный
- В. Фекально - оральный
- Г. Трансмиссивный
- Д. Артифициальный

4. Основными звеньями патогенеза гриппа являются:

- А. Внедрение вируса в клетку эпителия и репродукция вируса
- Б. Вирусемия, токсемия
- В. Поражение центральной и вегетативной нервной системы
- Г. Снижение иммунологической реактивности организма и активизация эндогенной бактериальной флоры
- Д. Все перечисленное

5. В патогенезе гриппа определяющее значение приобретают:

- А. Вирулентность вируса
- Б. Общий токсикоз
- В. Состояние защитных сил организма
- Г. Резорбция гриппозного токсина
- Д. Все перечисленное

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

1. Вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая относится к:

- А. Арбовирусам
- Б. Энтеровирусам
- В. Герпетическим вирусам
- Г. Ретровирусам
- Д. Пиковирусам

2. К характеристике вируса ветряной оспы и опоясывающего лишая относится все перечисленное, кроме:

- А. Устойчив к воздействию низких температур
- Б. Устойчив к воздействию высоких температур
- В. Быстро погибает под воздействием ультрафиолетовых лучей

- Г. Устойчив к действию дезинфекционных средств
Д. Устойчив к высушиванию
- 3. Инкубационный период при ветряной оспе и опоясывающем лишае чаще:**
- А. От 5 до 10 дней
Б. От 10 до 17 дней
В. От 18 до 23 дней
Г. От 24 до 30 дней
Д. Более 30 дней
- 4. Основными клиническими симптомами ветряной оспы являются все перечисленные, кроме:**
- А. Острого начала
Б. Лихорадки
В. Полиморфных пятнисто - везикулезных высыпаний на коже и слизистых
Г. Увеличения печени и селезенки
Д. Интоксикации
- 5. Лихорадка при ветряной оспе характеризуется всем перечисленным, кроме:**
- А. Достигает 38 - 39°С
Б. Совпадает с появлением сыпи
В. Постоянного типа
Г. Исчезает с окончанием высыпания
Д. Продолжительность лихорадки до 5 - 8 дней

АРБОВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

- 1. Возбудитель лихорадки денге относится к:**
- А. Ротавирусам
Б. Миксовирусам
В. Пикорнавирусам
Г. Арбовирусам
Д. Энтеровирусам
- 2. Для денге характерны все перечисленные признаки, кроме:**
- А. Резкого озноба, внезапного подъема температуры
Б. Полиморфной экзантемы, лимфаденопатии
В. Сильных болей в животе
Г. Болей по ходу позвоночника
Д. Артралгий, миалгий, мышечной ригидности
- 3. К клиническим особенностям денге относятся:**
- А. Интенсивная головная боль
Б. Тошнота
В. Боль в глазных яблоках, светобоязнь, одутловатость и гиперемия лица
Г. Инъекция сосудов склер
Д. Все перечисленное
- 4. Каждый из ниже перечисленных вирусов, передаваемый клещами, может вызвать энцефалит, кроме вируса:**
- А. Экономо
Б. Шотландского энцефалита
В. Весенне-летнего энцефалита
Г. Омской геморрагической лихорадки
Д. Центрально-европейского энцефалита

5. Все ниже перечисленное характеризует этиологию и эпидемиологию клещевого энцефалита, за исключением:

- А. Возбудителем клещевого энцефалита является вирус
- Б. Переносчиком и основным резервуаром вируса являются иксодовые клещи
- В. Основные пути передачи трансмиссивный и через сырое молоко коз или коров
- Г. Характерна осенне-зимняя сезонность
- Д. Больной человек не заразен для окружающих

ИНФЕКЦИИ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ

1. Особенности возбудителя бешенства является все перечисленное, кроме:

- А. Возбудителем бешенства является ДНК содержащий вирус
- Б. Различают «уличный вирус» бешенства и «фиксированный»
- В. Вирус бешенства хорошо переносит низкие температуры
- Г. Вирус бешенства не погибает при нагревании
- Д. Вирус бешенства хорошо культивируется на культуре сирийских хомяков

2. Основными источниками инфекции при бешенстве являются:

- А. Собаки
- Б. Лисы
- В. Волки
- Г. Сельскохозяйственные животные
- Д. Все перечисленные животные

3. Ящур вызывается:

- А. Бактериями
- Б. Вирусами
- В. Простейшими
- Г. Хламидиями
- Д. Грибами

4. Различают следующие звенья патогенеза при ящуре, кроме:

- А. Внедрения и размножения возбудителя в клетках эпителия слизистых оболочек и кожи»
- Б. Формирования первичного аффекта в месте внедрения
- В. Вирусемии с последующим формированием вторичных афт и везикул
- Г. Поражения ЦНС
- Д. Формирования иммунитета

5. Основными клиническими симптомами при ящуре являются все перечисленные, кроме:

- А. Лихорадки с ознобами
- Б. Миалгии и анорексии
- В. Стоматита, конъюнктивита
- Г. Поражения кожи в межпальцевых складках и около ногтей
- Д. Увеличения печени и селезенки

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

1. К семейству ретровирусов относятся все перечисленные, кроме:

- А. Вирусы иммунодефицита человека
- Б. Вирус Т - клеточной лимфомы человека

	<p>В. Вирус иммунодефицита обезьян Г. Вирус ящура Д. Вирус иммунодефицита кошек</p> <p>2. Основные характеристики ВИЧ: А. Ретровирус Б. Относится к лентивирусам В. РНК - содержащий Г. Содержит ревертазу (обратную транскриптазу) Д. Все перечисленное</p> <p>3. Отличительный признак всех ретровирусов, включая ВИЧ: А. Наличие поверхностной мембраны Б. Наличие РНК В. Интеграция в геном клетки хозяина Г. Наличие сердцевинной части Д. Лимфотропность</p> <p>4. Какая структурная единица ВИЧ обеспечивает синтез ДНК на матрице РНК вируса: А. Внешний белок мембраны Б. Белки сердцевины вириона В. Обратная транскриптаза Г. Трансмембранный белок Д. Все верно</p> <p>5. Какой белок наиболее подвержен антигенным вариациям: А. Р24 Б. р7 В. р9 Г. gp41 Д. gp120</p>
<p>Б1. В.ОД.2.4 Раздел «Болезни, вызванные риккетсиями, хламидиями, бартонами и эрлихиями».</p>	<p>1. Возбудителем сыпного тифа является риккетсия А. Провачека Б. Музера В. Акари Г. Бернета Д. Киари</p> <p>2. Источником сыпного тифа является: А. Больной человек Б. Клещи В. Домашние животные Г. Грызуны Д. Все перечисленные</p> <p>3. Передача возбудителя при сыпном тифе осуществляется: А. Вшами Б. Комарами В. Клещами Г. Грызунами Д. Всем перечисленным</p> <p>4. Передача инфекции при сыпном тифе осуществляется всеми перечисленными путями, кроме: А. Через поврежденную кожу Б. Через слизистые В. Воздушно-капельным путем Г. Фекально-оральным путем</p>

	<p>5. Различают следующие фазы патогенеза сыпного тифа</p> <p>А. Развитие пролиферативно-деструктивного эндovasкулита Б. Риккетсиемию В. Токсинемию Г. Образование специфических сыпнотифозных гранулем или узелков Попова -Давыдовского Д. Все перечисленное</p>
<p>Б1. В.ОД.2.5 Раздел 5 «Микоплазмозы»</p>	<p>1. Возбудитель микоплазменной инфекции относится к:</p> <p>А. Грибам Б. Бактериям В. Вирусам Г. Ко всему указанному Д. Все перечисленные не соответствуют истине</p> <p>2. Возбудитель микоплазменной инфекции может быть выделен из всех перечисленных биологических сред, кроме:</p> <p>А. Крови Б. Мокроты В. Глоточного соскоба Г. Носового секрета Д. Из легочной ткани умерших</p> <p>3. Возбудитель микоплазменной инфекции чувствителен ко всем перечисленным антибиотикам, кроме:</p> <p>А. Тетрациклина Б. Эритромицина В. Пеницилина Г. Ампициллина Д. Цефтриаксона</p> <p>4. Клинические формы микоплазменной инфекции:</p> <p>А. Острые Респираторные заболевания Б. Острые пневмонии В. Абактериальный уретрит Г. Менингеальные формы Д. Все перечисленные</p> <p>5. При микоплазменной пневмонии может наблюдаться:</p> <p>А. Увеличение печени Б. увеличение селезенки В. Увеличение лимфатических узлов шеи Г. Боли в животе, тошнота, рвота в начальном периоде Д. Все перечисленное</p> <p>6. Для респираторного микоплазмоза характерны все перечисленные проявления, кроме:</p> <p>А. Упорного малопродуктивного кашля Б. Умеренно выраженной интоксикации В. Лимфаденопатии Г. Длительной высокой лихорадки Д. Длительных явлений бронхообструкции</p>
<p>Б1. В.ОД.2.6 Раздел 6 «Протоозы»</p>	<p>1. Основные звенья патогенеза при малярии включают:</p> <p>А. Паразитемию Б. Водно-электролитные нарушения В. Анемию Г. Гемодинамические нарушения Д. Все перечисленное</p>

	<p>2. Эритроцитарная шизогония длительностью 72 часа характерна для:</p> <p>А. Тропической малярии Б. Овале-малярии В. Четырехдневной малярии Г. Трехдневной малярии Д. Всего перечисленного</p> <p>3. Основными клиническими формами осложненной малярии являются:</p> <p>А. Церебральная Б. Алгидная В. Гемолитическая Г. Тифоподобная Д. Все перечисленные</p> <p>4. К малярии, не имеющей рецидивирующего течения относится:</p> <p>А. Трехдневная Б. Овале-малярия В. Тропическая малярия Г. Четырехдневная малярия Д. Все перечисленные</p> <p>5. Тропическая малярия характеризуется следующими клиническими признаками:</p> <p>А. Энцефалопатия и нефропатия Б. ДВС-синдром В. Гемолиз Г. Диарея Д. Все перечисленное</p>
<p>Б1. В.ОД.2.7 Раздел 7 «Гельминтозы»</p>	<p>1. Окончательным хозяином Opisthorchis felineus является:</p> <p>А. Пресноводный моллюск рода Codiella Б. Самка комара рода Anopheles В. Рыбы семейства карповых Г. Человек</p> <p>2. Источником описторхоза для человека является:</p> <p>А. Больной человек Б. Домашние животные (кошки, собаки) В. Рыбы семейства карповых, инвазированные метацеркариями Opisthorchis felineus Г. Синантропные грызуны</p> <p>3. Путь передачи описторхоза:</p> <p>А. Пищевой Б. Воздушно-капельный В. Половой Г. Вертикальный</p> <p>4. Для Opisthorchis felineus основным местом обитания в организме окончательного хозяина</p> <p>А. Головной мозг Б. Желчные протоки, желчный пузырь, протоки поджелудочной железы В. Легкие Г. Скелетные мышцы</p> <p>5. Инкубационный период при описторхозе составляет:</p> <p>А. 2-6 недель</p>

	<p>Б. 1-3 дня В. 50-180 дней Г. От 3 недель до 3 месяцев</p>
<p>Б1. В.ОД.2.8 Раздел «Микозы»</p>	<p>8</p> <p>1. К предрасполагающим факторам заболевания кандидозом не относится: А. ВИЧ-инфекция Б. Длительная антибактериальная терапия В. Онкологические заболевания Г. Проживание в странах с умеренным климатом</p> <p>2. Препаратом этиотропной терапии при аспергиллезе является: А. Амфотерицин В Б. Флуконазол В. Фурагин Г. Биопарокс</p> <p>3. Возбудитель криптококкоза: А. <i>C. neoformans</i> Б. <i>C. albicans</i> В. <i>C. parvum</i> Г. Все варианты</p>
<p>Б1. В.ОД.2.9 Раздел «Болезни, вызванные членистоногими»</p>	<p>9</p> <p>1. Путь передачи педикулеза: А. Алиментарный Б. Воздушно-пылевой В. Контактный Г. Трансмиссивный</p> <p>2. К мерам профилактики педикулеза относится: А. Соблюдение правил личной гигиены Б. Дератизация В. Достаточная термическая обработка мяса Г. Употребление только кипяченой воды</p> <p>Возбудитель чесотки: А. <i>Pediculus humanus corporis</i> Б. <i>Sarcoptes scabiei hominis</i> В. <i>Tunga penetrans</i> Г. <i>Wohlfartia magnifica</i></p> <p>3. К средствам медикаментозной терапии чесотки относится: А. Албендазол Б. Перметрин В. Стрептоцид Г. Флуконазол</p> <p>4. К источникам тунгиоза относится: А. Самка комара рода <i>Anopheles</i> Б. Земноводные В. Пресноводные моллюски Г. Человек</p> <p>5. Лечение тунгиоза: А. Не существует Б. Удаление блохи хирургическим путем В. Обработка кожи перметрином Г. Ни один из приведенных вариантов</p> <p>6. К возбудителям миазов относится:</p>

	<p>A. <i>Wolffartia magnifica</i> Б. <i>M. avium</i> В. <i>C. albicans</i> Г. Ни один из вариантов не верен</p> <p>7. Укажите правильное утверждение:</p> <p>А. Миазы — группа заболеваний прионной этиологии Б. Миаз — инвазия личинками некоторых мух (<i>Wolffartia magnifica</i>) и оводов В. Миазы передаются половым путем Г. При миазах никогда не поражается кожа</p>
--	--

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б1. В.ОД.2.2 Раздел 2 «Бактериозы»</p>		<p>Больная А., 35 лет, обратилась на приём в участковую поликлинику. Заболела остро, появились озноб, чувство жара, умеренные боли в поясничной области, снизился аппетит, беспокоили схваткообразные боли в животе разлитого характера с последующим перемещением в левую подвздошную область. Спустя 4 часа от начала заболевания, отмечает жидкий стул с примесью слизи, который повторился 6 раз в течение суток. Температура тела повышалась до 37,40С. Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы не наблюдалось. Язык влажный, чистый. Сигмовидная кишка уплотнена, умеренно болезненная. Больная работает воспитателем в детском саду.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз и его обоснование. 2. Клиническая форма заболевания. 3. Лечебная и диагностическая тактика. 4. Показания к госпитализации.
<p>Б1. В.ОД.2.3 Раздел 3 инфекции»</p>	<p>«Вирусные</p>	<p>У гражданина В., прилетевшего на самолете из заграницы, 3 дня назад повысилась температура тела, появилась головная боль, обильная скарлатиноподобная сыпь на руках и бедрах, которая через несколько часов сменилась появлением папул, превратившихся в пузырьки с прозрачной жидкостью. Высыпания сопровождалась зудом. На 4 день болезни врач, впервые вызванный к больному, обнаружил на лице, конечностях и туловище монотипную сыпь. Температура тела была 39,70С.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз. 2. Какие лабораторные исследования следует провести для уточнения диагноза. 3. План локализации и ликвидации очага в

	<p>населенном пункте, куда прилетел больной В.</p>
<p>Б1. В.ОД.2.4 Раздел 4. «Болезни, вызванные риккетсиями, хламидиями, бартонами и эрлихиями».</p>	<p>У больного Я., 52 года, быстро повысилась температура до 39,20С, появились головная боль, боли в мышцах, незначительный кашель. Была диагностирована пневмония и назначено соответствующее лечение. Повторно осмотрен консультантом на 5-й день болезни. Состояние расценено как среднетяжелое, лицо гиперемировано, инъекция сосудов склер, конъюнктив («кроличьи глаза»), на боковых поверхностях грудной клетки обильная полиморфная розеолезно – петехиальная сыпь. В легких – рассеянные сухие хрипы, частота дыхательных движений 24 в минуту, артериальное давление 100 и 70 мм рт. ст. Язык обложен, при высовывании «спотыкается» за зубы, девиация языка влево. Печень слегка увеличена в размерах, пальпируется селезенка. Отмечается ригидность затылочных мышц.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Дифференциальная диагностика. 4. Лечение. 5. Противоэпидемическая тактика.
<p>Б1. В.ОД.2.6 Раздел 6 «Протоозы»</p>	<p>Фельдшер скорой помощи был вызван к больному С., 42 лет, который предъявлял жалобы на слабость, головную боль, повышение температуры до 39□С, озноб. Болен 5-й день, все дни отмечал слабость, периодические подъемы температуры до 40□С. Повышению температуры предшествовал сильный озноб. Падение температуры происходит резко и сопровождается сильной потливостью. Лихорадочные приступы повторяются через 1 день. При осмотре: состояние средней тяжести, бледен, склеры субиктеричны, сыпи нет. В легких дыхание везикулярное. Температура тела 39,50С, пульс 100 ударов в минуту, тоны сердца приглушены, АД 115/75 мм рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот мягкий, слегка болезненный в правом и левом</p>

	<p>подреберьях. Печень увеличена на 2 см. Менингеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме. Эпидемиологический анамнез: последние 2 года жил с семьей в Таджикистане, возвратился 18 дней тому назад.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз. 2. Обследование.
<p>Б1. В.ОД.2.7 Раздел 7 «Гельминтозы»</p>	<p>В июле в КИЗ поликлиники обратилась больная, 37 лет, с жалобами на тошноту, снижение аппетита, усиленное отделение слюны, боли в эпигастрии и вокруг пупка, периодически возникающий частый, кашицеобразный стул до 5-6 раз в сутки. В последние две недели больная стала замечать, что с калом выделяются какие-то «белые ленты». Болеет в течение месяца. Больная любительница сырого, мороженого и слегка обжаренного мяса, 6 месяцев назад ела свежемороженную говядину, купленную у соседа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предполагаемый диагноз. 2. Лабораторная диагностика. 3. Лечение.
<p>Б1. В.ОД.2.10 Раздел 10 «Болезни, вызывающие чрезвычайные ситуации в области санитарноэпидемиологического благополучия населения»</p>	<p>В инфекционную больницу доставлен больной с неясным диагнозом. Заболел остро 3 дня назад, когда развился озноб, повысилась температура до 40,0С. Появилась головная боль, боли в мышцах, рвота. Объективно: лицо гиперемировано, инъекция сосудов конъюнктивы склер. Пульс 110 ударов в минуту. АД 100/70 мм рт. ст. Язык густо обложен белым налетом. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. В правой паховой области пальпируется конгломерат, состоящий из лимфоузлов, спаянных между собой и с подлежащими тканями, резко болезненный. Кожа над бубоном ярко гиперемирована, лоснящаяся, напряжена. В области правой голени на коже имеются две язвы, с подрытыми краями диаметром 5 миллиметров. Из анамнеза известно, что за 3 дня до заболевания охотился на тарабаганов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. План обследования. 4. Лечение больного. 5. План противоэпидемических мероприятий

<p>Б1. В.ОД.2.12 Раздел 12 «Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях, методы оказания экстренной помощи»</p>	<p>Больной, 62 года, находится на лечении в инфекционной больнице по поводу тяжелой формы брюшного тифа. На 18-й день болезни состояние резко ухудшилось: температура снизилась до 35,60С, слабость, холодный пот на лбу, «мушки перед глазами», пульс 136 ударов в минуту, слабого наполнения, артериальное давление 80 и 40 мм рт. ст.</p> <p>1. Характер осложнения. 2. План лечения.</p>
<p>Б1. В.ОД.2.14 Раздел 14. «Особенности инфекционной патологии в детском возрасте. Возрастная педиатрия»</p>	<p>Больная Ю., 8 лет. Заболевание началось остро с повышения температуры тела, общей слабости, головной боли. Беспокоит боль в горле, насморк. При осмотре на 3-й день болезни: температура тела до 38,50С, увеличение периферических лимфоузлов. На коже и видимых слизистых обнаружена не обильная пятнисто – папулезная сыпь, в зеве явления лакунарной ангины. Пальпируется печень, селезенка. Больная отмечает с начала заболевания появление храпа и гнусавости голоса. В крови атипичные клетки – мононуклеары. СОЭ - 20 мм/ч. В контакте с лихорадящими больными не была.</p> <p>1. Предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Дифференциальный диагноз. 4. Лечение. 5. Профилактика.</p>
<p>Б1. В.ОД.2.15 Раздел 15. «Амбулаторная помощь инфекционным больным»</p>	<p>В очаге вирусного гепатита у ребенка, 5 лет, обнаружена повышенная активность АЛТ крови.</p> <p>1. Ваша тактика в отношении ребенка. 2. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза у ребенка?</p>

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

11. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100% Отлично (5)</p>	<p align="center">% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</p> <p align="center">61 – 75 76– 90 91 – 100</p>

12. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	11. Полнота знания учебного материала по теме

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

13. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

14. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Инфекционные болезни»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
	Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК 1	1-95	1-29	1-29

ОПК	4	15-20	2,3,7,26	4,7,8,15,17
	5	21-50	8,9,11,21	6,9,12,13
	6	51-63	10,22,18	15,18,19
	8	74-80	12,13,15,17	14,24,26
	9	81-90	14,16,19,20	27,29
	10	90-95	24,25,27	23,28
ПК	1	1-95	1-29	1-29

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕОНАТАЛЬНАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1. В. ОД.3 Неонатальная гастроэнтерология</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Возрастные анатомо-физиологические особенности системы пищеварения у детей 2. Формирование ЖКТ во внутриутробном периоде 3. Биохимические маркеры в оценке состояния ЖКТ. 4. Анатомо-физиологические и функциональные особенности системы пищеварения у доношенного и недоношенного ребенка 5. Назовите причины первичных (желудочно-кишечных) и вторичных (симптоматических) форм рвот и срыгиваний у новорожденных и наметьте пути их дифференциальной диагностики. 6. Какова классификация функциональных расстройств ЖКТ у детей раннего возраста? 7. Что такое младенческие колики и какова тактика их лечения? 8. Перечислите причины расстройств дефекации и тактику лечения. 9. Какие возбудители наиболее часто являются причинами острых кишечных инфекций у новорожденных и детей раннего возраста и каков патогенез диареи при них 10. При каких заболеваниях развивается хроническая диарея? 11. Расскажите о причинах и патогенезе некротического энтероколита. 12. Что такое «синдром короткой кишки» и какова тактика лечения при нем? 13. Каковы данные статистики по рождению детей и новорожденных с тяжелыми пороками развития? 14. Какой метод в настоящее время позволяет выявить пороки развития плода в ранние сроки беременности? 15. В чем заключается цель второго ультразвукового исследования, проводимого во II триместре беременности, в возрасте 22 недель гестации? 16. Что относится к важным мероприятиям перед
---	--

	<p>транспортировкой в хирургический стационар из родильного дома?</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Расскажите о необходимых мероприятиях на втором этапе у детей с тяжелыми пороками развития и причинах данных мероприятий? 18. Какие причины перивентрикулярной лейкомаляции, ВЖК, нарушении микробиоты в послеоперационном периоде у новорожденных с тяжелыми пороками развития разного возраста гестации вы знаете? 19. Назовите современную классификацию врожденной диафрагмальной грыжи? 20. Причины тяжести состояния детей с ложной левосторонней врожденной диафрагмальной грыжей? 21. Перечислите способы определения гипоплазии легких, легочной гипертензии? 22. Перечислите необходимые манипуляции и способы терапии в родильном блоке, сразу после рождения ребенка с ложной диафрагмальной грыжей? 23. Перечислите препараты для снижения легочной гипертензии при ЛЛДГ? 24. Укажите преимущества разных способов хирургической коррекции при ложной диафрагмальной грыжи у новорожденных детей? 25. Перечислите способы ИВЛ у новорожденных детей с высокой степенью легочной гипертензии? 26. Какие антенатальные причины кишечной непроходимости вы знаете и назовите классификацию кишечной непроходимости? 27. Перечислите причины тяжести состояния новорожденных детей с пороками кишечной трубки и способы коррекции высокой кишечной непроходимости в родильном доме? 28. Перечислите причины тяжести состояния новорожденных детей с антенатальной перфорацией кишечника, способы коррекции в родильном доме перед переводом в специализированный стационар? 29. Какова длительность и какие способы подготовки новорожденных детей с высокой и низкой кишечной непроходимостью перед переводом в специализированный стационар вы знаете? 30. Перечислите причины некротического энтероколита у новорожденных детей на втором этапе выхаживания? 31. Какая тактика ведения ишемического поражения кишечника с учетом классификации Белла? 32. Из чего складывается синдром мальабсорбции в послеоперационном периоде при различной степени резекции кишок? 33. Обоснуйте особенности кормления новорожденных детей с поражением кишок? 34. Расскажите об этиотропной и симптоматической терапии инфекционного процесса, сепсиса у новорожденных детей с поражением кишечной трубки до
--	--

	и после операции.
--	-------------------

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1. В. ОД.3 Неонатальная гастроэнтерологи я</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Какие отличия форм гастрошизиса у новорожденных детей? 2. Какие причины антенатальной гипотрофии и поражения органов брюшной полости? 3. Какой алгоритм подготовки новорожденного с гастрошизисом к транспортировке в специализированный стационар? 4. Какая терапия у новорожденных детей с гастрошизисом перед операцией? 5. Какие причины длительной гипотрофии у новорожденных с гастрошизисом в послеоперационном периоде и улучшения коррекции питания и терапии? 6. Какие причины возникновения и формы атрезии пищевода в перинатальном периоде? 7. Перечислите причины тяжести состояния новорожденных детей с атрезией пищевода? 8. Перечислите алгоритм действий у новорожденных с атрезией пищевода перед переводом в специализированный стационар из родильного дома? 9. Какая тактика ведения новорожденного ребенка со свищевой формой атрезии пищевода и сочетанными пороками развития? 10. Какие особенности раннего послеоперационного периода у новорожденных с анастомозом пищевода? 11. Что относится к осложнениям послеоперационного периода и как их устранить? 12. Перечислите основные различия состава грудного и коровьего молока. 13. Назовите основные преимущества естественного вскармливания. 14. В чем различие грудного молока на разных этапах вскармливания и у матерей, родивших доношенных и недоношенных детей? 15. Перечислите основные принципы рационального естественного вскармливания новорожденных. 16. Обозначьте пути борьбы с гипогалактией. 17. Перечислите показания к инфузионной, парентеральной терапии. 18. Назовите основные принципы парентеральной терапии новорожденных. 19. Каковы потенциальные осложнения и побочные эффекты парентерального питания?
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

Б 1. В. ОД.3
Неонатальная
гастроэнтерология

1. Чему равна величина суммарного коэффициента рождаемости (СКР) при расширенном воспроизводстве населения:
А) 2,15 – 2,17
Б) 2,17 – 2,4
В) 2,4 – 3,0
Г) 3,0 – 4,0
Д) 4,0 и выше
2. Необходимые мероприятия для новорожденных ЛДГ в родильном доме (перед переводом в специализированный стационар):
А) Коррекция ишемического поражения
Б) Эмпирическая противомикробная терапия
В) Энтеральное питание
Г) Заместительная иммунокоррекция
Д) **Температура комфорта**
3. Необходимые мероприятия для новорожденных с пороками передней брюшной стенки перед операцией:
А) Температура комфорта
Б) Декомпрессия желудка и кишечника
В) Заместительная иммунокоррекция
Г) Частичное парентеральное питание
Д) Гемостатическая терапия
Е) Восстановление функции почек
4. Что необходимо сделать при индексе оксигенации > 40 у новорожденных с диафрагмальной грыжей:
А) $IO > 12$ - показание к началу проведения ВЧО ИВЛ,
Б) $IO > 15-25$ -показание к началу ингаляции оксида азота,
В) $IO > 40$ - показание к началу проведения ЭКМО
5. Алгоритм послеоперационного ведения новорожденных детей:
А. Обезболивание.
В. Согревание.
С. Коррекция гиповолемии.
Д. Восстановление микроциркуляции.
Е. Терапия нозокомиальной инфекции.
Ф. Заместительная терапию полиорганной недостаточности.
Г. Энтеральное и парентеральное питание.
Н. Терапия бронхо-легочной дисплазии.
I. Диагностика состоятельности швов анастомоза.
J. Перевод на самостоятельное дыхание.
К. Все вышеперечисленное
6. Укажите препараты для поддержания системного АД у новорожденных детей:
А) Допамин
Б) Добутамин
В) Адреналин
Г) Норадреналин
Д) Кофеин

7. Что является у новорожденных детей препятствием отучению от ИВЛ:

- А) Инфекционные заболевания в острой фазе**
- Б) Неврологические заболевания и расстройства**
- В) Сердечная недостаточность**
- Г) Вздутие живота**
- Д) Анемия <120 г/л**
- Е) Водно-электролитные и метаболические нарушения**
- Ж) Обезболивающие препараты**

7. Клинические показания к экстубации у новорожденных:

- А) Хорошая дыхательная активность**
- Б) Завершение острой фазы заболевания**
- В) Стабильные показатели гемодинамики и перфузии тканей**
- Г) Уменьшение трахеального секрета, появление кашлевого рефлекса**
- Д) Положительная динамика массы тела.**

9. Показанием к экстубации у новорожденных детей является:

- А) $FiO_2 < 0,3$**
- Б) $PIP < 20$ мба р**
- В) $PEEP < +5$ мбар**
- Г) $VR < 50$ в 1 мин**
- Д) Ацидоз**

10. Противопоказания к ЭКМО у новорожденных с диафрагмальной грыжей:

- А) возраст гестации <34 недель,**
- Б) ВЖК менее 3 суток,**
- В) инкурабельное заболевание легких,**
- Г) Агенезия почек или финальная стадия почечной недостаточности.**

Д) Все перечисленное

11. При гастрошизисе висцеро- абдоминальная диспропорция зависит:

- А) От объема эвентрированных органов.**
- Б) От размера дефекта передней брюшной стенки.**
- В) От возраста гестации новорожденного.**

12. Для уменьшения инфицирования органов брюшной полости при гастрошизисе целесообразно:

- А) Кесарево сечение.**
- Б) Антенатальное назначение антимикробной терапии.**
- В) Экстренное хирургическое вмешательство.**
- Г) Постнатальное назначение антимикробных препаратов.**

13. Алгоритм терапии новорождённых детей с гастрошизисом в родильном доме

- А) Осмотр эвентрированных органов и погружение в силиконовый мешок**
- Б) Температура комфорта**
- В) Заместительная инфузия кристаллоидных препаратов, плазмы свежемороженой**
- Г) Декомпрессия желудка**

Д) Обезболивание

Е) Все перечисленное

Е) Экстренное хирургическое вмешательство

14. Что правильно при выборе тактики терапии гастрошизиса?

А) Одномоментная пластика передней брюшной стенки при ВПД менее 24 см вод.ст.

Б)) Одномоментная пластика передней брюшной стенки при ВПД более 30 см вод.ст.

В) ВПД не влияет на тактику оперативного вмешательства.

15. Перед транспортировкой в хирургический стационар новорожденному с гастрошизисом следует:

А) Выполнить катетеризацию сосудов

Б) Добиться нормализации перфузии и оксигенации ($SpO_2 > 93\%$),

В) Компенсировать значения КОС и лактата

Г) Обезболить наркотическими или ненаркотическими анальгетиками

Д) Провести декомпрессию желудка .

Е) Все перечисленное

16. Перед транспортировкой в специализированный стационар новорожденным с атрезией пищевода проводят:

А) Зондирование пищевода.

Б) Декомпрессию кишечника.

В) Восстановление микроциркуляции.

Г) Аспирацию слизи из верхнего отдела пищевода и ротоглотки.

Д) Интубацию трахеи.

17. Укажите возможные причины тяжести состояния новорожденных детей с атрезией пищевода после рождения:

А) Гиповолемия

Б) Аспирационный синдром

В) Токсикоз

Г) Сочетанные или множественные пороки развития.

18. Укажите клинические симптомы мембраны 12-перстной кишки:

А) Эксикоз, гиповолемия

Б) Холестаз

В) Кишечная непроходимость

Г) Сепсис

19. Факторы риска некротического энтероколита

А) Бактериальная колонизация патогенной микрофлорой.

Б) Гипоксия

В) Анемия

Г) Менингит

Д) Недоношенность

Е) Все кроме Г)

20. Мероприятия при подозрении на некротический энтероколит:

А) Отмена энтерального питания

Б) Полное парентеральное питание

В) Декомпрессия желудка

- Г) Обезболивание
- Д) ИВЛ
- Е) Форсированный диурез
- Ж) Этиотропная антибактериальная терапия

З) Все кроме Е)

21. Абсолютным показанием к оперативному вмешательству при НЭК является:

- А) Наличие крови в стуле
- Б) Пневматоз петель кишки
- В) Тромбоцитопения

Г) Перфорация петель кишечника

22. При сочетанной резекции тощей и подвздошной кишок возможно:

- А) Снижение всасывания углеводов
- Б) Увеличивается потеря жирных кислот
- В) Может развиваться лактат-ацидоз
- Г) Повышается риск мочекаменной болезни.

Д) Все перечисленное

23. При изменении статистических показателей у новорожденных детей с ВПР.

- А) Суммарный коэффициент рождаемости в 2012 году составил 2,0.
- Б) Суммарный коэффициент рождаемости с 2021 года снизился.
- В) У новорожденных с маленьким сроком гестации чаще определяются пороки центральной нервной системы и множественные пороки развития.
- Д) Число женщин детородного возраста в стране выросло.

Е) Все перечисленное

24. Некоторые особенности иммунной системы новорожденного

А. Иммуитет у новорожденного неспецифический.

Б. Функционируют материнские антитела, система фагоцитоза не развита.

В. Источником специфических гуморальных факторов является грудное молоко

Г. Характерна склонность к генерализованным микробно-воспалительным процессам, септическому состоянию.

Д. На 5-е сутки жизни устанавливается абсолютное и относительное преобладание лимфоцитов.

Е. IgM значительно больше, чем IgA и IgG.

Ж. Все вышеперечисленное.

25. Последовательность стадий ДВС-синдрома при сепсисе по данным морфологии.

А. 1-я стадия — гиперкоагуляция и тромбообразование.

Б. 2-я стадия — гипокоагуляции и активации фибринолиза.

В. 3-я стадия — нарастающая коагулопатия

потребления.

Г. 4-я стадия — восстановительная.

26. Клинические тесты диагностики сепсиса и шока.

А. Гиперволемия

Б. Гиповолемия

В. Олигоанурия

Г. Сердечная недостаточность

Д. Болевой синдром

Е. Гипертермия

27. При терапии бактериальной инфекции значимо:

А. Низкое значение МПК

Б. Низкая чувствительность и вероятная резистентность

В. Высокое значение МПК

Г. Высокая чувствительность к АМП.

28. Препаратом выбора при Candida albicans у новорожденного с менингитом является:

А. Амфотерицин.

Б. Микафунгина.

В. Дифлюкан.

Г. Каспофунгин

Д. Флюконазол.

29. В желудочно-кишечном тракте желчные кислоты подвергаются реабсорбции. Это происходит в:

а. 12-перстной кишке

б. подвздошной кишке

в. толстой кишке

г. желудке

д. тощей кишке

30. У лиц с врожденной недостаточностью лактазы отмечается вздутие живота, скопление газов и диарея при переваривании:

а. молока

б. яиц

в. черного хлеба

г. капусты

д. сладостей

31. Самой маленькой адсорбирующей единицей слизистой тонкой кишки является:

а. микроворсинка

б. бокаловидная клетка

в. цилиндрическая клетка

г. ворсинка

32. Целиакия характеризуется непереносимостью:

а. пшеницы

б. риса

г. гречи

в. овса

д. а, г

33. Клинические признаки синдрома мальабсорбции:

а. диарея

б. истощение

в. анемия

г. боли в костях, патологические переломы

д. все верно

34. Целиакии наиболее часто сопутствует кожное заболевание:

а. псориаз

б. герпетиформный дерматит

в. атопический дерматит

г. пемфигоид

д. пузырчатка

35. Для острого тромбоза в системе воротной вены наименее характерна:

а. острая боль

б. желтуха

в. повторная рвота

г. портальная гипертензия

д. коллапс

36. При симптомокомплексе "острого живота" исчезновение "печеночной тупости" свидетельствует:

а. об остром панкреатите

б. о функциональной кишечной непроходимости

в. о перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки

г. о механической кишечной непроходимости

д. о правостороннем пневмосклерозе

37. Какова суточная потребность в жидкости у недоношенных детей после 10-го дня жизни, включая питание?

А. 50 мл/кг

Б. 80 мл/кг

В. 100 мл/кг

Г. 150-200 мл/кг

38. Показано ли назначение бактериостатических антибиотиков в периоде новорожденности?

А. не показано

Б. показано при всех гнойно-септических заболеваниях

В. показано при легких формах гнойно-септических заболеваний

Г. показано при наличии чувствительности возбудителя

39. При тяжелых гнойно-воспалительных заболеваниях наиболее целесообразной является следующая комбинация антибиотиков

А. два бактерицидных

Б. два бактериостатических

В. бактерицидный с бактериостатическим

40. Какую максимальную концентрацию раствора глюкозы можно использовать при проведении парентерального питания через периферические вены?

А. 5%

Б. 10%

В. 12,5%

Г. 20%

41. Когда следует начинать внутривенное введение хлорида калия при проведении инфузионной терапии новорожденным в первую неделю жизни?

А. с 1-го дня жизни

Б. со 2-го дня жизни

	<p>В. с 3-го дня жизни Г. с момента восстановления адекватного диуреза</p> <p>42. <u>Что должен сделать врач родильного дома ребенку с полной кишечной непроходимостью?</u> А. ввести зонд в желудок, проводить кормление через зонд Б. прекратить кормление, ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое</p> <p>43. <u>Целевые показатели дотации белка и энергии при полном парентеральном питании у детей с ЭНМТ составляют:</u> А. 3,5-4 г/кг аминокислот и 100-120 ккал/кг энергии. Б. 1-1,5 г/кг аминокислот и 80-100 ккал/кг энергии.</p> <p>44. <u>Ориентировочная глубина введения желудочного зонда должна быть равна:</u> А. Расстоянию между бедром и стопой новорожденного Б. Расстоянию между переносицей и мочкой уха плюс расстояние между мочкой уха мечевидным отростком В. Расстоянию между переносицей новорожденного и его половыми органами Г. Расстоянию между мочкой уха и пупком</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

15. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: - 61 - 75%	% выполнения задания
Удовлетворительно (3) - 76 - 90%	61 – 75
Хорошо (4) - 91-100%	76 – 90
Отлично (5)	91 – 100

16. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

17. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность

Хорошо (4) - пяти или шести критериям	4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала
Отлично (5)	(наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Неонатальная гастроэнтерология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1,2,3,4,5,20,21,22	1-13	1-14	
	3	1,2,3,6,7,9,10,11,12,13,14,15,17,18,19,20,21,23,24,25,26,27,28,29,30-33,35-44	1,2,4,5,6,8,10,11	1,2,3,4,5,8,9,11	
ОПК	4		8,10	8,10,13	
	4	4,6,7,10,11,13,18,20,23-25,27,28,31,32,33,35,37,38,39,40,41	1,3,6,7,8,10,12	1,5,6,7,8,9,10,11,13	1-15
	5	1,2,3,5,8,9,14,16,17,21,22,26,32	2,3,4,5,9,11,13	2,3,8,12,14	
	6	16	6	4	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕОНАТАЛЬНАЯ НЕФРОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1. В.ОД.4 «Неонатальная нефрология»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Роль неблагоприятных факторов риска повреждения почек в периконцепционном, плацентарном, внутриутробном, перинатальном периодах. 2. Рост почки и развитие функции почек с возрастом. 3. Особенности физиологии почек у недоношенных детей. 4. Физикальное обследование неврологического пациента. 5. Мочевой синдром – семиотика нарушений 6. Нефритический синдром – семиотика нарушений 7. Нефротический синдром – семиотика нарушений 8. Синдром нарушения почечных функций – критерии диагностики. 9. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития, задачи пренатального консилиума. 10. Варианты течения САКУТ-синдрома.
--	---

	<p>11. Основные варианты пороков развития почек.</p> <p>12. Аномалии расположения и впадения мочеточников, врачебная тактика.</p> <p>13. Пороки развития мочевого пузыря – диагностика, тактика врача неонатолога;</p> <p>14. Пороки развития уретры: стеноз и клапан уретры, гипоспадия, эписпадия</p> <p>15. Заболевания, сопровождающиеся гематурией, распространенность, критерии диагностики, методы обследования и лечения, исходы и прогноз.</p> <p>16. Острое почечное повреждение у новорожденных: этиопатогенез, критерии диагностики, дифференциальный диагноз, показания к заместительной почечной терапии; методы лечения, исходы, прогноз.</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p align="center">Б 1. В.ОД.4 «Неонатальная нефрология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основные функции почек: экскреторная, секреторная, инкреторная. 2. Транзиторные состояния ОМС у новорожденных. 3. Особенности физиологии почек у недоношенных детей. 4. Современная стратегия превентивной нефрологии. 5. Симптоматика заболеваний почек у новорожденных. 6. Лабораторные показатели заболеваний ОМС. 7. Методы инструментальной диагностики заболеваний почек у новорожденных. 8. Поликистоз почек – диагностика, тактика лечения, исходы, прогноз. 9. ИМП: понятие, этиология, эпидемиология, патогенез, патоморфология. 10. Классификация ИМП, современная диагностика, дифференциальная диагностика. 11. Рецидивирующее течение ИМП. 12. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс, критерии диагностики, течение, варианты лечения, осложнения, прогноз. 13. Нефротический синдром: распространенность, клинические симптомы, причины, методы лечения, прогноз. 14. Показания к заместительной почечной терапии у новорожденных.
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p align="center">Б 1. В.ОД.4 «Неонатальная нефрология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. В ОРГАНИЗМЕ РЕБЕНКА ПРИ УРИКЕМИЧЕСКОМ (МОЧЕКИСЛОМ) ДИАТЕЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ <ol style="list-style-type: none"> 1) накопление в крови пуриновых оснований 2) накопление в крови мочевины и креатинина 3) высокая ацетилирующая способность ферментов печени 4) повышение уровня глюкозы 5) накопление в моче оксалатов 2. ПРЕОБЛАДАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ХАРАКТЕРА В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ <p align="center">О</p>
--	---

	<p>1) пиелонефрите 2) аномалии развития органов мочевой системы 3) гломерулонефрите 4) тубулоинтерстициальном нефрите 5) наследственном нефрите</p> <p>3. МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>1) альбуминурией 2) гематурией 3) протеинурией 4) цилиндрурией 5) лейкоцитурией с бактериурией</p> <p>4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ РАЗВИТИИ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) стафилококк 2) клебсиелла 3) протей 4) синегнойная палочка 5) кишечная палочка</p> <p>5. ФИЛЬТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТ</p> <p>1) электролиты крови 2) осмолярность мочи 3) относительная плотность мочи 4) клиренс эндогенного креатинина 5) уровень общего белка крови</p> <p>6. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) императивные позывы на мочеиспускание 2) нарушение функционального состояния почек 3) подозрение на наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса до данным УЗИ 4) подозрение на наличие аномалий развития мочевого пузыря и уретры 5) учащенное болезненное мочеиспускание</p> <p>7. ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</p> <p>1) агенезия или гипоплазия почек 2) гемолитико-уремический синдром 3) хронический и подострый гломерулонефрит 4) волчаночный нефрит 5) острый пиелонефрит</p> <p>8. ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ЧАЩЕ ВВОДИТСЯ</p> <p>1) перорально 2) внутривенно 3) внутримышечно 4) внутривульварно 5) не используется</p> <p>9. В НОРМЕ КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ ПО ПРОБЕ КАКОВСКОГО – АДДИСА</p> <p>1) 100</p>
--	---

- 2) 500
- 3) 1000
- 4) 2000
- 5) 1000000**

10. МАКРОГЕМАТУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- a. гепатита
- b. гломерулонефрита**
- c. инфекции мочевых путей
- d. пиелонефрита
- e. сахарного диабета

11. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИСТЕННОЙ ЭРИТРОЦИТУРИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- a. посев мочи
- b. пробу Реберга
- c. пробу Зимницкого
- d. пробу Нечипоренко**
- e. пробу с сухоедением

12. СТОЙКАЯ ГЕМАТУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- a. наследственного нефрита**
- b. пиелонефрита
- c. сахарного диабета
- d. нефроптоза
- e. гидронефроза

13. Инструментальные дифференциально-диагностические методы исследования, выполняемые при нефритах, протекающих с гематурией

- 1) УЗИ почек с доплером**
- 2) аудиограмма**
- 3) внутривенная урография по показаниям
- 4) цистоскопия, цистография по показаниям
- 5) эхокардиография

14. Симптомы, встречающиеся при нефрите Шенлейн-Геноха

- 1) макрогематурия**
- 2) протеинурия
- 3) гипокомплементемия
- 4) повышение уровня IgG**
- 5) нефротический синдром

Гемолитико-уремический синдром характеризуется

- 1) гемолитической анемией**
- 2) уремией**
- 3) тромбоцитозом
- 4) билирубинемией
- 5) тромбоцитопенией**

Наиболее частая причина ренальной ОПП

- 1) ГУС
- 2) цистит
- 3) тромбоз почечных сосудов
- 4) гломерулонефрит**
- 5) травмы

17. НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦЕВ НЕПОСРЕДСТВЕННО ВЛИЯЕТ ГОРМОН

	<p>1) альдостерон 2) тироксин 3) инсулин 4) гонадотропин 5) андрогены</p> <p>18. СЕЛЕКТИВНОСТЬ ПРОТЕИНУРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ</p> <p>1) петли Генле 2) эпителия дистальных канальцев 3) мембраны клубочков 4) всего перечисленного 5) эпителия проксимальных канальцев</p> <p>19. КОНЦЕНТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ</p> <p>1) проба Зимницкого 2) белок и белковые фракции 3) относительная плотность мочи 4) осмолярность мочи 5) электролиты крови</p> <p>20. ФИЛЬТРАЦИОННУЮ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ</p> <p>1) клиренс эндогенного креатинина 2) креатинин крови 3) уровень мочевины крови 4) осмолярность мочи 5) селективность протеинурий</p> <p>21. У РЕБЕНКА С ГЕМАТУРИЕЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА ВАЖНО ВЫЯВИТЬ НАЛИЧИЕ У РОДСТВЕННИКОВ ВСЕХ СИМПТОМОВ, КРОМЕ</p> <p>1) тугоухости 2) гематурми 3) патологии зрения 4) дисплазии тазобедренного сустава 5) развитие ХПН в раннем возрасте</p> <p>22. АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НЕ ОТРАЖАЕТ</p> <p>1) белковые фракции 2) серомукоид 3) С-реактивный белок 4) электролиты крови 5) фибриноген крови</p> <p>23. ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ</p> <p>1) нефротического синдрома 2) гломерулонефрита гематурической формы 3) пиелонефрита 4) тубулоинтерстициального нефрита 5) тубулопатии</p> <p>24. ВЫРАЖЕННАЯ ФИБРИНОГЕНЕМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <p>1) гломерулонефрите нефротической формы 2) цистите</p>
--	---

- 3) наследственном нефрите
- 4) дизметаболической нефропатии
- 5) пиелонефрите

25. Для отеков почечного генеза не характерна их локализация

- 1) на лице
- 2) на ногах
- 3) изолировано на руках**
- 4) на всех конечностях и туловище
- 5) на пояснице

26. О состоянии клубочковой фильтрации можно судить по величине

- 1) мочевины
- 2) креатинина**
- 3) остаточного азота
- 4) холестерина
- 5) общего белка в крови

27. Дифференциальная диагностика функциональной и органической ОПП основана

- 1) на степени выраженности реакции на диуретики
- 2) на обширности отеков
- 3) на выраженности и длительности нарушений диуреза**
- 4) на длительности гипертензии
- 5) на выраженности креатининемии

28. Для почечной гипертензии характерны следующие изменения артериального давления

- 1) равномерное повышение систолического и диастолического
- 2) повышение систолического и снижение диастолического
- 3) более значимое повышение диастолического давления**
- 4) повышение диастолического и снижение систолического

29. Основные причины развития анемии при ОПП

- 1) снижение уровня эритропоэтина**
- 2) укорочение жизни эритроцитов
- 3) гипоплазия красного костного мозга
- 4) снижение уровня сывороточного железа
- 5) снижение уровня общего белка в крови

30. Ведущий признак ОПП

- 1) олигоанурия
- 2) нарушение тубулярных функций
- 3) отеки
- 4) гематурия
- 5) азотемия**

31. Ведущая преренальная причина ОПП

- 1) падение артериального давления**
- 2) гемолиз и миолиз
- 3) атрезия мочеточников
- 4) иммунокомплексное поражение базальной мембраны
- 5) тромбоз почечных артерий

	<p>32. Наиболее частые причины ренальной ОПП у новорожденных и детей раннего возраста</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ГУС 2) цистит 3) тромбоз почечных сосудов 4) гломерулонефрит 5) пиелонефрит <p>33. Ведущая причины анемии при ХБП</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гемолиз 2) дефицит фолиевой кислоты 3) дефицит железа 4) недостаток эритропоэтина 5) дефицит кальция <p>34. Ведущий биохимический показатель ХБП</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиперальбуминемия 2) дислипидемия 3) гиперкреатининемия 4) уробилинурия 5) гипербилирубинемия <p>35. Какой антибиотик целесообразно назначать при ХБП</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тетрациклин 2) защищенные пенициллины 3) фосфомицин 4) гентамицин 5) азитромицин <p>36. Уровень клубочковой фильтрации, характерный для терминальной стадии ХПН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 60 мл/мин 2) 50 мл/мин 3) 45 мл/мин 4) 35 мл/мин 5) 15 мл/мин <p>37. Основная причина развития ХБП у детей</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обструктивные нефропатии 2) хронический гломерулонефрит 3) хронический пиелонефрит 4) поликистоз почек 5) дисплазия почек <p>38. Какой должна быть калорийность диеты больного ХПН, чтобы предотвратить распад собственного белка</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1200-1500 ккал 2) 1800-2200 ккал 3) 2200-2500 ккал 4) 2500-3000 ккал 5) 3000-3500 ккал <p>39. Синдром уремии возникает тогда, когда утраивается более</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 10% паренхимы почек 2) 30% паренхимы почек 3) 45% паренхимы почек 4) 75% паренхимы почек 5) 90% паренхимы почек <p>40. Морфологическим субстратом хронической почечной</p>
--	--

	<p>недостаточности является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нефросклероз 2) пролиферация мезангиальных клеток 3) деструкция малых отростков подоцитов 4) отложения иммунных комплексов в гломерулярной базальной мембране 5) гиалиноз почечных артерий <p>41. Основными препаратами для лечения артериальной гипертензии, связанной с патологией почек, являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). β-блокаторы 2). блокаторы кальциевых каналов 3). вазодилататоры 4). спазмолитики 5). диуретики <p>42. Способы снижения уровня калия в плазме не включают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) глюкозо-инсулиновая смесь 2) 10% раствор кальция глюконата 3) кальция карбонат, 4) натрий бикарбонат при наличии метаболического ацидоза 5) внутривенное или ингаляционное введение сальбутамола
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

18. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ:	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
- 61 - 75% Удовлетворительно (3)	61 – 75
- 76 - 90% Хорошо (4)	76 – 90
- 91 - 100% Отлично (5)	91 – 100

19. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

20. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность

- четырем критериям Хорошо (4)	4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- пяти или шести критериям Отлично (5)	

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Неонатальная нефрология»

Формируемые компетенции и по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК	1	1-42	1-42	1-42
ОПК	8	8,17,29,39,40	8,17,29,39,40	8,17,29,39,40
	4	1-7, 9-28, 30-38, 40	1-7, 9-28, 30-38, 40	1-7, 9-28, 30-38, 40
	9	1-40	1-40	1-40
	5	8,15,35,38,40-42	8,15,35,38,40-42	8,15,35,38,40-42

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕТСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б1.В.ДВ.1.1 Аntenатальные поражения нервной системы у детей. Внутриутробные инфекционные поражения нервной системы у детей.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прегравидарная профилактика поражений нервной системы плода. 2. Этапы внутриутробного развития плода. 3. Факторы риска повреждения плода (акушерские, биологические, генетические, экологические). 4. Пренатальная диагностика и оценка состояния плода. Инвазивные методы пренатальной диагностики, ультразвуковая диагностика плода, лабораторные методы оценки состояния плода. 5. Фетоплацентарная недостаточность. 6. Врожденные пороки развития нервной системы плода (грыжи, микроцефалия, гидроцефалия, краниостеноз и др. пороки развития): этиология, патогенез, клиническая характеристика, диагностика (клинические данные и дополнительные методы исследования) и врачебная тактика. 7. Клиническая синдромология вирусных и бактериальных инфекций, вызывающих заболевание плода и новорожденного. 8. Педиатрические аспекты дородовой охраны здоровья ребенка (дородовый педиатрический патронаж).
--	---

<p>Б1.В.ДВ.1.2 Перинатальные поражения нервной системы у детей.</p>	<p>9.Этиология и факторы риска перинатальных поражений нервной системы у плода и новорожденного. 10. Классификация перинатальных поражений нервной системы у плода и новорожденного. 11.Гипоксическое поражение центральной нервной системы у новорожденного. Клиническая картина церебральной ишемии. Внутричерепные кровоизлияния гипоксического генеза. 12.Травматические поражения нервной системы у новорожденных. Внутричерепная родовая травма. Родовая травма спинного мозга. Родовая травма периферической нервной системы. 13.Дисметаболические и токсико-метаболические нарушения центральной нервной системы у новорожденных. 14.Поражения центральной нервной системы при инфекционных заболеваниях перинатального периода. 15. Классификация клинических синдромов периода формирования неврологического дефекта при перинатальных поражениях центральной нервной системы. 16.Клиническая картина синдромов перинатального поражения нервной системы у новорожденных в остром и восстановительном периодах. 17. Методы обследования новорожденных с перинатальными поражениями нервной системы. 18.Принципы лечения детей с перинатальными поражениями нервной системы в остром и восстановительном периодах.</p>
<p>Б1.В.ДВ.1.3 Детский церебральный паралич.</p>	<p>19.Этиология, патогенез детского церебрального паралича. 20.Факторы риска, прогнозирование развития детского церебрального паралича. 21.Классификация детского церебрального паралича по МКБ-10. 22.Классификация детского церебрального паралича по течению заболевания. 23.Синдромологическая структура, клиника синдромов детского церебрального паралича. 24.Дифференциальный диагноз детского церебрального паралича. 25.Методы обследования детей с детским церебральным параличом. 26.Лечение детей с детским церебральным параличом на ранней стадии заболевания. 27.Лечение детей с детским церебральным параличом в хронически-резидуальной стадии. 28.Инновационные технологии в реабилитации детей с детским церебральным параличом. 29.Роль нейрофармакологии в лечении и реабилитации детей с детским церебральным параличом.</p>
<p>Б1.В.ДВ.1.4 Эпилепсия.</p>	<p>30.Этиология, патогенез эпилепсии. 31.Современная классификация эпилептических пароксизмов. 32.Парциальные приступы, клиническая картина. 33.Генерализованные приступы, клиническая картина. 34.Эпилептические синдромы (Веста, Леннокса-Гастро и др.).</p>

Неэпилептические пароксизмальные расстройства сознания.	Клиническая картина, лечение, прогноз заболевания. 35. Фебрильные судороги. Тактика ведения. 36. Основные принципы лечения эпилепсии. 37. Эпилептический статус. Неотложная помощь. 38. Синкопальные состояния у детей, дифференциальная диагностика. 39. Аффективно-респираторные и псевдоэпилептические приступы. 40. Неэпилептические пароксизмы сна.
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

Б1.В.ДВ.1.1 Аntenатальные поражения нервной системы у детей. Внутриутробные инфекционные поражения нервной системы у детей.	<p>1. Врожденная гидроцефалия обусловлена:</p> <p>а) нарушением формирования ликворной системы б) блоком в ликворных путях в) нарушением всасывания в пахионовых грануляциях г) гиперпродукцией цереброспинальной жидкости</p> <p>2. Порэнцефалия возникает в результате:</p> <p>а) нарушения процессов клеточной миграции б) гипоксии плода в) наследственного фактора г) токсического воздействия</p> <p>3. Наиболее характерно для врожденной краснухи осложнение:</p> <p>а) хориоретинит; б) катаракта; в) миокардит; г) геморрагический синдром; д) туберозный склероз.</p> <p>4. Клиническую картину при внутриутробных инфекциях в большей степени определяет:</p> <p>а) сроки внутриутробного поражения; б) токсичность возбудителя; в) путь проникновения инфекции; г) состояния реактивности организма плода; д) ни один из перечисленных.</p> <p>5. При врожденной герпетической инфекции развитие менингоэнцефалита:</p> <p>а) характерно б) не характерно</p> <p>6. Катаракта, микрофтальмия, врожденные пороки сердца и глухота характерны для врожденной инфекции, вызванной:</p> <p>а) вирусом герпеса б) цитомегаловирусом в) вирусом краснухи г) листерией</p>
--	---

	<p>7. Источник инфекции при герпетической инфекции: а) человек б) человек и животное в) животное г) птицы д) насекомое</p> <p>8. Герпес новорожденных возникает в результате внутриутробного инфицирования вирусом: а) герпес типа 1 б) герпес типа 2 в) герпес типа 1 и 2 г) вирус Эпштейн-Барр д) цитомегаловирус</p> <p>9. К осложнениям краснухи относятся: а) нефрит б) круп в) пневмония г) отит д) энцефалит</p> <p>10. Существует ли опасность заражения плода токсоплазмозом при хроническом латентной токсоплазмозной инфекции: а) да б) нет</p>
<p>Б1.В.ДВ.1.2 Перинатальные поражения нервной системы у детей.</p>	<p>11. Акушерский парез типа Эрба-Дюшена характеризуется: а) парезом дистального отдела ноги б) периферическим парезом ног в) центральным монопарезом руки г) периферическим парезом проксимального отдела руки</p> <p>12. Акушерский парез типа Дежерин-Клюмпке характеризуется: а) центральным монопарезом ноги б) центральным парезом руки в) периферическим парезом дистального отдела руки г) периферическим парезом дистального отдела ноги</p> <p>13. Родовая травма спинного мозга возникает вследствие: а) хронической гипоксии б) острой асфиксии в) механического повреждения г) токсического воздействия</p> <p>14. Родовая травма периферической нервной системы приводит к развитию: а) центрального монопареза б) центрального тетрапареза в) периферического пареза</p>

г) неонатальных судорог

15. Перинатальное поражение нервной системы легкой степени характеризуется всеми указанными синдромами кроме:

- а) гипервозбудимости
- б) вегетативных дисфункций
- в) висцеральных дисфункций
- г) повышенной сонливости
- д) **судорожного**

16. Перинатальное поражение нервной системы средней степени тяжести характеризуется всеми указанными синдромами кроме:

- а) повышения внутричерепного давления
- б) гидроцефального
- в) судорожного
- г) гипервозбудимости
- д) **коматозного**

17. Основными маркерами неблагоприятного течения пренатального периода являются

- а) малые росто-весовые показатели
- б) стигмы дизэмбриогенеза
- в) гипервозбудимость
- г) нарушения сна
- д) **эпилептические приступы**

18. Острый период перинатальных поражений нервной системы клинически проявляется:

- а) отставанием в двигательном развитии
- б) **гипервозбудимостью**
- в) **вегетативно-висцеральными расстройствами**
- г) микроцефалией
- д) эпилептическими приступами

19. Восстановительный период перинатальных поражений нервной системы клинически наиболее часто проявляется:

- а) **отставанием в двигательном развитии**
- б) снижением интеллекта
- в) вегетативно-висцеральными расстройствами
- г) микроцефалией
- д) эпилептическими припадками

20. Клиническими проявлениями минимальных мозговых дисфункций является все, кроме:

- а) гипервозбудимость
- б) гиперкинезы
- в) **эпилептические припадки**
- г) дислалии
- д) задержка интеллектуального развития

Б1.В.ДВ.1.3
Детский
церебральный
паралич.

21. При наличии у новорожденного тяжелой билирубиновой энцефалопатии возможно формирование:

- а) гиперкинетической формы детского церебрального паралича**
- б) микроцефалии
- в) симптоматической эпилепсии
- г) прогрессирующей гидроцефалии
- д) снижения интеллекта

22. К клиническим формам ДЦП относится:

- а) гипотонически-гиперкинетическая
- б) гипертонически-гиперкинетическая
- в) гемиплегическая**

23. При спастической диплегии выявляется:

- а) атонически-астатический синдром
- б) центральный гемипарез
- в) центральный нижний парапарез**
- г) гипертонически-гиперкинетический синдром

24. Для гемиплегической формы ДЦП характерен:

- а) гипертонически-гиперкинетический синдром
- б) центральный гемипарез**
- в) центральный тетрапарез преобладающий в руках
- г) центральный нижний парапарез
- д) атонически-астатический синдром

25. Для двойной гемиплегической формы ДЦП характерен:

- а) центральный нижний парапарез
- б) центральный гемипарез
- в) центральный тетрапарез**
- г) атонически-астатический синдром
- д) гипертонически-гиперкинетический синдром

26. Слабость в только в нижних конечностях, с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов в них, патологическими стопными рефлексами с двух сторон, характерна для:

- а) ДЦП, двойная гемиплегическая форма
- б) ДЦП, диплегическая форма**
- в) ДЦП, гемипаретическая форма

27. Слабость во всех конечностях, с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами с двух сторон, характерна для:

- а) ДЦП, диплегическая форма
- б) ДЦП, гемипаретическая форма
- в) ДЦП, двойная гемиплегическая форма**

28. Слабость в правых конечностях, с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами с одноименной

	<p>стороны, сохраненной чувствительностью, характерна для:</p> <p>а) ДЦП, диплегическая форма б) ДЦП, гемипаретическая форма в) ДЦП, двойная гемиплегическая форма</p> <p>29. Для коррекции патологической мышечной спастичности используется ГАМК-ергический препарат:</p> <p>а) баклофен б) фенибут в) пантогам г) натрия оксибутират</p> <p>30. Для уточнения локализации поражения при центральном парезе конечности наиболее информативна:</p> <p>а) магнитно-резонансная томография головы б) игольчатая электромиография в) биопсия периферического нерва г) биопсия мышц</p>
<p>Б1.В.ДВ.1.4</p> <p>Эпилепсия.</p> <p>Неэпилептические пароксизмальные расстройства сознания.</p>	<p>31. Лечение эпилепсии следует начинать с:</p> <p>а) монотерапии б) политерапии</p> <p>32. Отмена противосудорожной терапии осуществляется:</p> <p>а) только после полной нормализации ЭЭГ б) спустя 3-5 лет после клинической ремиссии в) спустя более 5 лет после клинической ремиссии</p> <p>33. Какой из перечисленных симптомов возникает при раздражении клеток передней центральной извилины:</p> <p>а) метоаморфозии, б) джексоновская эпилепсия в) «Словесный салат»</p> <p>34. Какой симптом не характерен для поражения и раздражения передней центральной извилины:</p> <p>а) монопарез б) гемипарез в) джексоновская эпилепсия г) спастический парепарез</p> <p>35. Где локализуется очаг поражения при моторной афазии:</p> <p>а) височная доля б) затылочная доля в) лобная доля г) Нижняя теменная долька</p> <p>36. Какой симптом не характерен для локализации очага в задней центральной извилине:</p> <p>а) моноанестезия б) гемипарез в) джексоновская эпилепсия</p>

	<p>г) анозогнозия</p> <p>37. Какой симптом не характерен для локализации очага в левой лобной доле:</p> <p>а) моторная афазия</p> <p>б) атаксия</p> <p>в) нарушение психики</p> <p>г) псевдомелия</p> <p>д) аграфия</p> <p>38. При локализации очага в какой доле мозга у больных возникают ощущения уже виденного или никогда не виденного:</p> <p>а) теменная доля</p> <p>б) затылочная доля</p> <p>в) лобная доля</p> <p>г) височная доля</p> <p>39. Какое из перечисленных состояний не относится к пароксизмальным нарушениям схемы тела:</p> <p>а) псевдомелия</p> <p>б) аутотопогнозия</p> <p>в) агнозия на лица</p> <p>40. Какой симптом не характерен для локализации очага в затылочной доле:</p> <p>а) амавроз</p> <p>б) квадрантная гемианопсия</p> <p>в) фотопсия</p> <p>г) утрата фотореакций</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б1.В.ДВ.1.1 Аntenатальные поражения нервной системы у детей. Внутриутробные инфекционные поражения нервной системы у детей.</p>	<p>Задача 1.</p> <p>Ребенок И, от первой беременности. Матери 22 года, страдает герпетической инфекцией с 12 летнего возраста. Обострения кожно-слизистой формы отмечались 2-3 раза в год. Лечилась местными препаратами (мазь Зовиракс, Бонафтон). В конце данной беременности отмечались пузырьковые высыпания на наружных половых органах. Во время беременности токсикоз первой половины в течение 3 недель. Перенесла ОРЗ в легкой форме в сроке 20 недель. Лечилась домашними средствами. Роды в срок. Продолжительность родов 20 часов. Первый период 19 часов 40 минут, потужной период 20 минут. Родилась доношенная девочка, закричала сразу. Масса тела при рождении 3400 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложена в конце первых суток. На четвертые сутки жизни состояние ухудшилось. Ребенок стал вялым, плохо сосал, срыгивал, отмечены мышечная гипотония, гипорефлексия. Периодически беспокоился. На коже туловища и конечностей появилась пузырьковая сыпь. Склеры гиперемированы,</p>
---	---

веки отечны, небольшие 80 выделения из глаз. Ребенок переведен в отделение патологии новорожденных.
Поставьте диагноз.

Задача 2.

Ребенок А, из анамнеза: родилась у женщины 27 лет, работающей на мясокомбинате. Беременность, протекавшая с токсикозом в первом триместре и гестозом с периодическим повышением температуры в III триместре беременности. Не обследовалась и не лечилась. Роды самопроизвольные на 36 неделе гестации на фоне преждевременного излития околоплодных вод, I период – 10 часов, II период – 45 минут, безводный промежуток – 8 часов, околоплодные воды с зеленоватым оттенком. Оценка по шкале Апгар: на 1' - 4 балла, на 5' – 6 баллов. Масса при рождении 2450 г., длина 46 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 29 см. Состояние при рождении расценивалось как среднетяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС. На 4 сутки в связи с появлением клонико-тонических судорог ребенок переведен в отделение патологии новорожденных. При осмотре в стационаре: состояние ребенка тяжелое. Вес 2100 г. Кормится через зонд, часто срыгивает. Кожа бледная с сероватым оттенком, сухая, подкожная клетчатка истончена. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД 44 в 1 мин. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 140 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Пальпаторно печень выступает из-под реберного края до 3 см, селезенка до 1 см. Поза в кровати с запрокинутой головой. Голова гидроцефальной формы, окружность головы- 36 см, швы открыты, б. р. 4x4 см, «выполнен». Мышечный тонус с преобладанием тонуса разгибателей. Отчетливый симптом Грефе и горизонтальный нистагм. Гиперестезия. Рефлексы спинального автоматизма не вызываются, орального - вялые. Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность– мутная; белок – 990 ммоль/л; цитоз – 320 в 3 мкл: нейтрофилы– 15%, лимфоциты – 85%. РСК с токсоплазменным антигеном: у ребенка – 1:640, у матери 1:200 НСГ: рисунок борозд и извилин визуализируется не четко. Боковые желудочки расширены, глубина передних рогов: слева – 12 мм, справа – 14 мм, контуры их подчеркнуты, 3 желудочек – 5 мм. В перивентрикулярных зонах визуализируются единичные включения диаметром менее 1 мм, костной плотности. Субарахноидальное пространство расширено до 3 мм по конвексу. Межполушарная щель 4 мм.

Какой предположительный диагноз может быть установлен?

Задача 3.

Ребенок первых суток жизни находится в роддоме. Из анамнеза: девочка родилась от женщины 25 лет, от II беременности (I беременность – срочные роды, ребенок 5 лет, здоров), протекавшей с токсикозом в I триместре, 3- дневным эпизодом мелкоочечной сыпи и слабости на 10 неделе гестации (документирована эпидемия краснухи в детском саду в этот период), с гестозом и угрозой прерывания беременности во II – III триместрах. В консультацию обратилась на 28 неделе беременности, от госпитализации отказалась. Роды на 34 неделе гестации, самопроизвольные, в

	<p>заднем виде затылочного предлежания. I период – 8 часов, II период – 20 мин, безводный промежуток 7 часов, околоплодные воды зеленые. Масса при рождении 2000 г, длина 43 см, окружность головы 28 см, груди - 30 см. Оценка по шкале Апгар: на 1' – 4 бала, на 5' -7 баллов. При осмотре: ребенок с множественными стигмами дизэмбриогенеза, состояние тяжелое, поза полуфлексии, мышечный тонус снижен, рефлексы новорожденного быстро истощаются. Отчетливая микрофтальмия, глаза закрыты. Кожные покровы бледные с элементами петехиальной сыпи на лице, акроцианозом. Аускультативно: дыхание в легких проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 52 в 1'. Границы сердца перкуторно: справа - на 0,5 см латеральнее правого края грудины, слева – на 1 см латеральнее среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно звучные, над областью сердца прослушивается грубый систолодиастолический шум, наиболее отчетливый в точке Боткина-Эрба, ЧСС 156 в 1'. Пальпаторно: печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1см. Стул мекониальный. Мочеиспускание – не нарушено. Общий анализ крови: Нв-150 г/л, Эр – 4,2x10¹²/л, Ц.п. – 0,9, Тромб. – 100,0x10⁹ /л, Лейк – 8,0x10⁹ /л, п/я – 6%, с/я– 49%, э – 1%, л – 32%, м – 12%, СОЭ – 4 мм/час. Какой предположительный диагноз может быть установлен?</p> <p>Задача 4. В городской родильный дом был вызван консультант-инфекционист, в связи с тем, что накануне родился ребенок с массой 2400 гр., желтухой, гепатоспленомегалией, микроцефалией, микрофтальмией. Известно, что роженица во время беременности перенесла краснуху. Предполагаемый диагноз? Какие методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?</p>
<p>Б1.В.ДВ.1.2 Перинатальные поражения нервной системы у детей.</p>	<p>Задача 5. Ребенок 2-х месяцев поступил в детское неврологическое отделение по поводу значительного прироста окружности головы и отставания в психомоторном развитии. Известно, что он от второй беременности, протекавшей с выраженным токсикозом на всем протяжении, в 14 недель мать перенесла ОРВИ с длительной лихорадкой. Заболевание купировалось приемом антибиотиков. Роды срочные, самостоятельные, крик сразу. Оценка по Апгар — 6-8 баллов; масса — 2.900 г.; окружность головы — 40,0 см. Прирост окружности — за 1 месяц + 4 см, за 2-й месяц + 5 см. При осмотре отмечается увеличение размеров черепа и изменение его формы (окружность 49,0 см). Резко выдаются лобные и теменные бугры. Преобладание мозгового черепа над лицевым. Расхождение черепных швов с выбуханием и увеличением переднего родничка. Значительно расширена венозная сеть на голове. Симптом Грефе почти постоянный, отмечаются также явления «заходящего солнца». Спастический тетрапарез, более выраженный в нижних конечностях. Ребенок не удерживает голову в вертикальном положении, не фиксирует взгляд, не улыбается. Бывают приступы длительного беспокойства с мотонным криком. Ваше мнение о синдромах поражения. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть</p>

	<p>рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.</p> <p>Задача 6. Ребенок 2,5 лет не ходит самостоятельно, речь крайне неразборчива. От второй перенесенной беременности, масса тела 4,2 кг. Со второго дня жизни отмечены признаки гемолитической болезни новорожденного с наличием гипербилирубинемии. Отставание в развитии стало заметно с 3-4 месяца, в дальнейшем становилось все более выраженным. При попытке взять игрушку появлялись насильственные движения – вместо приближения к игрушке, рука отводилась в сторону и назад. При осмотре: гиперкинезы полиморфного характера (атетоидный, хореоформный, торсионная дистония). Мышечная дистония. Сухожильные и периостальные рефлексы высокие. Патологических рефлексов нет. При попытке водить ребенка за руки — резкое усиление гиперкинезов. Нарушение речи по типу гиперкинетической дизартрии. Ваше мнение о синдромах поражения. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.</p> <p>Задача 7. Мальчик 8 лет с рождения страдает энурезом. Родители жалуются также на повышенную возбудимость ребенка, неуправляемость, слабую успеваемость в школе. Анамнестически: родился у «пожилой» первородящей (39 лет), беременность с угрозой выкидыша, роды в срок, медикаментозно стимулированы, родился в асфиксии, закричал после отсасывания слизи. С рождения очень беспокоен, имеет экссудативный диатез, часто болеет ОРВИ. Какова наиболее вероятная этиология. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.</p> <p>Задача 8. Девочка 10 лет жалуется на частые головные боли, особенно при утомлении, головокружение при вставании, резкой перемене положения головы. При осмотре: гипотрофия мышц плечевого пояса, симптом «короткой шеи», легкая кривошея влево, сочетающаяся с синдромом Горнера на одноименной стороне. Сухожильные рефлексы усилены с левой руки и с правой ноги так называемый «круциатный парез». Ваше мнение о топике поражения. Наиболее вероятная причина заболевания. Поставьте нозологический диагноз. Назначьте лечение.</p>
<p>Б1.В.ДВ.1.3</p> <p>Детский церебральный паралич.</p>	<p>Задача 9. Мальчику 3 года 4 месяца, самостоятельно ребенок не ходит. Беременность протекала с токсикозом в течение всего срока, угроза прерывания. Роды преждевременные, на седьмом месяце беременности. Масса тела 1,5 кг, оценка по Апгар 4-5 баллов, проводились реанимационные мероприятия, в течение 6 дней не прикладывали к груди. При осмотре обращает на себя внимание уменьшение размеров головы с преобладанием лицевого черепа над мозговым. Выраженное сходящееся косоглазие, рефлексы</p>

орального автоматизма (хоботковый, ладонно-ротовой). Глотание и жевание нарушены. Речь практически отсутствует. Глубокий спастический театрапарез с резким повышением тонуса и рефлексов, двусторонними патологическими рефлексамии, клонусами.

Ваше мнение о синдромах поражения. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.

Задача 10.

Ребенок 2,2 года поступил в неврологическое отделение по поводу ограничения движений в правых конечностях и речевых нарушений. Известно, что родился от второй беременности, протекавшей с явлениями тяжелого токсикоза 1-й половины и гормональной недостаточности. Мать работает рентгенлаборантом. Роды срочные, самостоятельные, закричал после отсасывания слизи. Масса 3.200 г. Оценка по Апгар 6-7 баллов. К груди приложили на 4 сутки из-за вялости ребенка. В родильном доме и сразу же после выписки отмечались ограничение движений в правых конечностях. Развивался с некоторой задержкой. При осмотре грубых изменений со стороны психоэмоционального тонуса не отмечено. Пытался говорить много, но речь односложная, неразборчивая. Со стороны черепных нервов выявлены сглаженность правой носогубной складки, легкое отклонение языка вправо. Правая рука несколько согнута в локтевом суставе и приведена к туловищу. Нога вытянута, стопа несколько деформирована и ротирована кнутри. Походка с явлениями циркумдукции, повышение мышечного тонуса справа по пирамидному типу. Рефлексы с конечностей D > S с расширенной рефлексогенной зоной. Клонус стопы и патологические стопные знаки справа.

Ваше мнение о синдромах поражения. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.

Задача 11.

Ребенок 1 года состоит на учете детского невролога в связи со значительным отставанием в психомоторном развитии. Родился от первой беременности, протекавшей с явлениями позднего гестоза. Роды преждевременные на 34 недели беременности, родился в состоянии синей асфиксии. С рождения в развитии отстает. Переворачивается с 8-9 месяцев, сидит с поддержкой, самостоятельно не встает, при попытке поставить – ноги сведены в бедрах и перекрещены за счет высокого тонуса аддукторов и разгибателей. Определяется клонус коленных чашечек и стоп, патологические стопные знаки, возникающие спонтанно. Движения в руках отличаются неловкостью, неуверенностью. Ребенок произносит отдельные слоги, живо интересуется окружающим.

Ваше мнение об этиологии заболевания. Перечислите основные синдромы поражения. Поставьте топический диагноз. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.

	<p>Задача 12.</p> <p>У ребенка 1,5 лет определяются выраженные гиперкинезы рук и ног хореоатетозного плана, периодически распространяющиеся и на мышцы туловища в форме торсионной дистонии. Из-за массивных гиперкинезов ребенок самостоятельно не сидит, не ходит, неловко удерживает голову, с трудом переворачивается. Мышечный тонус переменчив, на фоне выраженной гипотонии периодически довольно резко нарастает. Речь невнятна, дизартрична, хотя говорит отдельные слова, мимически достаточно живо общается с окружающими. Из анамнеза известно, что родился он от второй беременности, у матери резус отрицательная кровь. В течение месяца после рождения отмечалась довольно интенсивная желтуха. Какова наиболее вероятная этиология заболевания. Перечислите основные синдромы поражения. Поставьте топический диагноз. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.</p>
<p>Б1.В.ДВ.2.4</p> <p>Эпилепсия.</p> <p>Неэпилептические пароксизмальные расстройства сознания.</p>	<p>Задача 13.</p> <p>В течение нескольких месяцев у пациента возникали приступы Джексоновской эпилепсии, начинавшиеся с правой стопы. В дальнейшем появился парез в правой ноге. Определите локализацию патологического очага. Какие обследования необходимы для назначения дальнейшего противосудорожного лечения?</p> <p>Задача 14.</p> <p>У пациентки замечены сумеречные состояния, вкусовые и обонятельные галлюцинации, обонятельная агнозия, левосторонняя гемианопсия, метаморфопсия, отсутствует корнеальный рефлекс справа, офтальмоплегия справа и повышение перностальных и сухожильных рефлексов в левой руке и ноге, симптом Бабинского слева. Укажите локализацию патологического процесса. Какие обследования необходимы для назначения дальнейшего противосудорожного лечения?</p> <p>Задача 15.</p> <p>У больного эпилептические пароксизмы начинаются с парестезий во всей левой половине тела с последующим поворотом головы, глаз и туловища сторону. Где локализуется очаг, вызывающий эпилептические пароксизмы? Какие обследования необходимы для назначения дальнейшего противосудорожного лечения?</p> <p>Задача 16.</p> <p>У пациентки эйфория, снижение критики, немотивированные поступки (мочится на стул). При оскале зубов правая носогубная складка сглажена, сухожильные рефлексы повышены справа. Речь состоит из ограниченного набора слов, при разговоре повторяет одно и то же слово, с трудом переходит на следующее слово. Выражены хватательные движения. Обращенную речь понимает</p>

	хорошо, задание выполняет. Где локализуется патологический очаг? Какие обследования необходимы для назначения дальнейшего противоэпилептического лечения?
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: 61 – 75% Удовлетворительно (3) 76 – 90% Хорошо (4) 91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии: трем критериям - Удовлетворительно (3) четырем критериям - Хорошо (4) пяти критериям - Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Детская неврология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-16	1-40
ПК	1	1, 2, 4-10, 13, 14, 21	1, 4-8,11,12	1-3,7-9,14,19,20, 30
	2	19, 22, 32	5-7, 9-12	6, 7,10,14,16,21, 35
	5	1,3,5,6,9,11,12,14-20,22-28, 30,33-40	1-16	4-7,10-17,21,22, 24,25,31-35
	8	29, 31, 32	5-12	6,18,26-29,34-37

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Детская хирургия» (Б1.В.ДВ.2)

Банк тестовых заданий (с ответами):

1. Вес при пилоростенозе характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	возрастным дефицитом	+
Б	малой прибавкой	
В	прогрессирующим (с первого дня жизни) падением	
Г	неравномерной прибавкой	
Д	стабилизацией	

2. К достоверным рентгенологическим признакам пилоростеноза относятся:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	суженный пилорический канал (синдром "клювика")	+
Б	задержка контраста в желудке	
В	выявление в поздние сроки контрастного вещества в кардиальном отделе пищевода	
Г	поступление контрастного вещества мелкими порциями по кишечнику	
Д	повышенный рельеф слизистой желудка и привратника	

3. Оптимальным методом обезболивания при пилоромиотомии является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	общая анестезия ингаляционными анестетиками (масочный наркоз)	+
Б	местная анестезия новокаином	
В	общая анестезия ингаляционными анестетиками (интубационный наркоз)	
Г	внутривенная анестезия барбитуратами	
Д	раушнаркоз	

Примеры вопросов:

9. Назовите способы диагностики и методы лечения черепно-мозговой травмы.
2. Выберите оптимальный способ лечения флегмоны новорожденного.
3. Назовите клинические симптомы и методы диагностики инвагинация кишечника у детей.

Банк ситуационных клинических задач

Пример типовых ситуационных задач:

Задача 1. Мальчик, 10 лет, болен 3-и сутки. Жалобы на повышение температуры до 39, озноб, вялость, боли в области нижней трети голени и левого голеностопного сустава, которые появились после травмы на уроке физкультуры. Объективно: вялый, адинамичный, заторможен, температура 39,8, тахикардия, одышка. Нижняя треть голени и левый голеностопный сустав умеренно отечны, кожные покровы не изменены. Движения, осевая нагрузка в левом голеностопном суставе болезненны. При пальпации вся нижняя треть голени болезненна, симптом флюктуации отсутствует, но имеется участок наибольшей болезненности по наружной поверхности на 5 см выше лодыжки. В общем анализе крови: лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг влево. В анализе мочи патологии нет. На рентгенограмме левой голени в день поступления патологии не обнаружено. Ваш диагноз? Лечебно-диагностическая тактика? Этиопатогенез, клиника, лечебная тактика данного заболевания?

Задача 2. Мальчик 10-ти лет через 3 часа после падения с велосипеда и удара руля в живот жалуется на многократную рвоту, резкие боли в животе. Объективно: кожа бледная, видимые слизистые цианотичны. Занимает вынужденное положение на правом боку с согнутыми и приведенными к животу ногами, В левом подреберье ссадина. Дыхание ритмичное, 23 в минуту. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, аускультативно везикулярное дыхание. Пульс 120 ударов в минуту, удовлетворительных качеств, АД - 95/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации мышечное напряжение и резкая болезненность во всех отделах, положительный симптом Щеткина. Притупление в отлогих местах не определяется, перистальтика вялая. Симптом Пастернацкого отрицательный, патологии в моче не выявлено. Предположительный диагноз? Лечебно-диагностическая тактика?

Дифференциальный диагноз при повреждении органов брюшной полости у детей?

Задача 3. Мальчик, 3,5 лет, поступил с жалобами на боли в животе, слабость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 39. Болен двое суток. За 2-3 дня до заболевания отмечались насморк, кашель. Объективно: заторможен, адинамичен, вял. Температура 39,4. Кожа и слизистые бледные. Дыхание 40-42 в минуту, «игра крыльев носа». При аускультации дыхание жесткое с обеих сторон, несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 120 в минуту. Живот поддут, ограничено участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, больше у пупка. Симптомы раздражения сомнительны. Глубокая пальпация невозможна из-за беспокойства ребенка. Стула за последние сутки не было. Предположительный диагноз? Лечебно-диагностическая тактика?

Ответы на задачи:

Задача 1. Диагноз: острый гематогенный остеомиелит дистального метафиза левой берцовой кости.

Тактика: госпитализация, предоперационная подготовка 2-3 часа, операция - остеоперфорация, вскрытие и дренирование периостальной флегмоны, иммобилизация конечности, консервативная комплексная терапия, рентген-контроль через 10-14 дней.

Задача 2. Диагноз: закрытая травма живота, повреждение полого органа или поджелудочной железы, перитонит.

Тактика: госпитализация, катетеризация центральной вены и предоперационная подготовка, обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении, операция - срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, устранение причин перитонита (ушивание полого органа, брыжейки, поджелудочной железы), промывание и дренирование брюшной полости.

Задача 3. Диагноз: острая деструктивная пневмония? Острый аппендицит?

Тактика: госпитализация, рентгенография грудной клетки. При подтверждении диагноза деструктивной пневмонии: консервативное комплексное лечение, пунктирование или

дренирование плевральной полости по мере необходимости, осмотр под наркозом, с пальцевым исследованием прямой кишки. При подозрении на острый аппендицит - аппендэктомия.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

21. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100	
Отлично (5)	

22. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

23. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

24. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая

<p>- трем критериям Удовлетворительно (3)</p>	<p>последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p>
<p>- четырем критериям Хорошо (4)</p>	<p>4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p>
<p>-пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>