

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Дата подписания: 19.09.2023 15:07:55
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

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: **Педиатрия**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.19 Педиатрия.**

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

Кафедра: **Кафедра педиатрии и неонатологии Института НМФО**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2023 года поступления

Волгоград, 2023

Разработчики программы:

| № | Ф.И.О. | Должность | Ученая степень/ звание | Кафедра (полное название) |
|----|-----------------|---------------------|------------------------|---|
| 1. | Шишиморов И.Н. | заведующий кафедрой | д.м.н./доцент | Педиатрии и неонатологии Института ИМФО |
| 2. | Пономарева Ю.В. | доцент | к.м.н. | Педиатрии и неонатологии Института ИМФО |

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.19 Педиатрия рассмотрен на заседании кафедры протокол № 6 от «01» июня 2023 года.

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

Рецензент: заведующий кафедрой детских болезней педиатрического факультета ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России д-р мед. наук, профессор Н.В. Маложиная.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института ИМФО ВолГМУ, протокол № 1 от «29» 08 2023 года

Председатель УМК _____ М.М. Королева

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

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института ИМФО протокол № 1 от «29» 08 2023 года

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 заболеваемости 4. 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. 9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. 10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах. 11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи. 12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу. 13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи. 14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации. |
|--|--|

Банк тестовых заданий (с ответами):

| | |
|--|---|
| <p align="center">Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Общественное здоровье – это ... <ol style="list-style-type: none"> 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; б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения; в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в |
|--|---|

сфере медицины и здравоохранения

2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:

а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;

б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;

в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;

г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

3. Болезненность - это:

а) заболеваемость по данным обращаемости;

б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;

в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;

г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:

а) 50–55 %;

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;

| | |
|--|--|
| | <p>г) экономика здравоохранения</p> <p>9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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</p> <p>10. Временная нетрудоспособность – это ...</p> <p>а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;</p> <p>б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратной;</p> <p>в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме</p> <p>11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:</p> <p>а) до 10 дней;</p> <p>б) до 15 дней;</p> <p>в) до 4 месяцев;</p> <p>г) до 6 месяцев</p> <p>12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...</p> <p>а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;</p> <p>б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;</p> <p>в) не выдается</p> <p>13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:</p> <p>а) своевременность оказания медицинской помощи;</p> <p>б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;</p> <p>в) степень достижения запланированного результата;</p> <p>г) совокупность вышеуказанных характеристик</p> <p>14. Виды контроля качества медицинской помощи:</p> <p>а) государственный контроль;</p> <p>б) ведомственный контроль;</p> <p>г) внутренний контроль;</p> <p>д) все вышеперечисленное верно</p> <p>15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...</p> <p>а) листок нетрудоспособности;</p> <p>б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;</p> <p>в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;</p> <p>г) врачебное свидетельство о смерти</p> |
|--|--|

| | |
|---|--|
| <p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p> | <p>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.</p> <p>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?</p> <p>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.</p> <p>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?</p> <p>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».</p> |
|---|--|

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 |
|------------------|--|
| | 1. Полнота знания учебного материала по теме занятия |

| | |
|--|---|
| При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5) | 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 ситуационны х задач, | С – собеседова ние по контрольн ым вопросам. | Пр – оценка освоения практических навыков (умений) |
|---------------------------------|----------|---------------------|--------------------------------------|--|---|--|
| | | Тесты | Вопросы для контрольной работы | Задачи | Воп росы для собеседова ния | 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) - I готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Владеть: абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) - I Уметь: применять методы анализа, синтеза У (УК-2) - I Знать: теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления З (УК-2) - I | | | | |
| 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 З (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) - I готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия | Владеть: методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) - I Уметь: толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия У (УК-2) - I Знать: теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития З (УК-2) - I | | | | |
| Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия | 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 | | | | | |
| Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия | 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 | | | | | |
| Первый уровень (УК-3) - I Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО | Владеть: методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) - I Уметь: работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины У(УК-3) - I Знать: теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) - I | | | | | |
| 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)-I готовность к формированию у | Владеть: санологическим мышлением Уметь: осуществлять укрепление | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих | своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровьесбережения Знать: современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации | | | | | |
| Второй уровень (ПК-9)- II готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих | Владеть: навыками 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; | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | |

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
конспект**

| Шкала оценивания | Критерий оценивания |
|--|--|
| При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - пяти критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -шести или семи критериям Отлично (5) Продуктивный уровень | 1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать 1/8 от исходного текста) |
| | 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 индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков) |
| | 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 | 1. Новизна реферированного текста |
| | 2. Степень раскрытия сущности проблемы |
| | 3. Обоснованность выбора источников |
| | 4. Соблюдение требований к оформлению |
| | 5. Грамотность |

| | |
|---|--|
| <p>- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p> | |
|---|--|

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
эссе**

| Шкала оценивания | Критерий оценивания |
|---|---------------------|
| <p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти или шести критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p> | 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 |
|---|--|
| <p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p> | 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 |

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)**

| Шкала оценивания | Критерий оценивания |
|---|--|
| <p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p> | 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% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5) | % ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100 |

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.) |

Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

| Характеристика ответа | Оцен ка ECTS | Бал лы в БРС | Уровень сформированн ости компетентнос ти по дисциплине | О ценка |
|--|-----------------|-----------------|--|---------------|
| 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 | A | 100 –96 | ВЫСОКИЙ (продуктивный) | 5 (5 +) |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, | B | 95– 91 | | 5 |

| | | | | |
|---|---|-------|---|----------------|
| 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 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 обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности. | С | 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. | Д | 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. | Е | 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. | Е | 70-66 | | 3 (3-) |
| Дан неполный ответ, логика и 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. Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций. | Е | 65-61 | КРАЙНЕ НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетенция не сформирована) | 9 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> | Fx | 60-41 | | 2 |
| <p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций. Компетентность отсутствует.</p> | F | 40-0 | КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ | 2 |

4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

| Формируемая компетенция | Наименование оценочного средства | | | | | |
|-------------------------|----------------------------------|-----------|------|---|--------|---------------------------------------|
| | текущий контроль | | | | | промежуточная/ итоговая аттестация |
| | Реферат (доклад, эссе) | Дискуссия | Тест | Творческое задание (индивидуальное/групповое) | Проект | Зачёт |
| 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)гаймкипер
- 5)гьюторы
- 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 (технологию), 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 (технологию), 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, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, 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 ЖИЗНЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-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 |
| 2. специфические педагогические | Г. коммуникативная |
| | Д. гностическая |
| | Е. воспитательно-развивающая |
| | Ж. ориентационная |
| | З. мобилизационная |
| | И. исследовательская |

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 ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫ - _____

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 принцип 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» объема 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, серопротектика 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 аеи 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 плотнионизирующим 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 пострадиационных изменений костного мозга характерно:

- а. системная регенерация костного мозга;
- б. короткий abortивный 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 больного 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. Беспокоен. 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 3х2 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 удлиненным 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 ВолГМУ: -61 – 75% | % ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ |
| Удовлетворительно (3) - 76 – 90% | |
| Хорошо (4) -91-100 | |
| Отлично (5) | |

6. Ситуационная задача

| Шкала оценивания | Критерий оценивания |
|---|---|
| При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям | 11. Полнота знания учебного материала по теме занятия |
| | 12. Знание алгоритма решения |
| | 13. Уровень самостоятельного мышления |
| | 14. Аргументированность решения |

| | |
|--|--|
| Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5) | 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 Вакса-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 гемо глобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:

- Да
- Нет

ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:

- Гемоглинопатия S
- Гемоглинопатия E
- **Гемоглинопатия M**
- Гемоглинопатия 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 B12-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 В22-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 гемоглинов со сниженным сродством к кислороду:

- P_{O_2} снижено
- P_{O_2} повышено
- **P_{O_2} в норме**
- SO_2 увеличено
- **SO_2 снижено**
- SO_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 желездефицитной анемии:

- **Снижение содержания гемоглибина 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 экстравазаты 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 – $380 \times 10^9/л$, 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 свертывания 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- $8 \times 10^9/л$), 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, мегакарициты 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 возникла 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 экстравазаты. 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: Нв – 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 IIIA-B 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 (III)

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°C в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39°C , появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах $39-40^{\circ}\text{C}$, 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 ($38-38,5^{\circ}\text{C}$), 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 $38,2^{\circ}\text{C}$, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание снижено. 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 $38,2^{\circ}\text{C}$ 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 | СОЗ | 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) | 1. Новизна реферированного текста |
| | 2. Степень раскрытия сущности проблемы |
| | 3. Обоснованность выбора источников |
| | 4. Соблюдение требований к оформлению |

| | |
|--|----------------|
| - четырем критериям Хорошо (4) | 5. Грамотность |
| - пяти критериям Отлично (5) | |

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 поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей 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, взбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщину 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 - снижению 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 поверхностей разрезов, 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 астроцитомы). 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 |
|---|--|
| <p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)</p> | <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.) |

**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) | 1. Новизна реферированного текста |
| | 2. Степень раскрытия сущности проблемы |
| | 3. Обоснованность выбора источников |
| | 4. Соблюдение требований к оформлению |

| | |
|--|----------------|
| - четырем критериям Хорошо (4) | 5. Грамотность |
| - пяти критериям Отлично (5) | |

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»
Перечень вопросов для устного собеседования:**

| | |
|--|--|
| <p align="center">Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «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 ЛС. 10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных. 11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных. 12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения. 13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии. 14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение. 15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP). 16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике. 17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации. |
| <p align="center">Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p> | <ol style="list-style-type: none"> 18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов. 19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики. 20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков. 21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков. 22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств. 23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии. 24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих |

препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.

25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.

26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.

27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.

28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.

29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.

30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.

31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (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. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.

54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов,

| | |
|--|--|
| | <p>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">Б 1.Б.6.1 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 для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора. 14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов). 15. Дайте определение понятия фармакодинамика. 16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом. 17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры. 18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры. 19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС. 20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия. 21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры. 22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры. 23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры. 24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры. 25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция. 26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры. 27. Укажите факторы риска развития НЛР. 28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР. 29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения |
|--|--|

| | |
|---|--|
| | о развившейся НПР. |
| <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 основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.</p> <p>36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Бета-лактамы антибиотики. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами β-лактамаз, показания к применению.</p> <p>39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.</p> <p>41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.</p> <p>45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация, показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.</p> <p>50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.</p> <p>51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.</p> <p>52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.</p> <p>53. Специфические антитоксические препараты при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.</p> <p>54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.</p> <p>55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>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 align="center">Б 1.Б.6.1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p> | <p>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u></p> <p>A) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.</p> <p>B) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.</p> <p>C) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.</p> <p>D) Клинические испытания лекарственных средств.</p> <p>2. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u></p> <p>A) Выбор наиболее дешевого вида терапии.</p> <p>B) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.</p> <p>C) Выбор наиболее эффективного вида терапии.</p> <p>D) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.</p> <p>3. <u>Лекарственная форма это:</u></p> <p>A) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.</p> <p>B) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.</p> <p>C) 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 относятся:</u></p> <p>A) Метод затраты-эффективность.</p> <p>B) Метод затраты-прибыль.</p> <p>C) Метод затраты-полезность.</p> <p>D) Метод затраты-выгода</p> <p>5. <u>Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :</u></p> <p>A) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.</p> <p>B) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.</p> <p>C) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.</p> <p>D) Не требует изучения генотипа больного.</p> <p>6. <u>В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:</u></p> <p>A) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.</p> <p>B) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.</p> <p>C) Хромосомные aberrации.</p> <p>D) Хромосомные транслокации.</p> |
|---|---|

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

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

- A) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.
- B) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.
- C) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.
- D) **Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.**

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

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) **все вышеперечисленные.**

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

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) **механизм действия.**

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

- A) макролиды;
- B) фторхинолоны;
- C) тетрациклины;
- D) **все вышеперечисленные.**

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании,

развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

- A) 30 мин;
- B) 1 час;
- C) 2 ч и более;**
- D) избежать нельзя.

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

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) 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-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р:

- 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

| | |
|---|---|
| | <p>стимуляторов или блокируют рецептор.</p> <p>С) Вещества имеют отличные от агонистов места 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 А; В типа В; С) типа С; D) типа D; E) типа E</p> <p>25. <u>Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:</u></p> <p>A) пожилой возраст; В) тяжелое состояние больного; С) 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; В) требующие госпитализации или ее продления; С) 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 А; В) типа В; С) типа С; 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; В) фармаконадзором; С) 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> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u></p> <p>a) аспирин; b) лорноксикам; c) целекоксиб; d) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u></p> <p>A) преднизолон В) метилпреднизолон С) дексаметазон A) Гидрокортизон</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>32. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u></p> <p>A) аспирин; B) нимесулид; C) целекоксиб; D) лорноксикам;</p> <p>33. <u>Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:</u></p> <p>a) через 2 суток; b) через 5-7 суток; c) через 7-10 суток; d) через 10-14 суток;</p> <p>34. <u>Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:</u></p> <p>A) преднизон B) бетаметазон C) беклометазона дипропионат D) метилпреднизолон</p> <p>35. <u>Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:</u></p> <p>A) циклооксигеназа B) фосфодиэстераза C) 5-липооксигеназа D) фосфолипаза A2</p> <p>36. <u>Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:</u></p> <p>A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов B) неэффективность пульс-терапии C) стабилизация общего состояния больного D) декомпенсированное состояние больного</p> <p>37. <u>Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:</u></p> <p>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</p> <p>38. <u>Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:</u></p> <p>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</p> <p>39. Противовоспалительная и мнералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:</p> <p>A) Преднизолон. B) Метилпреднизолон. C) Дексаметазон. D) Гидрокортизон.</p> <p>40. <u>К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:</u></p> <p>A) Вторичная надпочечниковая недостаточность. B) Истончение кожи, образование стрий. C) Остеопороз, асептические некрозы костей.</p> |
|--|---|

- 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) Цефеперзон.**
- 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 инаktivации комплексом

гепарин/антитромбин III факторы:

- A) IIa, Xa.**
- 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) Протамина 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 антивирусного действия

64. При беременности противопоказан:

- A) амоксициллин
- B) дорипенем
- C) цефтаролин
- 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**

| | |
|--|--|
| | <p>E) все ответы правильные</p> <p>69. <u>Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:</u></p> <p>A) местное B) общее (наркоз) C) комбинированное D) нейролептоанальгезия</p> <p>70. <u>Общим обезболиванием является:</u></p> <p>A) вагосимпатическая блокада B) спинальная анестезия C) стволовая анестезия D) внутривенный наркоз</p> <p>71. <u>При общем обезболивании происходит:</u></p> <p>A) обратимое торможение нервной ЦНС B) необратимое торможение ЦНС C) блокада основного нервного ствола D) возбуждение ЦНС</p> <p>72. <u>Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:</u></p> <p>A) обморок B) контрактура нижней челюсти C) анафилактический шок D) коллапс</p> <p>73. <u>Общим осложнением при обезболивании является:</u></p> <p>A) контрактура 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) | % ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100 |
| - 76 – 90% Хорошо (4) | |
| -91-100 Отлично (5) | |
| | |

9. Контрольная работа

| Шкала оценивания | Критерий оценивания |
|------------------|---------------------|
| | 1. Краткость |

| | |
|--|--|
| При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5) | 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 | 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 «ПЕДИАТРИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

| | |
|--|--|
| Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Физиология и патология детей раннего возраста» | 1. Оценка отечественных и импортных смесей «заменителей» грудного молока. Диетотерапия белково-энергетической недостаточности. 2. Естественное вскармливание детей первого года жизни. Десять принципов успешного грудного вскармливания. Правила и техника кормления грудью. Затруднения при кормлении грудью. Пищевые продукты и прикормы. 3. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста. |
|--|--|

| | |
|---|---|
| | <p>Причины (антенатальные и постнатальные). Патогенез. Клиника. Классификация. Лечение в зависимости от варианта и степени дистрофии.</p> <p>4. Рахит. Современные представления о патогенезе рахита. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Классификация. Современные подходы в лечении и профилактике рахита.</p> <p>5. Синдром рвоты и срыгиваний. Причины, клиника, принципы лечения. Постуральная терапия. Антирефлюксные смеси.</p> <p>6. Хронические расстройства питания. Гипотрофия, паратрофия, гиповитаминозы.</p> <p>7. Врожденные пороки сердца. Пороки с увеличением и обеднением легочного кровотока. Этиология. Классификация. Стадии течения. Показания и сроки хирургической коррекции. Лечение с позиции доказательной медицины.</p> <p>8. Определение SACSUT – синдрома. Классификация, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.</p> |
| <p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Аллергология и иммунология детского возраста»</p> | <p>9. Особенности клинического обследования пациентов с аллергическими заболеваниями и/или иммунодефицитными состояниями в амбулаторно-поликлиническом звене.</p> <p>10. Первичные иммунодефицитные состояния. Классификация. Диагностические критерии. Современные возможности коррекции иммунного статуса.</p> <p>11. Виды лечения иммунодефицитов и применение иммуностропных средств с позиций доказательной медицины.</p> <p>12. Распространенные дерматозы у детей раннего возраста.</p> <p>13. Атопический дерматит: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика, прогноз.</p> <p>14. Острые аллергические состояния. Классификация, патогенез, клиническая картина, принципы и этапы оказания экстренной помощи. Диспансерное наблюдение.</p> <p>15. Пищевая аллергия у детей. Этиология, клинические формы, диагностика, лечение и профилактика.</p> <p>16. Бронхиальная астма, этиология и триггеры. Фенотипы бронхиальной астмы. Патогенез развития разных форм. Клиническая картина. Основные методы диагностики, ступенчатая и неотложная терапия. Контроль бронхиальной астмы.</p> <p>17. Обострение бронхиальной астмы, неотложная помощь на различных этапах лечения.</p> <p>18. Аллергический ринит и конъюнктивит. Классификация, этиология, патогенез развития, клиническая картина, подходы к диагностике и лечению, профилактика.</p> <p>19. Современные методы лечения аллергических заболеваний. Группы препаратов, показания к применению. Контроль эффективности и безопасности. Персонализированная терапия.</p> <p>20. Иммунопрофилактика. Определение. Цели. Виды вакцин.</p> <p>21. Национальный календарь профилактических прививок. Принципы «догоняющей» вакцинации.</p> <p>22. Абсолютные и относительные противопоказания к специфической иммунопрофилактике детей, возможные побочные эффекты при применении вакцин. Вакцинация детей с хронической патологией. Догоняющая вакцинация.</p> |
| <p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Детская кардиология и ревматология»</p> | <p>23. Неревматические кардиты у детей и подростков. Этиология, классификация, клиника, критерии диагноза, дифференциальная диагностика. Принципы лечения, диспансеризация.</p> <p>24. Классификация ювенильного ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза с позиции доказательной медицины. Дифференциальная диагностика с поражением суставов другой этиологии. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>25. Синдром вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>системы. Этиопатогнез. Классификация. Клинические варианты нарушения артериального давления. Показания и выбор фармакотерапии.</p> <p>26. Симптоматическая (вторичная) артериальная гипертензия у детей – причины, критерии диагностики, лечение.</p> <p>27. Нарушения ритма сердца. Нарушения проведения импульса: синоатриальная блокада, атриовентрикулярная, внутрижелудочковая блокады. Диагностика. Использование препаратов с доказанной клинической эффективностью.</p> <p>28. Нарушение сердечного ритма. Нарушение импульсообразования и эктопическая активность: синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярная диссоциация, парасистолия, синдром преждевременного возбуждения желудочков, экстрасистолии. Этиология. Диагностика. Особенности медикаментозной терапии.</p> <p>29. Инфекционный эндокардит. Этиопатогенез. Классификация. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.</p> <p>30. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Особенности течения у детей и подростков на современном этапе. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация. Реабилитация.</p> <p>31. Диффузные заболевания соединительной ткани. СКВ. Особенности течения диффузных заболеваний соединительной ткани у подростков. Реактивные артриты. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.</p> <p>32. Сердечная недостаточность у детей и подростков. Причины, классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Механизмы компенсации. Лечение. Профилактика.</p> <p>33. Острая сосудистая недостаточность (обморок, шок, коллапс) у детей и подростков. Причины, классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.</p> |
| <p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Болезни органов дыхания у детей»</p> | <p>34. Внебольничная пневмония у детей – этиология, клиническая картина, возрастные особенности, диагностические критерии. Показания к госпитализации детей с пневмонией. Выбор медикаментозной терапии.</p> <p>35. Нозокомиальная пневмония у детей – этиология, клиническая картина, возрастные особенности, критерии постановки диагноза. Выбор медикаментозной терапии. Показания для респираторной поддержки.</p> <p>36. Острый и хронический тонзиллофарингит у детей - этиология, клиническая картина, диагностика, возможные осложнения, медикаментозная тактика.</p> <p>37. Острый средний отит у детей - этиология, клиническая картина, диагностика, возможные осложнения, медикаментозная тактика.</p> <p>38. Острый ларинготрахеит у детей - этиология, клиническая картина, диагностика, возможные осложнения, медикаментозная тактика.</p> <p>39. Острый бронхит у детей - этиология, клиническая картина, диагностика, медикаментозная тактика.</p> <p>40. Плевриты. Этиопатогенез. Классификация. Клиническая картина заболевания. Современные подходы к этиологической диагностике заболеваний, сопровождающихся плевральным выпотом.</p> <p>41. Поражения легких при наследственных и системных заболеваниях (идиопатический легочный гемосидероз, недостаточность альфа-1-антитрипсина, муковисцидоз). Клиника. Современные методы диагностики. Лечение. Прогноз.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Б 1.Б.6.5. Раздел 5 «Детская неврология»</p> | <p>42. Нервно-психическое развитие ребенка, алгоритм оценки.</p> <p>43. ДЦП, определение, уровни поражения, клинические проявления, принципы терапии и реабилитации.</p> <p>44. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. Этиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика судорожного синдрома у детей.</p> <p>45. Судорожный синдром. Причины судорог. Клинические варианты. Неотложная помощь. Показания к срочной госпитализации. Эпистатус.</p> <p>46. Аутоиммунные поражения нервной системы у детей: рассеянный склероз, синдром Гийена–Барре, миелит, острые и хронические полиневропатии, миастения гравис и полидерматомиозиты: этиология и патогенез аутоиммунных поражений НС, критерии диагностики и принципы терапии.</p> <p>47. Инфекционные поражения нервной системы у детей: этиология, клинические синдромы, диагностика, тактика ведения, принципы терапии и диспансерного наблюдения после перенесенной нейроинфекции.</p> <p>48. Наследственные заболевания нервной системы: классификация поражений, клиническая картина, современные методы диагностики и лечения.</p> <p>49. Головные боли у детей и подростков: этиология, принципы диагностики современные способы купирования этого состояния в зависимости от природы процесса.</p> <p>50. Топическая диагностика поражений спинного мозга. Черепно-мозговые травмы. Диагностическая ценность инструментальных исследований. Тактика ведения пациентов с черепно-мозговой травмой, принципы терапии и дальнейшей реабилитации. Диспансерное наблюдение.</p> <p>51. Неврозы у детей: классификация, клинические формы, критериями верификации диагноза, методы немедикаментозной и медикаментозной терапии.</p> <p>52. Рациональная фармакотерапия заболеваний нервной системы в детском возрасте.</p> |
| <p>Б 1.Б.6.6. Раздел 6 «Болезни органов кроветворения у детей»</p> | <p>53. Анемии у детей старшего возраста и подростков. Дифференциальный диагноз, способы коррекции анемий.</p> <p>54. Тромбоцитопатии. Роль тромбоцитов в микроциркуляторном гомеостазе. Классификация. Патогенез кровоточивости. Алгоритм сбора анамнеза для установления типа кровоточивости. Лабораторная диагностика. Клиника, диагностика и лечение болезни Виллебранда, Гланцмана, аномалии Бернара Сулье. Выбор заместительной терапии при кровотечениях.</p> <p>55. Приобретенные аутоиммунные гемолитические анемии. Виды гемолитических анемий. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз при внутриклеточном и внутрисосудистом гемолизе. Лечение.</p> <p>56. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Роль тромбоцитов в организме. Виды иммунных тромбоцитопений. Степени тяжести. Патогенез тромбоцитопении. Патогенез гемморрагического синдрома. Клиника. Этапы диагностики. Дифференциальная диагностика. Методы лечения. Показания к спленэктомии. Улучшение качества жизни при непрерывно-рецидивирующем течении.</p> <p>57. Коагулопатии. Классификация наследственных коагулопатий. Характер наследования гемофилии. Гемофилия А, В, С. Клиника. Лечение. Диспансеризация.</p> <p>58. Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Патогенез ДВС-синдрома. Классификация и клиника гемморрагического васкулита. Дифференциальная диагностика. Лечение гемморрагического васкулита.</p> <p>59. Острые лейкозы у детей и подростков. Классификация. Особенности клинического течения различных типов.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Диагностика. Иммунологическое типирование. Общие принципы терапии.</p> <p>60. Хронический миелолейкоз, детская и юношеская формы. Клинико-гематологическая картина. Диагностика, прогноз.</p> <p>61. Неходжкинские лимфомы. Лимфогрануломатоз. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.</p> <p>62. Опухоли головного мозга (эпендимомы, астроцитомы, медуллобластомы). Диагностика. Принципы лечения.</p> |
| <p>Б 1.Б.6.7. Раздел 7 «Детская гастроэнтерология»</p> | <p>63. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки у детей. Современные представления об этиопатогенезе. Клинические особенности в зависимости от локализации язвенного дефекта. Современные методы диагностики и лечения. Реабилитация и диспансерное наблюдение.</p> <p>64. Эрадикационная терапия <i>H. Pylori</i> инфекции – показания к назначению, схемы терапии, критерии оценки эффективности.</p> <p>65. Хронические гастриты и дуодениты. Современные представления об этиопатогенезе. Факторы риска. Классификация. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика. Современные подходы к лечению и реабилитации.</p> <p>66. Неспецифический язвенный колит. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика с болезнью Крона. Современные методы лечения и реабилитации.</p> <p>67. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: этиология, диагностика, клиника, лечение. Особенности течения в подростковом возрасте.</p> <p>68. Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>69. Острый и хронический панкреатит. Диагностика, лечение.</p> |
| <p>Б 1.Б.6.8. Раздел 8 «Детская нефрология»</p> | <p>70. Хроническая болезнь почек (ХБП) у детей. Классификация, диагностика, лечение соответственно современным клиническим рекомендациям. Особенности диагностики ХБП у детей раннего возраста. Показания к проведению диализа у детей с ХБП.</p> <p>71. Нефротический синдром у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение. Прогноз нефротического синдрома.</p> <p>72. Острое повреждение почек (ОПП). Определение острого повреждения почек (ОПП) и Острой болезни почек (ОБП) Классификация, диагностика, лечение. Особенности диагностики ОПП у детей раннего возраста. Показания к проведению диализа у детей с ОПП.</p> <p>73. Инфекция мочевых путей (ИМП) у детей. Классификация, диагностика, лечение соответственно современным клиническим рекомендациям. Профилактика и диспансерное наблюдение.</p> <p>74. Тубулоинтерстициальный нефрит (ТИН) у детей. Классификация, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика и диспансерное наблюдение.</p> <p>75. Обструктивные нефро и уропатии у детей. Классификация, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p>76. Мочекаменная болезнь (МКБ) у детей. Классификация, диагностика, лечение соответственно современным клиническим рекомендациям. Профилактика и диспансерное наблюдение.</p> |
| <p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9 «Детская эндокринология»</p> | <p>77. Сахарный диабет у детей и подростков. Современные представления об этиопатогенезе. Классификация. Особенности клиники у детей разных возрастов и подростков. Клинико-лабораторные критерии различных вариантов декомпенсации углеводного обмена. Современные принципы диетотерапии и инсулинотерапии сахарного диабета.</p> <p>78. Заболевания щитовидной железы. Врожденный и приобретенный гипотиреоз. Патогенез. Клинические</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>проявления. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.</p> <p>79. Врожденные дисфункции коры надпочечников, клинические формы. Аденогенитальный синдром, его формы. Клиника. Лабораторная диагностика. Неонатальный скрининг. Дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>80. Ожирение у детей и подростков. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Роль ожирения в генезе сосудистых нарушений. Лечение. Диспансеризация.</p> <p>81. Нарушения полового развития и созревания у детей и подростков. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения. Профилактика. Прогноз.</p> |
| Б 1.Б.6.10 Раздел 10 «Поликлиническая педиатрия» | <p>82. Современные методические подходы к мониторингу здоровья детей и подростков. Понятие о группах здоровья у детей. Работа педиатра с детьми группы риска.</p> <p>83. Демографическая ситуация в РФ. Состояние здоровья детского населения на современном этапе. Пути снижения показателей детской смертности и заболеваемости.</p> <p>84. Часто болеющие дети. Причины заболеваемости. Современные методы оздоровления.</p> <p>85. Принципы дозирования и выбора лекарственных форм у детей.</p> |

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

| | |
|--|--|
| Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Физиология и патология детей раннего возраста» | <ol style="list-style-type: none"> 1. Грудное вскармливание. Преимущества грудного молока. Проблемы становления грудного вскармливания. 2. Варианты введения прикорма. 3. Питание детей после года. 4. Бедково-энергетическая недостаточность, принципы коррекции. 5. Паратрофии, критерии диагностики, принципы терапии. 6. Оценка физического развития доношенных и недоношенных детей 1 года жизни. 7. Оценка нервно-психического развития. 8. Современные представления о патогенезе рахита. Диагностика и дифференциальная диагностика. Классификация. 9. Современные подходы в лечении и профилактике рахита. |
| Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Аллергология и иммунология детского возраста» | <ol style="list-style-type: none"> 10. Анафилактический шок. Неотложная помощь. 11. Патогенез атопического дерматита. 12. Классификация иммунодефицитных заболеваний. Принципы диагностики. 13. Фенотипы бронхиальной астмы. 14. Базисная терапия бронхиальной астмы. 15. Неотложная помощь при астматическом статусе у детей и подростков. 16. Национальный календарь профилактических прививок. 17. Принципы «догоняющей» вакцинации. 18. Абсолютные и относительные противопоказания к специфической иммунопрофилактике детей, возможные побочные эффекты при применении вакцин. |
| Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Детская кардиология и ревматология» | <ol style="list-style-type: none"> 19. Клинические варианты нарушения артериального давления. Дифференциальная диагностики синдрома артериальной гипертензии. 20. Диффузные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит) Основные клинические и лабораторные критерии диагностики. Основные принципы и методы лечения. 21. Острая и хроническая недостаточность кровообращения (левожелудочковая, правожелудочковая). Диагностика. |

| | |
|--|--|
| | <p>Современные принципы лечения.</p> <p>22. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Критерии диагноза. Классификация.</p> <p>23. Нарушения ритма у детей. Клиническая картина, диагностика, подходы к терапии.</p> <p>24.</p> |
| Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Болезни органов дыхания у детей» | <p>15. Врожденная пневмония. Основные клинические и лабораторные критерии диагностики. Основные принципы и методы лечения.</p> <p>16. Бронхолегочная дисплазия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение</p> <p>17. Осложненное течение внебольничной пневмонии. Тактика ведения пациентов.</p> <p>18. Хронические заболевания органов дыхания у детей.</p> |
| Б 1.Б.6.5. Раздел 5 «Детская неврология» | <p>19. Нервно-психическое развитие ребенка, алгоритм оценки.</p> <p>20. ДЦП, определение, уровни поражения, клинические проявления, принципы терапии и реабилитации.</p> <p>21. Этиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика судорожного синдрома у детей.</p> <p>22. Судорожный синдром. Причины судорог. Клинические</p> <p>23. Инфекционные поражения нервной системы у детей: этиология, клинические синдромы, диагностика, тактика ведения, принципы терапии и диспансерного наблюдения после перенесенной нейроинфекции.</p> <p>24. Наследственные заболевания нервной системы: классификация поражений, клиническая картина, современные методы диагностики и лечения.</p> <p>25. Топическая диагностика поражений спинного мозга. Черепно-мозговые травмы. Диагностическая ценность инструментальных исследований. Тактика ведения пациентов с черепно-мозговой травмой, принципы терапии и дальнейшей реабилитации. Диспансерное наблюдение.</p> <p>26. Неврозы у детей: классификация, клинические формы, критериями верификации диагноза, методы немедикаментозной и медикаментозной терапии.</p> |
| Б 1.Б.6.6. Раздел 6 «Болезни органов кроветворения у детей» | <p>21. Анемии новорожденных. Этиология, критерии постановки диагноза, принципы терапии.</p> <p>22. Лабораторные и инструментальные методы диагностики в гематологии.</p> <p>23. Наследственные тромбоцитопатии, диагностика, выбор терапии.</p> <p>24. Коагуляционный гемостаз Коагулопатии у детей.</p> <p>25. Возможности антикоагулянтной терапии у детей. Выбор препаратов, контроль эффективности и безопасности.</p> <p>26. Приобретенные аутоиммунные гемолитические анемии. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз при внутриклеточном и внутрисосудистом гемолизе Лечение.</p> <p>27. Острые лейкозы у детей и подростков.</p> |
| Б 1.Б.6.7. Раздел 7 «Детская гастроэнтерология» | <p>33. Клинические особенности в зависимости от локализации язвенного дефекта. Современные методы диагностики и лечения. Реабилитация и диспансерное наблюдение.</p> <p>34. ГЭРБ у детей, эпидемиология, этиология. Современные методы диагностики и лечения.</p> <p>35. Современные методы диагностики и лечения <i>H. pylori</i>-ассоциированных заболеваний..</p> <p>36. Хронические гастриты и дуодениты. Современные подходы к лечению и реабилитации.</p> <p>37. Неспецифический язвенный колит. Дифференциальная диагностика с болезнью Крона. Современные методы лечения и реабилитации.</p> <p>38. Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>39. Острый и хронический панкреатит. Диагностика, лечение.</p> |
| Б 1.Б.6.8. Раздел 8 «Детская нефрология» | <p>40. Хроническая болезнь почек (ХБП) у детей. Классификация, диагностика, лечение соответственно современным клиническим</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>рекомендациям.</p> <p>41. Показания к проведению диализа у детей с ХБП.</p> <p>42. Нефротический синдром у детей. Современные лабораторно-инструментальные методы диагностики нефритов. Особенности медикаментозного лечения.</p> <p>43. Острое повреждение почек (ОПП). Определение острого повреждения почек (ОПП) и Острой болезни почек (ОБП).</p> <p>44. Инфекция мочевых путей (ИМВП) у детей. Классификация, диагностика, лечение соответственно современным клиническим рекомендациям.</p> <p>45. Тубулоинтерстициальный нефрит (ТИН) у детей. Классификация, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>46. Обструктивные нефро и уропатии у детей.</p> <p>47. Диспансеризация пациентов с хроническими заболеваниями почек.</p> <p>48. Острая почечная недостаточность (ОПН). Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение ОПН.</p> |
| Б 1.Б.6.9 Раздел 9 «Детская эндокринология» | <p>48. Адреногенитальный синдром, его формы. Клиника. Лабораторная диагностика. Неонатальный скрининг.</p> <p>49. Клинико-лабораторные критерии различных вариантов декомпенсации углеводного обмена. Современные принципы диетотерапии и инсулинотерапии сахарного диабета.</p> <p>50. Коматозные состояния при сахарном диабете. Дифференциальная диагностика. Неотложная терапия.</p> |
| Б 1.Б.6.11 Раздел 10 «Поликлиническая педиатрия» | <p>72. Современные методические подходы к мониторингу здоровья детей и подростков.</p> <p>73. Понятие о группах здоровья у детей.</p> <p>74. Работа педиатра с детьми группы риска.</p> <p>75. Пути снижения показателей детской смертности и заболеваемости.</p> <p>76. Часто болеющие дети. Причины заболеваемости. Современные методы оздоровления.</p> |

Банк тестовых заданий (с ответами);

| | |
|---|---|
| Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Физиология и патология детей раннего возраста» | <p>1. Для приготовления пищи при глютен – индуцированной целиакии рекомендуется использовать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кукурузную муку. 2. пшеничную муку; 3. ржаную муку; 4. овсяные хлопья; 5. манную крупу; <p>2. Открытый артериальный проток является фактором риска развития</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. бронхолегочной дисплазии 2. синдрома внутрисосудистого свертывания крови 3. высокой легочной гипертензии 4. внутрижелудочкового кровоизлияния <p>3. Линейный рост новорожденного ребенка определяется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. функцией щитовидной железы 2. функцией паращитовидных желез 3. функцией надпочечников 4. уровнем соматотропного гормона <p>4. Какой отдел сердца у новорожденных чаще всего поражается при фиброэластозе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. левый желудочек |
|---|---|

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 2. левое предсердие 3. правый желудочек 4. правое предсердие <p>5. При одышечно-цианотическом приступе у ребенка с тетрадой Фалло нецелесообразно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ввести строфантин; 2. дать кислород; 3. назначить пропранолол 4. ввести промедол; 5. если приступ продолжается - начать инфузионную терапию. <p>6. К врожденным порокам сердца, которые лечат, оперативно в первые годы жизни ребенка, обычно не относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. открытое овальное окно; 2. открытый артериальный проток; 3. коарктация аорты; 4. транспозиция крупных сосудов; 5. тетрада Фалло. <p>7. Из перечисленных признаков не характерен для муковисцидоза:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гипернатриемия; 2. полифекалия; 3. мекониальный илеус; 4. стеаторея; 5. ателектазы. <p>8. Целиакия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сопровождается характерной атрофией ворсинок тонкого кишечника; 2. развивается в большинстве случаев в первые 3 месяца жизни; 3. приводит за счет прогрессирующей бронхоэктазии к смерти; 4. спонтанно излечивается после 2 года жизни; 5. не сопровождается развитием вторичной лактазной недостаточности. <p>9. Диагноз муковисцидоза подтверждает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. определение электролитов пота. 2. рентгенограмма грудной клетки; 3. исследование костного мозга; 4. биопсия тонкого кишечника; 5. микроскопия осадка мочи; <p>10. Витамин Д:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. способствует всасыванию Са из желудочно-кишечного тракта; 2. увеличивает продукцию паратгормона; 3. блокирует канальцевую реабсорбцию Са; 4. повышает уровень щелочной фосфатазы в крови; 5. на указанные биологические эффекты витамин Д не влияет. <p>11. Бронхиолит у детей раннего возраста:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. приводит к длительной потере эластичности и |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>обструктивному состоянию легких;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. легкое и кратковременное заболевание; 3. обусловлен аллергическим компонентом; 4. является ранним признаком бронхиальной астмы; 5. бронхиолит у детей раннего возраста не бывает. <p>12. Наследственные нарушения обмена веществ передаются по следующему типу наследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. по аутосомно-рецессивному 2. по аутосомно-доминантному 3. по доминантному, сцепленному с X-хромосомой 4. по рецессивному, сцепленному с X-хромосомой <p>13. К группе хромосомных заболеваний не относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. синдром Альпорта; 2. болезнь Дауна; 3. синдром Шерешевского-Тернера; 4. синдром Патау; 5. синдром Эдварса. <p>14. С помощью пробы Феллинга диагностируют:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. фенилкетонурию; 2. гистидинемия; 3. гомоцистинурию; 4. гликогеноз; 5. синдром Элерса - Данлоса. |
| <p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Аллергология и иммунология детского возраста»</p> | <p>15. Искусственное вскармливание ребенка первого года жизни тяжелой формой атопического дерматита целесообразно проводить:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. высоко гидролизованными смесями. 2. адаптированными смесями на основе коровьего молока; 3. соевыми смесями; 4. смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки; 5. кисломолочными смесями; <p>16. Противопоказанием к вакцинации БЦЖ является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ВИЧ- инфекция у матери 2. недоношенность с массой тела при рождении менее 3500 3. задержка внутриутробного развития 4. гестационный сахарный диабет у матери <p>17. Проявления атопического дерматита чаще всего начинаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 с 3-месячного возраста; 2 с рождения; 3 после года; 4 в дошкольном возрасте; 5 в школьном возрасте. <p>18. Для дефицита клеточного иммунитета характерны:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. частые вирусные инфекции; |

2. грибковые заболевания;
3. частые бактериальные инфекции;
4. прогностические неблагоприятные заболевания;
5. отсутствие реакции на вакцинацию БЦЖ.

19. Дефицит гуморального звена иммунитета чаще всего характеризуется:

1. частыми заболеваниями микробной этиологии;
2. грибковыми заболеваниями;
3. частыми вирусными заболеваниями;
4. отрицательной реакцией бласттрансформации;
5. снижением уровня Т - супрессоров.

20. На первое введение антигена начинают продуцироваться антитела:

1. на 5-7 день;
2. через 49-96 часов;
3. через 2 суток;
4. через 14 дней;
5. через 24 часа.

21. Для диагноза аллергической реакции 1-го типа наибольшее значение имеют показатели:

1. высокий уровень иммуноглобулина Е в сыворотке крови;
2. эозинофилия крови;
3. повышенный уровень циркулирующих иммунных комплексов;
4. повышенное количество гистамина в моче;
5. высокий, уровень Т - супрессоров.

22. АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ В ЛЕГКИХ, ТИПИЧНЫМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1. Сухих свистящих хрипов
2. Локальных мелкопузырчатых хрипов
3. Диффузной крепитации
4. Жесткого дыхания

23. Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему острое респираторное заболевание можно разрешить после выздоровления не ранее, чем через:

1. 2 недели;
2. 1 месяц;
3. 2 месяца;
4. 3 месяца;
5. 3,5 месяца.

24. Разрешить проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему инфекционный гепатит можно после выздоровления не ранее чем через:

1. 1 месяц;
2. 2 месяца;

| | |
|--|---|
| | <p>3. 3 месяца; 1. месяца; 4. 12 месяцев.</p> <p>25. Препаратом выбора для купирования приступа одышки у ребенка 8 лет, страдающим бронхиальной астмой:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сальбутамол; 2. аминофиллин; 3. ипратропия бромид; 4. будесонид; 5. преднизолон. |
| <p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Детская кардиология и ревматология»</p> | <p>26. У мальчика 5 лет утомляемость, усиление пульсации левого желудочка, дрожание во 2-ом межреберье, на ЭКГ перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме - гиперволемиа малого круга, увеличение левого желудочка. Ваш предварительный диагноз:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. открытый артериальный проток; 2. стеноз легочной артерии; 3. дефект межжелудочковой перегородки; 4. субаортальный стеноз; 5. коарктация аорты. <p>27. При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются все перечисленные признаки, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. судорог; 2. одышки и непереносимости физической нагрузки; 3. повторных пневмоний; 4. акцента второго тона на легочной артерии; 5. тахикардии. <p>28. При системной красной волчанке наибольшую диагностическую значимость имеет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. LE-клетки; 2. повышение иммуноглобулинов; 3. диспротеинемия; 4. увеличение СОЭ; 5. изменения в моче. <p>29. Чаще поражаются глаза при:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ювенильном ревматоидном артрите склеродермии 2. ревматизме 3. реактивном артрите 4. дерматомиозите <p>30. У мальчика 10 лет боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38 С. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены. Неделю назад перенес ангину. Ваш предварительный диагноз:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ревматизм; 2. постинфекционный миокардит; 3. ревматоидный артрит; |

4. септический кардит;
5. реактивный артрит.

31. Для диагностики ревматизма по Киселю – Джонсу - Нестрову основными критериями являются:

- а) повышение титра АСЛО;
- б) абдоминальный синдром;
- в) полиартрит;
- г) снижение зубца Т на ЭКГ;
- д) увеличение QT на ЭКГ.

32. Одним из основных диагностических критериев ревматизма является:

1. кардит;
2. очаговая инфекция;
3. общее недомогание;
4. артралгия;
5. лихорадка.

33. Основной причиной формирования приобретенных пороков сердца у детей является:

1. ревматизм;
2. фиброэластоз;
3. системная красная волчанка;
4. септический эндокардит;
5. ревматоидный артрит.

34. Ребенку с предварительным диагнозом ревматизм необходимо назначить:

1. госпитализацию;
2. клинический анализ крови амбулаторно;
3. биохимический анализ крови амбулаторно;
4. консультацию кардиоревматолога;
5. ЭКГ амбулаторно.

35. В начальный период ревматической атаки показано применение:

1. пенициллина;
2. цефтриаксона;
3. азитромицина;
4. бициллина;
5. цефтазидима.

36. Ребенок госпитализирован на 2-ой день от начала артрита. Температура 37,8 С, боли и припухлость суставов сохраняется. Систолический шум на верхушке продолжительный, СОЭ - 45 мм/час. Необходимо назначить все перечисленное, кроме:

1. цефалоспоринов II поколения пенициллина;
2. преднизолона;
3. диклофенака;
4. поливитаминов.

37. При дистрофии миокарда показано назначение:
1. витаминов, бенфотиамина, оротата калия, метаболической терапии;
 2. ацетилсалициловой кислоты;
 3. диклофенака;
 4. хлористого кальция;
 5. каптопра.
38. К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности не относится:
1. гиперемия кожи;
 2. бледность кожных покровов;
 3. нитевидный пульс;
 4. падение артериального давления;
 5. одышка.
39. При острой сердечно-сосудистой недостаточности не показан:
1. пропранолол;
 2. допамин;
 3. преднизолон;
 4. мезатон;
 5. левосимендан.
40. Для выявления вазоренальной гипертензии наиболее информативным исследованием является:
1. ренальная ангиография;
 2. цистография;
 3. измерение артериального давления на ногах;
 4. внутривенная урография;
 5. УЗИ сосудов почек.
41. Для дифференциальной диагностики гипертензии при коарктации аорты наиболее информативным является:
1. артериальное давление на ногах ниже, чем на руках;
 2. повышение в моче альдостерона;
 3. нормальное содержание в моче 17-кетостероидов;
 4. снижение в моче уровня катехоламинов;
 5. артериальное давление на ногах выше, чем на руках.
42. При пароксизмальной тахикардии наиболее характерным симптомом является:
1. частота сердечных сокращений более 160-180 в минуту, ритмичность сердечных сокращений;
 2. частота сердечных сокращений 120 в минуту;
 3. частота сердечных сокращений 140 в минуту;
 4. перебои (выпадения) сердечных сокращений;
 5. дизритмичность сердечных сокращений.
43. При полной атриовентрикулярной блокаде (атриовентрикулярная блокада III степени) наблюдается:
1. ритм 50-60 ударов в минуту;

2. дизритмия;
3. ритм 90 ударов в минуту;
4. дефицит пульса;
5. ритм 100 в минуту.

44. При полной атриовентрикулярной (поперечной) блокаде могут наблюдаться приступы:

1. одышечно - цианотические;
2. резкого цианоза;
3. потери сознания;
4. сердцебиения;
5. жара, гиперемии лица.

45. При поствирусном миокардите наиболее часто отмечается:

1. глухие тоны, мягкий, короткий систолический шум; систолодиастолический шум;
2. длинный дующий систолический шум на верхушке;
3. мезодиастолический шум;
4. поздний систолический шум.

46. Для дилатационной кардиомиопатии характерно:

1. увеличение полостей желудочков;
2. гипертрофия левого желудочка;
3. гипертрофия правого желудочка;
4. гипертрофия межжелудочковой перегородки;
5. аномальная грабекула.

47. PQ при синдроме преждевременного возбуждения желудочков (синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта) составляет:

1. 0,10 с;
2. 0,14 с;
3. 0,18 с;
4. 0,20 с;
5. 0,22 с.

48. Снижение зубца Т на ЭКГ не может быть вызвано:

1. гиперкалиемией;
2. гипокалиемией;
3. инфекционно-токсической кардиопатией при пневмонии;
4. тяжелой аллергической реакцией;
5. миокардитом.

49. Дети с синдромом преждевременного возбуждения желудочков на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению:

1. пароксизмальной тахикардии;
2. ревматизма;
3. гипертрофической кардиомиопатии;
4. перикардита;
5. поствирусного миокардита.

50. Для дифференциальной диагностики поражения коленного сустава ревматоидной и туберкулезной природы наиболее

| | |
|--|--|
| | <p>информативно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенологические данные; 2. высокое СОЭ; 3. определение иммуноглобулинов; 4. утолщение костальной плевры; 5. определение ревматоидного фактора. <p>51. В синдром Рейтера не входит:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. катаракта; 2. конъюнктивит; 3. уретрит; 4. артрит; 5. лейкоцитурия. |
| <p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Болезни органов дыхания у детей»</p> | <p>52. Практически не встречается в раннем детском возрасте:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. лобарная пневмония; 2. бронхопневмония; 3. аспирационная пневмония; 4. абсцедирующая пневмония; 5. пневмоцистная пневмония. <p>53. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БРОНХИОЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Выраженной одышкой, массой мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов 2 Затруднением выдоха, рассеянными свистящими хрипами 3 Затруднением вдоха, рассеянными свистящими хрипами 4 Навязчивым кашлем с репризами, сухими рассеянными хрипами <p>54. К ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ФИБРИНОЗНОГО ПЛЕВРИТА ОТНОСЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Шум трения плевры 2 Рассеянные сухие хрипы 3 Рассеянные свистящие хрипы 4 Выраженную одышку <p>55. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ОТНОСЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Высокую лихорадку и одностороннее поражение 2 Субфебрилитет и двустороннее поражение 3 Субфебрилитет и отсутствие интоксикации 4 Отсутствие интоксикации и усиление кашля <p>56. В КАЧЕСТВЕ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Дорназу-альфа 2 Щелочные ингаляции 3 Бромгексин 4 Фитоингаляции <p>57. ДЛЯ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Одышки с апное 2 Пенистого отделяемого из ротоглотки 3 Сердечной недостаточности |

| | |
|--|--|
| | <p>4 Стридорозного дыхания</p> <p>58. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none">1 Респираторный вирус2 Микоплазма3 Легионелла4 Хламидия <p>59. В ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО</p> <ol style="list-style-type: none">1 Аминопенициллины2 Фторхинолоны3 Тетрациклины4 Аминогликозиды <p>60. РАЗВИТИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none">1 Наличие узких воздухоносных путей2 Жесткость хрящей гортани, трахеи, бронхов3 Особенность носового дыхания4 Грудной тип дыхания <p>61. РАЗВИТИЕ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ПНЕВМОНИИ</p> <ol style="list-style-type: none">1 Пнемококковой2 Пнеumoцистной3 Микоплазменной4 Стафилококковой <p>62. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРИСТУПА КАШЛЯ У ИГРАЮЩЕГО РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none">1 Аспирацию инородного тела2 Плеврит3 Пневмонию4 Бронхиальную астму <p>63. ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АНТИБИОТИК ГРУППЫ</p> <ol style="list-style-type: none">1 Макролидов2 Пенициллинов3 Цефалоспоринов4 Аминогликозидов <p>64. ПРИЧИНОЙ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none">1 Бронхиальная обструкция2 Стенозирующий ларингит3 Долевая пневмония4 Вирусный фарингит <p>65. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> |
|--|--|

- 1 Ателектаз
- 2 Напряженный пневмоторакс
- 3 Пиоторакс
- 4 Абсцесс

66. У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ К РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ФОРМАМ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ

- 1 Вентиляционная
- 2 Лобарная
- 3 Полисегментарная
- 4 Интерстициальная

67. ПРИ II СТЕПЕНИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДЫХАНИЕ УЧАЩАЕТСЯ НА (%)

- 1 20-30
- 2 50-60
- 3 30-40
- 4 10-20

68. СТЕПЕНЬ СТЕНОЗА ГОРТАНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1 Выраженность дыхательной недостаточности
- 2 Шумное дыхание
- 3 Наличие экспираторной одышки
- 4 Наличие в легких сухих хрипов

69. СРЕДНЕВОЗРАСТНАЯ НОРМА ЧАСТОТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 3 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ В МИНУТУ

- 1 40-60
- 2 18-20
- 3 25-30
- 4 30-35

70. ПЕРВИЧНАЯ РЕПРОДУКЦИЯ ВИРУСА ГРИППА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В

- 1 Эпителии верхних дыхательных путей
- 2 Регионарной лимфоидной ткани
- 3 Крови
- 4 Нервной ткани

71. ПРИ ОСВОБОЖДЕНИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ОТ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИЕМ

- 1 Геймлиха
- 2 Мендельсона
- 3 Сафара
- 4 Селлика

72. СТЕНОТИЧЕСКОЕ ДЫХАНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ ГОЛОСА, ГРУБЫЙ КАШЕЛЬ НАБЛЮДАЮТСЯ У ДЕТЕЙ ПРИ

- 1 Стенозе гортани
- 2 Трахеите

| | |
|--|---|
| | <p>3 Пневмонии 4 Бронхите</p> <p>73. ФАКТОРОМ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ ОДЫШКА СВЫШЕ _____ В МИНУТУ</p> <p>1 80 2 30 3 50 4 40</p> <p>74. ОСЛАБЛЕННОЕ ДЫХАНИЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ</p> <p>1 Пневмонии 2 Обструктивном бронхите 3 Ларингите 4 Ринофарингите</p> <p>75. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА СТАФИЛОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ</p> <p>1 Исследование мокроты на флору 2 Общий анализ крови 3 Плевральную пункцию 4 Бронхографию</p> <p>76. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ИМЕЕТ</p> <p>2 Рентгенография легких 3 Общий анализ крови 4 Посев мокроты 5 Общий анализ мочи</p> <p>77. ХАРАКТЕР МОКРОТЫ ПРИ АСПЕРИГЕЛЛЕЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. Зеленоватый с прожилками крови 2. Пенистый 3. Слизистый 4. Гнойный</p> <p>78. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. Стеноз гортани 2. Пилоростеноз 3. Плеврит 4. Острый отит</p> <p>79. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНОГО С ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СНИЖАЕТСЯ</p> <p>1. Жизненная емкость легких</p> |
|--|---|

| | |
|---|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 2. Максимальная объемная скорость воздуха на уровне выдоха 25-75% 3. Объем форсированного выдоха за 1 секунду 4. Индекс Тиффно <p>80. ДЫХАНИЕ С ЗАТРУДНЕНИЕМ ВДОХА НАЗЫВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инспираторной одышкой 2. Экспираторной одышкой 3. Дыханием Биота 4. Смешанной одышкой |
| <p>Б 1.Б.6.5. Раздел 5 «Детская неврология»</p> | <p>81. Наиболее частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. энцефалитические реакции при вирусных инфекциях; 2. гнойный менингит; 3. острое отравление; 4. эпилепсия; 5. травма головного мозга. <p>82. К клиническим формам ДЦП относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гипотонически-гиперкинетическая 2. гипертонически-гиперкинетическая 3. гемиплегическая <p>83. При спастической диплегии выявляется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. центральный нижний парапарез 2. атонически-астатический синдром 3. центральный гемипарез 4. гипертонически-гиперкинетический синдром <p>84. Для клинической картины пареза лицевого нерва не характерен признак</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сосание нарушено(молоко выливается на здоровой стороне рта) 2. при крике рот перетягивается в здоровую сторону 3. сглаженность носогубной складки на стороне поражения 4. лагофтальм на стороне поражения <p>85. Развитию гипокальциемического судорожного синдрома способствует:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гиповентиляция. 2. ацидоз; 3. алкалоз; 4. гиперкалиемия; 5. гипопротеинемия; <p>86. Для синдрома внезапной смерти у детей характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. семейная предрасположенность к внезапной смерти. 2. синдром чаще встречается у детей старше 3 лет; 3. смерть наступает в дневной период бодрствования ребенка; 4. всегда обнаруживают конкретную причину смерти; 5. всегда имеются клиничко-морфологические признаки |

незрелости;

87. Для гемиплегической формы ДЦП характерен:

1. центральный гемипарез
2. гипертонически-гиперкинетический синдром
3. центральный тетрапарез преобладающий в руках
4. центральный нижний парапарез
5. атонически-астатический синдром

88. Для двойной гемиплегической формы ДЦП характерен:

1. центральный тетрапарез
2. центральный нижний парапарез
3. центральный гемипарез
4. атонически-астатический синдром
5. гипертонически-гиперкинетический синдром

89. Слабость в только в нижних конечностях, с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов в них, патологическими стопными рефлексами с двух сторон, характерна для:

1. ДЦП, диплегическая форма
2. ДЦП, двойная гемиплегическая форма
3. ДЦП, гемипаретическая форма

90. Слабость во всех конечностях, с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами с двух сторон, характерна для:

1. ДЦП, двойная гемиплегическая форма
2. ДЦП, диплегическая форма
3. ДЦП, гемипаретическая форма

91. Слабость в правых конечностях, с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами с одноименной стороны, сохраненной чувствительностью, характерна для:

1. ДЦП, гемипаретическая форма
2. ДЦП, диплегическая форма
3. ДЦП, двойная гемиплегическая форма

92. Для коррекции патологической мышечной спастичности используется ГАМК-ергический препарат:

1. баклофен
2. фенибут
3. пантогам
4. натрия оксибутират

93. Для уточнения локализации поражения при центральном парезе конечности наиболее информативна:

1. магнитно-резонансная томография головы
2. игольчатая электромиография
3. биопсия периферического нерва
4. биопсия мышц

94. Лечение эпилепсии следует начинать с:
1. монотерапии
 2. политерапии
95. Какой из перечисленных симптомов возникает при раздражении передней центральной извилины:
1. джексоновская эпилепсия
 2. метаморфопсии,
 3. «Словесный салат»
96. Родовая травма спинного мозга возникает вследствие:
1. механического повреждения
 2. хронической гипоксии
 3. острой асфиксии
 4. токсического воздействия
97. Родовая травма периферической нервной системы приводит к развитию:
1. периферического пареза
 2. центрального монопареза
 3. центрального тетрапареза
 4. неонатальных судорог
98. Перинатальное поражение нервной системы легкой степени характеризуется всеми указанными синдромами кроме:
1. судорожного
 2. гипервозбудимости
 3. вегетативных дисфункций
 4. висцеральных дисфункций
99. Перинатальное поражение нервной системы средней степени тяжести характеризуется всеми указанными синдромами кроме:
1. коматозного
 2. повышения внутричерепного давления
 3. гидроцефального
 4. судорожного
 5. гипервозбудимости
100. Клиническими проявлениями минимальных мозговых дисфункций является все, кроме:
1. эпилептические приступы
 2. гипервозбудимость
 3. гиперкинезы
 4. дислалии
 5. задержка интеллектуального развития
101. К открытой черепно-мозговой травме относится травма
1. с повреждением апоневроза
 2. с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза
 3. с переломом костей свода черепа

| | |
|--|---|
| | <p>4. с переломом костей основания черепа без ликвореи</p> <p>5. все перечисленное</p> <p>102. Какой симптом не характерен для сотрясения мозга</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. афазия 2. утрата сознания 3. рвота 4. головокружение 5. головная боль |
| <p>Б 1.Б.6.6. Раздел 6 «Болезни органов кровообращения у детей»</p> | <p>103. Не является причиной гипохромной анемии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гемолиз; 2. дефицит железа; 3. нарушение порфиринового обмена; 4. нарушение структуры цепей глобина; 5. свинцовая интоксикация. <p>104. К основным причинам дефицита железа не относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гемолиз; 2. алиментарный дефицит; 3. нарушение обеспечения железом плода при внутриутробном развитии; 4. кровопотеря; 5. синдром нарушенного всасывания. <p>105. У новорожденного причиной дефицита железа не является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. разрушение эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин; 2. дефицит железа у беременной; 3. нарушение трансплацентарного пассажа железа; 4. недоношенность; 5. преждевременная перевязка пуповины. <p>106. К причинам дефицита железа у беременной не относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. злоупотребление алкоголем; 2. частые беременности; 3. длительная предшествующая лактация; 4. обильные менструации; 5. вегетарианство. <p>107. Причиной нарушения трансплацентарного перехода железа не является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. разные группы крови у матери и плода; 2. внутриутробная инфекция; 3. гестоз; 4. отслойка плаценты; 5. угроза прерывания беременности. <p>108. К клиническим признакам дефицита железа не относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. спленомегалия (у ребенка старше 1 года); 2. бледность слизистых оболочек; |

3. систолический шум на верхушке сердца;
4. дистрофические изменения кожи, волос, зубов;
5. койлонихии.

109. Не является гематологическим признаком железодефицитной анемии:

1. нормобластоз;
2. сниженный цветной показатель;
3. анизоцитоз и пойкилоцитоз;
4. гипохромия эритроцитов;
5. микроцитоз.

110. Биохимический тест, не выявляющий дефицит железа:

1. определение сывороточного белка;
2. определение трансферрина;
3. определение сывороточного железа;
4. определение ферритина;
5. десфераловый тест.

111. Укажите продукты, из которых лучше усваивается железо:

1. мясо;
2. гречка;
3. гранаты;
4. рыба;
5. яблоки.

112. Правильная тактика применения препаратов железа:

1. до нормализации уровня ферритина крови;
2. до нормализации гемоглобина;
3. до нормализации сывороточного железа;
4. в течение 2 недель;
5. до исчезновения бледности кожных покровов.

113. Клинический признак, не характерный для талассемии:

1. кардиопатия;
2. спленомегалия;
3. гепатомегалия;
4. пурпура;
5. остеопороз.

114. Признак, не характерный для талассемии:

1. снижение сывороточного железа;
2. повышение сывороточного железа;
3. повышение фетального гемоглобина;
4. выявление аномальных гемоглобинов при электрофорезе;
5. гипохромная анемия.

115. Основной гематологический признак гемолиза:

1. ретикулоцитоз;
2. анемия;
3. повышение СОЭ;
4. тромбоцитоз;

| | |
|--|---|
| | <p>5. полицитемия.</p> <p>116. Нехарактерный признак начального периода гемобластозов:</p> <ol style="list-style-type: none">1. немотивированные подъемы температуры;2. оссалгии;3. деформация суставов;4. увеличение лимфоузлов;5. общая слабость. <p>117. Нехарактерные изменения периферической крови при остром лейкозе:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ретикулоцитопения;2. ретикулоцитоз;3. нейтропения;4. тромбоцитопения;5. анемия. <p>118. Для верификации диагноза острого лейкоза наиболее достоверно исследование:</p> <ol style="list-style-type: none">1. анализ периферической крови;2. производство миелограммы;3. биохимическое исследование крови;4. исследование кариотипа;5. определение уровня ферритина крови. <p>119. При остром лейкозе не являются абсолютно необходимыми исследования:</p> <ol style="list-style-type: none">1. рентгенография грудной клетки;2. клинический анализ крови;3. цистография;4. УЗИ органов брюшной полости и лимфоузлов;5. стеральная пункция. <p>120. Правильная тактика ведения после постановки диагноза острого лейкоза:</p> <ol style="list-style-type: none">1. госпитализация в специализированное гематологическое отделение;2. госпитализация в соматическое отделение;3. амбулаторное лечение;4. консультация гематолога;5. консультация онколога. <p>121. Возможные жалобы при лимфогранулематозе, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none">1. кровоточивости;2. температурной реакции с ознобом;3. общей слабости;4. кожного зуда;5. потливости. <p>122. Характерное изменение состава периферической крови на ранних этапах тромбоцитопения;</p> <ol style="list-style-type: none">1. лимфогранулематоза: |
|--|---|

2. анемия;
3. повышение СОЭ;
4. умеренный нейтрофильный лейкоцитоз;
5. изменения отсутствуют.

123. Основная причина развития болезней накопления:

1. врожденная энзимопатия;
2. хроническое воспаление;
3. злокачественная пролиферация;
4. приобретенная энзимопатия;
5. иммунодефицит.

124. Спленомегалия не характерна для:

1. железодефицитной анемии;
2. гепатита;
3. сепсиса;
4. бруцеллеза;
5. врожденного сифилиса.

125. Спленомегалия не характерна для:

1. ветряной оспы
2. инфекционного мононуклеоза;
3. болезни кошачьих царапин;
4. цитомегалии;
5. токсоплазмоза.

126. ДВС - синдром новорожденного реже вызывает:

1. дисбактериоз кишечника;
2. сепсис;
3. вмешательство на сосудах пуповины;
4. очаговая гнойная инфекция;
5. "госпитальная" пневмония.

127. Не способствует развитию ДВС - синдрома:

1. понижение вязкости крови;
2. повышение вязкости крови;
3. понижение скорости кровотока;
4. микроангиоспазм, венозный застой;
5. лихорадка.

128. Наличие ДВС - синдрома не подтверждает:

1. СОЭ;
2. этаноловый тест;
3. протамин - сульфатный тест;
4. тест "склеивания стафилококков";
5. гемоглобин.

129. При тромбоваскулите неинформативно:

1. исследование гемоглобина;
2. определение фибриногена;
3. фибринолитическая активность;
4. подсчет тромбоцитов;

| | |
|---|--|
| | <p>5. положительные паракоагуляционные пробы.</p> <p>130. Не улучшает микроциркуляцию:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гентамицин; 2. трентал; 3. тиклид; 4. аминофилин; 5. винпоцетин. <p>131. При гемофилии наиболее информативно исследование:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. определение плазменных факторов свертывания; 2. определение времени кровотечения; 3. определение времени свертывания; 4. подсчет тромбоцитов; 5. гемоглобина. <p>132. При гемофилии А следует вводить гемопрепарат:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. концентрат VIII фактора; 2. прямое переливание крови от матери; 3. прямое переливание крови; 4. переливание крови длительного хранения; 5. "отмытые" эритроциты. |
| <p>Б 1.Б.6.7. Раздел 7 «Детская гастроэнтерология »</p> | <p>133. Высокий риск развития патологии пищевода при:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. недостаточности эзофагокардиального отдела; 2. спастическом запоре; 3. гепатите; 4. дисфункции билиарного тракта; 5. панкреатите. <p>134. При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием; 2. рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с проведением водно-сифонной пробы; 3. гастрофибродуоденоскопию; 4. внутрижелудочную рН - метрию; 5. УЗИ желудка. <p>135. Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным исследованием является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. эзофагогастрофибродуоденоскопия; 2. рентгенография ЖКТ с барием; 3. исследование кала на скрытую кровь; 4. анализ крови; 5. внутрижелудочная рН - метрия. <p>136. Для эзофагита характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. боли за грудиной; 2. метеоризм; 3. жидкий стул; 4. запоры; |

5. тошнота.

137. Наличие изжоги свидетельствует о:

1. забросе желудочного содержимого в пищевод;
2. повышении кислотности желудочного содержимого;
3. диафрагмальной грыже;
4. язвенной болезни желудка;
5. гастродуодените.

138. Приступ кетоацидоза не провоцирует:

1. перекорм углеводами;
2. интеркуррентное заболевание;
3. перекорм жирами, белками;
4. голодание;
5. повышенный питьевой режим.

139. Рвота при кетоацидозе чаще всего сочетается с:

1. ацетонурия;
2. жидкий стул;
3. боли в животе;
4. головная боль;
5. метеоризм.

140. При кетоацидозе необходимо провести, в первую очередь, анализ на:

1. глюкозу крови;
2. протромбин;
3. билирубин;
4. СРБ;
5. креатинин.

141. Для халазии характерен следующий симптом:

1. рецидивирующая рвота;
2. боли в правом подреберье;
3. запоры;
4. боли натощак в эпигастрии;
5. метеоризм.

142. Для выявления халазии необходимо провести:

1. рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой;
2. холецистографию;
3. копрологическое исследование;
4. ирригоскопию;
5. колоноскопию.

143. Ахалазия сопровождается:

1. рвотой непереваренной пищей;
2. рвотой с примесью желчи;
3. срыгивание через 1 час после еды;
4. рвотой переваренной пищей;
5. изжогой.

144. Боли за грудиной связаны:
1. с раздражением слизистой оболочки пищевода при рефлюкс-эзофагите;
 2. с гиперацидностью;
 3. с метеоризмом;
 4. с повышением внутрибрюшного давления;
 5. о спазмом сфинктера Одди.
145. Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием:
1. ГЭРБ;
 2. панкреатита;
 3. язвенной болезни;
 4. гастрита;
 5. желчнокаменной болезнью.
146. При срыгивании и рвотах не возникает:
1. стоматит;
 2. фарингит;
 3. аспирационная пневмония;
 4. бронхит;
 5. все вышеперечисленное.
147. Среди осложнений при упорной рвоте не наблюдается:
1. полиурии;
 2. нарушений электролитного обмена;
 3. алкалоза;
 4. эксикоза;
 5. кетоацидоза.
148. У детей для стимуляции секреции целесообразно использовать:
1. мясной бульон;
 2. гистамин;
 3. хлеб с водой;
 4. кофеин;
 5. овощной отвар.
149. Показания для проведения рН-метрии у детей:
1. тошачковые боли в эпигастральной области, дисфагия;
 2. дизурические явления;
 3. боли при дефекации;
 4. метеоризм;
 5. запоры.
150. Для гиперацидности не характерны:
1. диарея;
 2. тошачковая боль в гастродуоденальной зоне;
 3. запор;
 4. обложенность языка;
 5. изжога.
151. Для хеликобактериоза не характерно наличие:

1. полипоза;
2. гиперплазии слизистой оболочки пилорической зоны;
3. эрозивных повреждений слизистой оболочки желудка;
4. гиперацидности;
5. язвенных повреждений слизистой оболочки 12-перстной кишки.

152. Инвазивные методы диагностики хеликобактериоза:

1. уреазный тест с биоптатом слизистой оболочки желудка;
2. исследование кала на наличие антигена *H. pylori* ;
3. уреазный тест;
4. ЭГДС;
5. копрологическое исследование.

153. Схемы эрадикации *H. pylori* не включают:

1. спазмолитики;
2. ИПП;
3. АБ пенициллинового ряда;
4. препараты висмута;
5. АБ из группы макролидов.

154. Наиболее информативным исследованием при гастрите является:

1. ЭГДС с биопсией;
2. рентгеноконтрастное исследование;
3. УЗИ;
4. иридодиагностика;
5. копрограмма.

155. Эвакуацию из желудка замедляет:

1. кефир;
2. жидкости;
3. мясные блюда;
4. щелочное питье;
5. рыба.

156. Какой симптом не характерен при ГЭРБ:

1. алопеция.
2. изжога
3. запор;
4. рвота;
5. дисфагия;

157. Факторы, не провоцирующие развитие ГЭРБ:

1. рациональное питание;
2. избыточная масса тела;
3. гиподинамия;
4. стресс;
5. неадекватные физические нагрузки.

158. К внеабдоминальным симптомам ГЭРБ относится:

1. поражение зубной эмали;

2. одинофагия;
3. изжога;
4. дисфагия;
5. руминация.

159. Диагностические мероприятия при ГЭРБ не включают в себя: определение уровня Ig E.

1. ЭГДС;
2. pH-мониторинг;
3. УЗИ органов брюшной полости;
4. ЭКГ;

160. При ГЭРБ не рекомендуется:

1. употребление газированных напитков;
2. соблюдение достаточного питьевого режима;
3. использование в рационе кисломолочных продуктов;
4. пешие прогулки;
5. употребление диетических сортов мяса и птицы.

161. Серовато-желтая окраска кала возникает:

1. при панкреатитах;
2. при прекращении поступления желчи в кишечник;
3. за счет билирубина у грудных детей;
4. за счет билирубина при гипермоторике тонкой кишки;
5. при энтерите с ускоренной перистальтикой.

162. Какие из перечисленных изменений в биохимическом анализе крови характерны для механической желтухи:

1. конъюгированная гипербилирубинемия, повышение уровня щелочной фосфатазы;
2. неконъюгированная гипербилирубинемия, повышение уровня АЛТ, АСТ;
3. конъюгированная гипербилирубинемия, резкое повышение уровня АЛТ, АСТ, холестерина;
4. неконъюгированная гипербилирубинемия;
5. все перечисленные.

163. Жидкий с плотными кусочками, свернувшейся слизью, кровью и гноем кал характерен для:

1. некротически-язвенного процесса в ректо-сигмоидальном отделе;
2. синдрома раздраженного кишечника;
3. аллергического колита;
4. энтерита с ускоренной перистальтикой;
5. некроза правого отдела толстой кишки.

164. Паренхиматозная желтуха не наблюдается при:

1. болезни Минковского — Шоффара;
2. вирусном гепатите;
3. раке печени;
4. циррозе печени;
5. всех перечисленных заболеваний.

6. копрограмма.

165. Всасывание железа в кишечнике наиболее интенсивно происходит из:

1. мясных продуктов и печени;
2. фруктов;
3. яблок;
4. моркови;
5. сыра.

166. Ценкеровские дивертикулы имеют характерную локализацию в:

1. задней стенке глотки и пищевода;
2. средней трети пищевода;
3. нижней трети пищевода;
4. абдоминальной части пищевода;
5. поддиафрагмальной части пищевода.

167. У подростка отмечаются боли в проекции мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через 30-40 минут после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища, не купируются полностью при приеме антацидов, отмечаются также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с барием отмечается заброс контрастной массы из желудка в пищевод. Все это позволяет заподозрить:

1. грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит;
2. рак пищевода;
3. бронхиальную астму;
4. хронический гастрит;
5. ахалазию пищевода.

168. С течением дуоденита связана патология:

1. синдром билиарной дисфункции;
2. хронический тонзиллит;
3. колиты;
4. пиелонефрит;
5. эзофагит.

169. Острый катаральный эзофагит может дать:

1. микрокровоотечение (диапедезное);
2. острое кровоотечение;
3. перфорацию;
4. стенозы;
5. пневмонии.

170. При подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки не следует проводить:

1. дуоденальное зондирование;
2. исследование кала на скрытую кровь;
3. эзофагогастродуоденоскопию;
4. биохимический анализ крови;

| | |
|--|---|
| | <p>5. клинический анализ крови.</p> <p>171. Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является:</p> <ol style="list-style-type: none">1. кровотечение;2. перфорация;3. пенетрация в поджелудочную железу;4. малигнизация;5. непроходимость. <p>172. Язвенный дефект у детей наиболее часто локализуется:</p> <ol style="list-style-type: none">1. в луковице 12-ти перстной кишки2. на большой кривизне желудка3. на малой кривизне желудка4. в антральном отделе желудка5. в постбульбарном отделе <p>173. При непрерывно рецидивирующем течении язвенной болезни наименее эффективны:</p> <ol style="list-style-type: none">1. спазмолитики;2. ИПП;3. антациды;4. препараты висмута;5. диетические ограничения. <p>174. Особенно предрасполагают к развитию билиарных дисфункций:</p> <ol style="list-style-type: none">1. заболевания 12-перстной кишки;2. хронический тонзиллит;3. гастрит;4. пневмония;5. панкреатит. <p>175. Синдром раздраженного кишечника – симптомокомплекс объединяющий все ниже перечисленные признаки, кроме одного:</p> <ol style="list-style-type: none">1. органические заболевания кишечника до 3-х месяцев;2. функциональные расстройства кишечника свыше 3-х месяцев;3. боли в животе, уменьшающиеся после дефекации;4. метеоризм, урчание;5. чередование поносов или запоров <p>176. Стандартными критериями хронического запора являются все ниже перечисленные симптомы, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none">1. болей в эпигастрии.2. натуживание занимает не менее ¼ времени акта дефекации;3. консистенции кала плотная, кал в виде «комочков»;4. два или менее актов дефекации в неделю;5. чувства неполного опорожнения кишечника; <p>177. Желудочно кишечными симптомами НЯК и болезни Крона являются все, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none">1. изжога;2. боли в животе;3. диарея |
|--|---|

| | |
|---|---|
| | <p>4. кровотечения;</p> <p>5. анальные свищи.</p> <p>178. Какой симптом является наиболее характерным проявлением неспецифического язвенного колита?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. частые кровянистые испражнения 2. разлитая боль в животе 3. жидкий стул 4. узловатая эритема 5. боли в суставах <p>179. К осложнениям дивертикулеза не относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. малигнизация 2. дивертикулит; 3. кровотечение; 4. перфорация; 5. свищ; |
| <p>Б 1.Б.6.8. Раздел 8 «Детская нефрология»</p> | <p>180. В ОРГАНИЗМЕ РЕБЕНКА ПРИ УРИКЕМИЧЕСКОМ (МОЧЕКИСЛОМ) ДИАТЕЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <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 <p>181. ПРЕОБЛАДАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ХАРАКТЕРА В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.пиелонефрите 2.аномалии развития органов мочевой системы 3.гломерулонефрите 4.тубулоинтерстициальном нефрите 5.наследственном нефрите <p>182. МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.лейкоцитурией с бактериурией 2.альбуминурией 3.гематурией 4.протеинурией 5.цилиндрурией <p>183. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ РАЗВИТИИ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.кишечная палочка 2.стафилококк 3.клебсиелла 4.протей 5.синегнойная палочка <p>184. ФИЛЬТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТ</p> |

1. клиренс эндогенного креатинина
2. электролиты крови
3. осмолярность мочи
4. относительная плотность мочи
5. уровень общего белка крови

185. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.подозрение на наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса по данным УЗИ
- 2.императивные позывы на мочеиспускание
- 3.нарушение функционального состояния почек
- 4.учащенное болезненное мочеиспускание
- 5.подозрение на наличие аномалий развития мочевого пузыря и уретры

186. ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- 1.агенезия или гипоплазия почек
- 2.гемолитико-уремический синдром
- 3.хронический и подострый гломерулонефрит
- 4.волчаночный нефрит
- 5.острый пиелонефрит

187. ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ЧАЩЕ ВВОДИТСЯ

- 1.перорально
- 2.внутривенно
- 3.внутримышечно
- 4.внутрипузырно
- 5.не используется

188. В НОРМЕ КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ ПО ПРОБЕ КАКОВСКОГО – АДДИСА

1. 1000000
2. 100
3. 500
4. 1000
5. 2000

189. МАКРОГЕМАТУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1.гломерулонефрита
- 2.гепатита
- 3.инфекции мочевых путей
- 4.пиелонефрита
- 5.сахарного диабета

190. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИСТЕННОЙ ЭРИТРОЦИТУРИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- 1.пробу Нечипоренко
- 2.посев мочи
- 3.пробу Реберга
- 4.пробу Зимницкого

5.пробу с сухоедением

191. СТОЙКАЯ ГЕМАТУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. наследственного нефрита
2. пиелонефрита
3. сахарного диабета
4. нефроптоза
5. гидронефроза

192. 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

193. Симптомы, встречающиеся при нефрите Шенлейн-Геноха

1. макрогематурия
2. повышение уровня IgG
3. протеинурия
4. гипокомплементемия
5. нефротический

синдром

194. Гемолитико-уремический синдром характеризуется

1. гемолитической анемией
2. уремией
3. тромбоцитопенией
4. тромбоцитозом
5. билирубинемией

195. Наиболее частая причина ренальной ОПП

1. гломерулонефрит
2. ГУС
3. цистит
4. тромбоз почечных сосудов
5. ИМВП

196. НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦЕВ НЕПОСРЕДСТВЕННО ВЛИЯЕТ ГОРМОН

1. альдостерон
2. тироксин
3. инсулин
4. гонадотропин
5. андрогены

197. СЕЛЕКТИВНОСТЬ ПРОТЕИНУРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ

1. мембраны клубочков
2. петли Генле
3. эпителия дистальных канальцев

4. эпителия собирательной системы
5. эпителия проксимальных канальцев

198. КОНЦЕНТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1. белок и белковые фракции
2. проба Зимницкого
3. относительная плотность мочи
4. осмолярность мочи
5. электролиты крови

199. ФИЛЬТРАЦИОННУЮ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1. осмолярность мочи
2. клиренс эндогенного креатинина
3. креатинин крови
4. уровень мочевины крови
5. селективность протеинурий

200. У РЕБЕНКА С ГЕМАТУРИЕЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА ВАЖНО ВЫЯВИТЬ НАЛИЧИЕ У РОДСТВЕННИКОВ ВСЕХ СИМПТОМОВ, КРОМЕ

1. дисплазии тазобедренного сустава
2. тугоухости
3. гематурия
4. патологии зрения
5. развитие ХПН в раннем возрасте

201. АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НЕ ОТРАЖАЕТ

1. электролиты крови
2. белковые фракции
3. серомукоид
4. С-реактивный белок
5. фибриноген крови

202. ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. нефротического синдрома
2. гломерулонефрита гематурической формы
3. пиелонефрита
4. тубулоинтерстициального нефрита
5. тубулопатии

203. ВЫРАЖЕННАЯ ФИБРИНОГЕНЕМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. нефротическом синдроме
2. цистите
3. наследственном нефрите

4. дисметаболической нефропатии
5. пиелонефрите

204. Для отеков почечного генеза не характерна их локализация

1. изолировано на руках
2. на лице
3. на ногах
4. на всех конечностях и туловище
5. на пояснице

205. О состоянии клубочковой фильтрации можно судить по величине

1. креатинина
2. мочевины
3. остаточного азота
4. холестерина
5. общего белка в крови

206. Дифференциальная диагностика функциональной и органической ОПП основана

1. на выраженности и длительности нарушений диуреза
2. на степени выраженности реакции на диуретики
3. на обширности отеков
4. на длительности гипертензии
5. на выраженности креатининемии

207. Для почечной гипертензии характерны следующие изменения артериального давления

1. более значимое повышение диастолического давления
2. равномерное повышение систолического и диастолического
3. повышение систолического и снижение диастолического
4. повышение диастолического и снижение систолического

208. Основные причины развития анемии при ОПП

1. снижение уровня эритропоэтина
2. укорочение жизни эритроцитов
3. красного костного мозга
4. снижение уровня сывороточного железа
5. снижение уровня общего белка в крови

209. Ведущий признак ОПП

1. азотемия
2. олигоанурия
3. нарушение тубулярных функций
4. отеки
5. гематурия

210. Ведущая преренальные причина ОПП

падение артериального давления

гемолиз и миолиз
атрезия мочеточников
иммунокомплексное поражение базальной мембран
тромбоз почечных артерий

211. Наиболее частые причины ренальной ОПП у новорожденных и детей раннего возраста

тромбоз почечных сосудов
ГУС
цистит
гломерулонефрит
пиелонефрит

212. Ведущая причины анемии при ХБП

1. недостаток эритропоэтина
2. гемолиз
3. дефицит фолиевой кислоты
4. дефицит железа
5. дефицит кальция

213. Ведущий биохимический показатель ХБП

1. гиперкреатининемия
2. гиперальбуминемия
3. дислипидемия
4. уробилинурия
5. гипербилирубинемия

214. Какой антибиотик целесообразно назначать при ХБП

1. защищенные пенициллины
2. тетрациклин
3. фосфомицин
4. гентамицин
5. азитромицин

215. Уровень клубочковой фильтрации, характерный для терминальной стадии ХПН

1. 15 мл/мин
2. 60 мл/мин
3. 50 мл/мин
4. 45 мл/мин

216. Основные причины развития ХБП у детей

1. обструктивные нефропатии
2. хронический гломерулонефрит
3. хронический пиелонефрит
4. поликистоз почек
5. дисплазия почек

217. Какой должна быть калорийность диеты больного ХПН, чтобы предотвратить распад собственного белка

| | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. 2200-2500 ккал 2. 1200-1500 ккал 3. 1800-2200 ккал 4. 2500-3000 ккал 5. 3000-3500 ккал <p>218. Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается более</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 75% паренхимы почек 2. 10% паренхимы почек 3. 30% паренхимы почек 4. 45% паренхимы почек 5. 90% паренхимы почек <p>219. Морфологическим субстратом хронической почечной 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>Б 1.Б.6.9 Раздел 9 «Детская эндокринология»</p> | <p>220. Достоверное определение пола при вирильной форме аденогенитального синдрома возможно путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пальпации яичек; 2. определения 17-оксикортикостероидов; 3. определения полового хроматина; 4. определения кариотипа; 5. гистологического исследования гонад. <p>221. Для гипотиреоза не характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. преждевременное закрытие родничка 2. макроглоссия; 3. затяжная желтуха; 4. склонность к гипотермии; 5. запор. <p>222. При сахарном диабете I типа, диабетической гипогликемической коме не следует:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. вводить инсулин; 2. вводить 40% раствор глюкозы; 3. вводить подкожно 0,5-1,0 мл адреналина; 4. кормить больного после выхода из комы; 5. назначать диету с ограничением жира. <p>223. Для подтверждения диагноза сахарного диабета у ребенка важны все перечисленные данные, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гипербилирубинемии; 2. гипергликемии; 3. глюкозурии; |

| | |
|---|---|
| | <p>4. наличия ацетона в моче; 5. полиурии.</p> <p>224. При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) имеются все перечисленные признаки, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. желтушности кожи; 2. гиперпигментации кожи; 3. похудания; 4. общей слабости; 5. гипотония. <p>225. У мальчиков первым пубертатным изменением является: мутация голоса;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 увеличение щитовидного хряща; 2 оволосение лобка; 3 оволосение лица; 4 оволосение подмышечных впадин. <p>226. Средняя длительность полового созревания составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5 лет; 1 3 года; 6 лет; 2 10 лет; 3 11 лет. |
| <p>Б 1.Б.6.10 Раздел 10 «Поликлиническая педиатрия»</p> | <p>227. Уровень резистентности организма ребенка определяется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кратностью острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру; 2. кратностью острых респираторных заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру; 3. тяжестью острых заболеваний; 4. длительностью и тяжестью заболеваний; 5. числом обострений хронических заболеваний. <p>228. Специальные занятия гимнастикой и массаж здоровому ребенку необходимо проводить:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. с полутора месяцев; 2. с рождения; 3. не нужны; 4. с 2-х месяцев; 5. с 6 месяцев. <p>229. Ребенка в возрасте 2-х лет можно считать часто болеющим, если:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 острые респираторные заболевания отмечались 6 раз. 2 острые заболевания в течение второго года жизни отмечались 7 раз; 3 обострения бронхиальной астмы наблюдались два раза в год и острые заболевания также два раза в год; 4 на фоне рахита в стадии реконвалесценции отмечались острые заболевания три раза в течение 2-го года жизни; |

| | |
|--|--|
| | <p>5 у него имеется хронический отит с обострениями 3 раза в год;</p> <p>230. Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации со сниженными функциональными возможностями относятся к группе здоровья:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 четвертой; 2 первой; 3 второй; 4 третьей; 5 пятой. <p>231. Максимальный уровень общей заболеваемости детей в РФ регистрируется в возрасте:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 3-4 года; 2 до 1 года; 3 1-2 года; 4 5-6 лет; 5 7-9 лет. |
|--|--|

Банк ситуационных клинических задач

| | |
|--|---|
| <p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Физиология и патология детей раннего возраста»</p> | <p style="text-align: center;">Задача 1</p> <p>Мальчик С., 2 года, на приеме у гастроэнтеролога с жалобами матери на недостаточную прибавку ребенка в весе, задержку физического развития, полифекалию, сниженный аппетит.</p> <p>Анамнез заболевания: с 6-месячного возраста у ребенка появилась плаксивость, вялость, которая иногда сменялась беспокойством. С этого же времени участился стул, замедлилась прибавка массы тела, появилась мышечная гипотония. После введения печенья в 8 месяцев отмечено резкое ухудшение состояния: появилась полифекалия, признаки рахита, частичный регресс приобретенных навыков.</p> <p>Объективно: состояние ребенка тяжелое. Вес 11,9 кг, рост 89 см. выражены бледность и сухость кожных покровов, костные деформации, мышечная гипотония. Со стороны легочной и сердечно-сосудистой систем патологических отклонений не выявлено. Живот увеличен в размерах, вздут, при глубокой пальпации отмечается «урчание» по ходу кишечника. Стул 4-5 раз в сутки, зловонный, полифекалия.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз. 2. План обследования. 3. План лечения. Прогноз для выздоровления и жизни. <p style="text-align: center;">Задача 2</p> <p>Мать 3,5-месячного ребенка обратилась к участковому врачу за советом, как правильно организовать питание ребенка. При контрольном взвешивании до и после кормления оказалось, что он высосал за одно кормление в пределах 100 мл грудного молока, т. е. за сутки ребенок получает 600 мл. Мать кормит ребенка 6 раз в день. Масса при рождении 3200 г. В настоящее время - 5100 г.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Соответствует ли масса ребенка должествующей? 2. Определите суточный объем и количество пищи на одно кормление. 3. Какая потребность в белках, жирах, углеводах при данном способе вскармливания? <p style="text-align: center;">Задача 3</p> <p>На амбулаторном приеме у участкового педиатра мальчик 3-х недель жизни</p> <p>Жалобы на беспокойство через 30 мин после еды, слизь и прожилки</p> |
|--|---|

| | |
|---|--|
| | <p>крови в стуле</p> <p>Анамнез заболевания</p> <p>После перевода ребенка на искусственное вскармливание 1 неделе ребёнок стал более беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления отказывается сосать, кричит. В возрасте 1,5 недель был сдан кал на углеводы, выявлено увеличение углеводов до 3%, назначен препарат, содержащий лактазу. На фоне лечения консистенция кала стала более густой, частота стула снизилась до 6 раз в сутки, но появилась слизь и прожилки крови.</p> <p>Анамнез жизни</p> <p>ребенок рожден от II беременности, вторых родов со сроком гестации 38 недель, течение беременности: токсикоз первой половины, угроза прерывания на ранних сроках, масса тела при рождении 3620 г., длина 54 см</p> <p>семья ребенка относится к категории благополучных, наследственный аллергический анамнез: у отца были проявления атопического дерматита до 2 лет, у матери крапивница на арахис</p> <p>вакцинирован согласно Национальному календарю по возрасту</p> <p>Объективный статус</p> <p>Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее, Не лихорадит</p> <p>Кожные покровы бледно-розовой окраски; вокруг ануса отмечается гиперемия; слизистые оболочки чистые, влажные</p> <p>В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные</p> <p>При пальпации живот мягкий, безболезненный; печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется</p> <p>Частота стула до 6 раз в сутки, консистенция желеобразная, оттенок зеленоватый, присутствует слизь в большом количестве, прожилки крови</p> <p>Масса тела -4100 г (6 коридор), длина -56 см (5 коридор);</p> <p>Психометрия:</p> <p>Аз – следит взором за движущейся перед глазами игрушкой;</p> <p>Ас – прислушивается;</p> <p>Э - улыбается;</p> <p>Д.о. – удерживает голову 1-2 минуты в вертикальном положении.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Оцените физическое и нервно-психическое развитие.</p> <p>Поставьте и обоснуйте диагноз.</p> <p>Дайте рекомендации по вскармливанию и введению прикорма, какова длительность элиминационной диеты.</p> <p>Какие возможны осложнения данного состояния?</p> |
| <p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Аллергология и иммунология детского возраста»</p> | <p style="text-align: center;">Задача 4</p> <p>Ребенок И., 11 месяцев (искусственное вскармливание с 6 месяцев, получает прикорм с 8 месяцев), наблюдается с 3-месячного возраста у педиатра, аллерголога и гастроэнтеролога с диагнозом «Атопический дерматит, распространенная форма, тяжелое течение».</p> <p>Вопросы: составьте план питания ребенка с учетом его возраста и тяжести заболевания</p> <p style="text-align: center;">Задача 5</p> <p>На приеме у участкового педиатра девочка 2 лет с мамой.</p> <p>Жалобы на зуд, высыпания на коже рук, ног, тела</p> <p>Анамнез заболевания: впервые высыпания на коже лица появились в возрасте 6 месяцев, когда в рацион ввели молочную овсяную кашу. Ребенок был проконсультирован аллергологом иммунологом, назначена терапия. Однако мама рекомендации врача выполняла не полностью. Лечила ребенка самостоятельно, использовала увлажняющие средства, примочки с чередой, деготь. Из питания исключили цельное молоко, яйца и красные фрукты. Течение заболевания волнообразное, с ухудшением в холодное время года. Год назад вновь появились высыпания, локализующиеся изначально только в локтевых сгибах, затем распространились по всему телу, беспокоит выраженный зуд. Четких провоцирующих факторов выявить не могут. Увлажняющие и антигистаминные средства с минимальным эффектом.</p> |

Анамнез жизни: ребенок от 2 нормально протекавшей беременности, срочных родов, вес 3600 г, рост 51 см, по Апгар 8/9 б; на естественном вскармливании до 12 месяцев, перенесенные заболевания: ОРВИ 4-5 раз в год, вакцинирована по догоняющему графику согласно Национальному календарю профилактических прививок; наследственность отягощена: у матери поллиноз, у отца бронхиальная астма

Объективный статус: Состояние средней тяжести за счет распространенного характера высыпаний и выраженного зуда, не лихорадит. Кожные покровы сухие, эритематозно-сквамозные очаги с шелушением и эскориациями в естественных складках, по задней поверхности шеи, боковых поверхностях туловища, в локтевых и подколенных сгибах лихеноидные папулы, подчеркнутый кожный рисунок на ладонях; видимые слизистые чистые, периферические лимфоузлы не пальпируются, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, сердечные тоны ясные, ритмичные, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены, стул регулярный, оформленный, диурез в норме. Масса 25 кг, рост 131 см.

Общий анализ крови – Эр - $4.1 \cdot 10^{12}$, ЦП - 0,94, Г - 122 г/л, Тр – $290 \cdot 10^{12}$, Л – $9.0 \cdot 10^9$, п/я - 1, с/я - 59, э - 6, м - 4, л - 30, СОЭ - 12 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ- 18 Ед/л, АСТ -22 Ед/л, Белок общий - 62 г/л, Билирубин общий - 6,2 мкмоль/л, сывороточное железо - 10,2 мкмоль/л, Калий - 4,7 ммоль/л, Натрий -144 ммоль/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, креатинин – 61 мкмоль/л, общий IgE – 150 МЕ/мл.

Аллергенспецифические IgE-антитела в сыворотке крови:

| Антиген | Концентрация (kU/l) | Класс |
|--------------------------|---------------------|----------------------------|
| Смесь пищевых аллергенов | 0 | 0 |
| Смесь плесневые грибы | 0 | 0 |
| Смесь бытовые аллергены | 40 | 4 (высокая сенсibilизация) |

Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Укажите факторы риска в развитии заболевания у данного пациента.

3. Назначьте лечение пациенту.

4. Определите дальнейшее диспансерное наблюдение, группу здоровья и прогноз для жизни и здоровья.

Задача 6

Вызов участкового педиатра на дом к мальчику 4 лет

Жалобы: Отек кистей рук, уртикарная сыпь, невыраженный зуд

Анамнез заболевания: Начало заболевания острое. В гостях на детском дне рождения ребенок съел молочный коржик и выпил апельсиновый сок. В течение десяти минут на лице, туловище появились уртикарные элементы, сопровождающиеся зудом. Мама дала антигистаминный препарат. Сыпь стала бледнеть. На утро сыпь сохранялась, однако новых элементов не появилось, зуд слабый. Вызван участковый педиатр.

Анамнез жизни: Рос и развивался соответственно возрасту; Перенесенные заболевания: острый гастроэнтерит в 3 года, ОРВИ 2 недели назад с терапией амоксициллином (7 дней); Травм и операций: не было; алергоанамнез: на первом году жизни реакции на введение коровьего молока, в настоящее время из этой пищевой группы получает только кисломолочные продукты (со второго года жизни обострений не отмечалось). Вакцинирован согласно Национальному календарю; Наследственный анамнез: у матери поллиноз.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Самочувствие страдает незначительно из-за зуда. Не лихорадит. Кожа влажная, тургор сохранен.

Уртикарная сыпь крупная на коже без четкой локализации около 20-25 элементов. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 в минуту, АД 90/50 мм рт. ст. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно звук ясный, легочный.

Аускультативно дыхание проводится во все отделы, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в мин. Живот безболезненный при поверхностной пальпации, мягкий, печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный 1 раз в 2 дня, диурез в норме. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты обследования

Определение аллергенспецифических IgE-антител в сыворотке крови

| Антиген | Концентрация (kU/l) | Класс |
|------------------------|---------------------|---------------------------------|
| Белок коровьего молока | >100 | 6 (очень высокий титр антител) |

- Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите факторы риска в развитии заболевания у данного пациента.
3. Назначьте лечение пациенту.
4. Определите дальнейшее диспансерное наблюдение, группу здоровья и прогноз для жизни и здоровья.

Задача 7.

Пациентка Р., 10 лет, 50 кг, 158 см, обратилась к врачу с очередным визитом в рамках диспансерного наблюдения. Страдает бронхиальной астмой последние 6 лет. На данный момент отмечает ежедневные приступы, преимущественно в дневное время, связанные с эмоциональной и физической нагрузкой. Ночные приступы 1-2 раза в неделю. Обострения в течение текущего года 3 раза с усилением терапии системными ГКС, одно из обострений потребовало госпитализации в стационар. Получает базисную терапию регулярно Флутиказона пропионат/сальметерол (Серетид мультидиск) 250/50 мкг 2 раза в сутки, приступы купирует 2 дозами (200 мкг) сальбутамола. Более частые приступы отмечает в течение последнего года, плохо переносит обыденную физическую нагрузку. Среди сопутствующих заболеваний аллергический риноконъюнктивит, круглогодичная форма с сезонными обострениями. Лекарственный анамнез: не переносит антибиотики пенициллинового ряда (крапивница и бронхоспазм).

Проведено обследование:

Общий анализ крови – RBC - $4.6 \cdot 10^{12}$ /л, HGB - 130 г/л, HCT – 0.419 л/л, PLT – $256 \cdot 10^9$ /л, PCT – $0.220 \cdot 10^{-2}$ л/л, MCV- 77 L fl, MCH – 28.1 pg, MCHC – 363 Hg/l, WBC - $6.6 \cdot 10^9$, п/я – 1% (100/мкл), с/я – 53% (5100/мкл), э – 3% (200/мкл), м – 6% (400/мкл), л – 37% (3000/мкл), СОЭ - 8 мм/час.

Кровь общий Ig E – 720 МЕ/мл.

Кровь на печеночные пробы – Vi – 12 мкмоль/л, Ti – 1 ед.

Анализ крови на мочевины и креатинин – мочевины – 7,8 ммоль/л, креатинин – 93 мкмоль/л.

Функция внешнего дыхания – ЖЕЛ – 87% от возрастной нормы, ФЖЕЛ – 79%, ОФВ1 - 76%, индекс Тиффно – 100%, ПОС - 81%, МОС50 - 61%, МОС25 - 25%.

Пробы с бронхолитиками: сальбутамол +17%.

Кожно-скарификационные пробы:

- с бытовыми аллергенами - гистамин +++, тест-контроль отр., D. pteronyssinus +++, D. Farinae +++, шерсть кошки +++++, шерсть овцы++++, остальные отрицательные;

- с пищевыми аллергенами – гистамин +++, тест-контроль отр., арахис++++, остальные отрицательные;

- с пыльцевыми аллергенами – гистамин +++, тест-контроль отр., лебеда++, амброзия++, циклохена++++, полынь++++, остальные отрицательные.

АСQ- тест – 6,5.

Диагноз: Бронхиальная астма, атопическая форма, тяжелое неконтролируемое течение.

Аллергический ринит, персистирующая форма, средней степени тяжести.

- Вопросы: 1. Определите возможные пути достижения контроля астмы.
2. Проведите коррекцию терапии.
3. Укажите возможные побочные эффекты фармакотерапии, пути преодоления.
4. Уточните принципы диспансерного наблюдения.

Задача 8

Ребенку 4-х месяцев в процедурном кабинете детской поликлиники сделали вторую

прививку АКДС-вакциной. Внезапно ребенок стал беспокойным, резко побледнел, появилась одышка, высыпания на коже типа крапивницы, потерял сознание.

| | |
|--|--|
| | <p>Задание</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каковы причины и патогенез развития данного состояния? 2. Может ли данное состояние угрожать жизни ребенка? 3. Какие мероприятия необходимо провести на месте развития данного осложнения до прибытия врача? 4. Какая неотложная помощь требуется? 5. Какова дальнейшая тактика ведения ребенка? 6. Какие рекомендации следует дать родителям ребенка? |
| <p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Детская кардиология и ревматология»</p> | <p style="text-align: center;">Задача 9.</p> <p>Медосмотр для участия в спортивных соревнованиях ребёнка 15 лет Жалобы: Повышенная утомляемость, периодические головные боли Анамнез заболевания: Повышение артериального давления (АД) до 160/80 мм рт. ст. было выявлено 2 раза на осмотре у педиатра в 14 летнем возрасте, препараты не принимает. Анамнез жизни</p> <ul style="list-style-type: none"> • занимается плаванием с 7 лет; • вредных привычек не имеет; • в питании предпочитает солёные блюда; • генеалогический анамнез: дедушка со стороны папы умер от инфаркта миокарда в 60 лет; <p>Объективный статус: состояние при осмотре удовлетворительное;</p> <ul style="list-style-type: none"> • масса тела 77 кг, рост 179 см, индекс Кетле – 24 кг/м². • эмоционально лабилен; • щитовидная железа не увеличена; • кожные покровы: бледно-розовые, чистые, умеренно-влажные, видимые слизистые обычной окраски; подкожно-жировой слой развит умеренно; • границы относительной сердечной тупости: верхняя – III ребро; правая – по правому краю грудины; левая – по левой средне-ключичной линии; верхушечный толчок в V межреберье по среднеключичной линии; при аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу; тоны сердца: ясные, выслушивается мягкий систолический шум слева от грудины, максимально на верхушке; ЧСС 72 удара в минуту; АД (справа) 160/80 мм рт. ст.; АД (слева) 150/80 мм рт. ст.; АД на ногах: справа 170/94 мм рт. ст, слева 168/90 мм рт. ст.; пульсация на бедренных артериях отчётливая; шумы на сонных артериях, на брюшной аорте – не выслушиваются; • печень не увеличена, селезёнка не пальпируется; • периферических отёков нет; • мочеиспускание не нарушено, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. <p>Проведено обследование: Общий анализ крови – Эр - 4.0*10¹², ЦП - 1, Г - 140 г/л, Л – 5.0*10⁹, п/я - 1, с/я - 54, э - 2, м - 2, л - 41, СОЭ - 7 мм/час. Общий анализ мочи – количество – 90 мл, цвет – светло-желтый, прозрачная, удельный вес – 1015, белок – 0, сахар – 0, слизь – +, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – 0 в поле зрения, эпителий – 5-7 в поле зрения. Биохимический анализ крови – Калий - 4,35ммоль/л, Натрий - 142 ммоль/л, мочевины – 5,5 ммоль/л, креатинин – 98 мкмоль/л, Глюкоза - 5,73 ммоль/л, общий холестерин - 5,0ммоль. На ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 72 удара в минуту, электрическая ось сердца горизонтальная. Эхокардиографическое исследование: Конечный диастолический размер левого желудочка 4,8 см (норма 4,0-4,8 см). Конечный систолический размер левого желудочка 2,8 см. (норма 2,2-2,8 см) Задняя стенка левого желудочка – 0,9 (норма 0,61-0,97) см; Межжелудочковая перегородка – 0,9 (норма 0,61-0,97) см; Левое предсердие 3,3 см (норма 2,25-3,31 см). Фракция выброса – 65% (норма более 60%) Аорта – 2,8 см (норма 2,10-2,82); аортальная регургитация – нет. Суточное мониторирование артериального давления: Из 68 измерений АД – успешных 59. В дневные часы среднее артериальное давление (АД) 140/77 мм рт. ст. В ночные часы среднее АД 124/64 мм рт. ст. Среднее АД за сутки: 137/74 мм рт. ст. Максимальное систолическое АД 158 мм рт. ст., минимальное систолическое АД 105 мм рт. ст. Максимальное диастолическое АД 98 мм рт. ст., минимальное диастолическое АД 51 мм рт. ст. Средняя ЧСС за сутки – 63.</p> |

Вариабельность АД в норме. Показатели нагрузки повышенным давлением за сутки: индекс времени систолического АД 81%, индекс времени диастолического АД 25%. Утренняя динамика (скорость подъема АД) – повышена.

УЗИ почек: Размеры почек: правая – 101x40 мм, паренхима – 14 мм; левая – 106x44 мм, паренхима – 14 мм, структурные; ЧЛ не расширена; КМД сохранена; отток мочи не нарушен; надпочечники чётко не визуализируются
Осмотр глазного дна: Мелкие артерии не изменены, вены нормального диаметра.

- Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите факторы риска в развитии заболевания у данного пациента.
3. Назначьте лечение пациенту.
4. Определите дальнейшее диспансерное наблюдение, группу здоровья и прогноз для жизни и здоровья.

Задача 10.

Больная Г., 6 лет, вес 21 кг, рост 122 см, славянской национальности, обратилась к педиатру с жалобами на повышение температуры до 39,0°C, боль в горле, общее недомогание, высыпания на волосистой части головы и по телу распространенного характера.

Объективно: ЧД – 18 в мин., ЧСС – 87 уд./мин. Кожные покровы бледно-розовые, с распространенными папулезно-везикулезными элементами (волосистая часть головы, лицо, шея, грудная клетка, спина, единичные на конечностях; на слизистой полости рта и наружных половых органов). Суставы без видимых деформаций и изменений. Периферические лимфатические узлы (шейная, подмышечная, паховая группа) II-III размера, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации. В зеве гиперемия, единичные эрозивные элементы. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень+1см от края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления без особенностей.

Из данных анамнеза: девочка от 1-й беременности, протекавшей на фоне рецидивирующей пиодермии, первых срочных родов. Вес при рождении — 3150 г. Период новорожденности протекал без особенностей. Физическое и психомоторное развитие соответствовало возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают острые респираторные вирусные инфекции, краснуху. Профилактические прививки проведены по календарю. Три месяца назад девочка остро заболела с повышением температуры тела до 38,5°C, с появлением боли и припухлости в правом голеностопном суставе и 2-го пальца правой стопы. Была госпитализирована и проходила лечение с установленным диагнозом: Ювенильный ревматоидный артрит, суставная форма, олигоартрит, серонегативный по ревматоидному фактору. На фоне лечения (НПВС, препараты кальция, бетаметазон внутрисуставное введение) отмечалась положительная динамика: ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой. В течение последующих 2 месяцев состояние и самочувствие девочки оставалось удовлетворительным. В качестве терапии девочка ежедневно получает ацетилсалициловую кислоту в суточной дозе 4 г (в таблетках, в три приема после еды). Три дня назад девочка пожаловалась на общее недомогание, боль в горле, отмечалось повышение температуры до фебрильных цифр, затем на следующий день появились распространенные везикулезные высыпания. Неделю назад у ребенка был контакт с ребенком, больным ветряной оспой.

Проведено обследование:

Общий анализ крови – Эр - 2.6*10¹², ЦП - 0.82, Г - 120 г/л, Л - 7.6*10⁹, п/я - 3, с/я - 45, э - 1, м - 3, л - 49, СОЭ - 15 мм/час.

Кровь С-реактивный белок – слабо-положительный (+).

Общий анализ мочи – количество – 90 мл, цвет – светло-желтый, мутность – прозрачная, удельный вес – 1022, белок – 0, сахар – 0, слизь – 0, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 0 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения.

- Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте лечение пациенту.
3. Определите дальнейшую тактику наблюдения.

| | |
|--|--|
| | <p style="text-align: center;">Задача 11.</p> <p>Девочка 3., 13 лет, поступила на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4-х месяцев, повышенную утомляемость, высыпания на лице, периодически субфебрильную температуру до 37,3–37,8 °С.</p> <p>Анамнез заболевания: начало заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета девочка отдыхала летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания росла и развивалась нормально, болела 2–3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.</p> <p>При поступлении состояние средней тяжести. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа бледная. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице, ладонный капиллярит. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов, движения в полном объеме. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС - 68 уд./мин., шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.</p> <p>Общий анализ крови: эр. - 3,2х10¹²/л, Нв - 92 г/л, тромб. - 90х10⁹/л, лейкоц. - 2,5х10⁹/л, э - 2%, п/я - 2%, с - 62%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 45 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: относительная плотность мочи - 1012, белок - 0,33 мкг/л, лейкоциты - 3–4 в п/з, эритроциты - 20–25 в п/з.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 63 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа1- - 5%, альфа2- - 12%, бета- - 5%, гамма- - 32%, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л.</p> <p>Проба Зимницкого: относительная плотность мочи: 1006–1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460. Клиренс по эндогенному креатинину - 80 мл/мин.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обоснуйте предварительный диагноз. 2. Какое дополнительное обследование необходимо провести больной? |
| <p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Болезни органов дыхания у детей»</p> | <p style="text-align: center;">Задача 12</p> <p>Мальчик 2 лет 8 месяцев госпитализирован в стационар.</p> <p>Жалобы: На фебрильную лихорадку, отказ от еды.</p> <p>Анамнез заболевания: Лихорадка до 39,7°С в течение 4 дней. С первых суток болезни умеренный насморк. Со второго дня болезни ухудшилось самочувствие, стал меньше есть, тогда же педиатром назначен азитромицин в дозе 10 мг/кг/сут. Через сутки была проведена смена антибиотика на цефиксим в дозе 8 мг/кг/сут. В связи с сохранением лихорадки и отказом от еды ребенок госпитализирован</p> <p>Анамнез жизни</p> <p>Родился доношенным, находился на грудном вскармливании, далее адекватное введение прикорма. Психомоциональное и физическое развитие по возрасту. Аллергологический анамнез – не отягощен. Семейный анамнез – не отягощен. Вакцинирован согласно Национальному календарю прививок. Посещает детский сад.</p> <p>Объективный статус</p> <ul style="list-style-type: none"> • состояние средней тяжести • достаточного питания • выраженная раздражительность, капризность • лихорадка 39,3°С. SpO₂ – 95% • умеренная гиперемия конъюнктив, слизистое отделяемое из носа • отоскопия – без патологии • лимфатические узлы не увеличены |

- частота дыхания 50 в минуту, без участия вспомогательной мускулатуры, редкий непродуктивный кашель
- в легких дыхание жесткое, укорочение и единичные хрипы справа в аксиллярной области
- по другим органам и системам без изменений

Результаты обследования

Общий анализ крови

| Показатель | Значение | Норма |
|--------------------------------------|----------|-----------|
| Гемоглобин (Hb, г/л) | 121 | 110-140 |
| Эритроциты (RBC $\times 10^{12}$ /л) | 4,19 | 3,7-5,3 |
| Цветовой показатель (MCHC,%) | 88 | 0,85-1,15 |
| Ретикулоциты (RTC,%) | 4 | 3-15 |
| Лейкоциты (WBC $\times 10^9$ /л) | 22,11 | 6-12 |
| Нейтрофилы (%) | 76,4 | 30-33 |
| Моноциты (%) | 5 | 4-10 |
| Эозинофилы (EOS,%) | 1,1 | 1-5 |
| Лимфоциты (LYM,%) | 17,5 | 45-70 |
| Тромбоциты (PLT $\times 10^9$ /л) | 268 | 180-400 |
| СОЭ (ESR,мм/ч) | 26 | 4-12 |

Исследование уровня С-реактивного белка

255,7 мг/л (норма не более 5 мг/л)

Исследование уровня прокальцитонина

9,2 нг/мл (норма менее 0,05 нг/мл)

Бактериологическое исследование крови

Streptococcus pneumoniae обильный рост

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография органов грудной клетки

Очагово-инфильтративные изменения в паренхиме верхней доли правого легкого. Усиление легочного рисунка с двух сторон по смешанному типу. Стенки бронхов подчеркнуты, не утолщены. Сердце обычной формы и размеров. Контуры четкие. Купола диафрагмы ровные, четкие. Синусы свободны.



Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проанализируйте стартовую антибактериальную терапию, укажите причины ее неэффективности.
3. Выберите препараты для этиотропной и патогенетической терапии, путь его введения и длительность терапии.
4. Показано ли диспансерное наблюдение после перенесенной инфекции при данном заболевании, если да, уточните его продолжительность.

Задача 13.

Больной, 4 года. Жалобы на приеме: подъем температуры до 38°C в течение 3-х дней, снижается на фоне приема парацетамола, кашель сухой, снижение аппетита, вялость, слабость, головокружение, боль в правом подреберье. Из анамнеза: посещает детский сад, занимается плаванием. В семье больных нет. При осмотре: ребенок вялый, температура 38,20С. Дыхание шумное. Катаральных изменений нет. Носовое дыхание свободное. Кашель

| | |
|---|---|
| | <p>малопродуктивный. ЧД - 38 в 1 мин. Кожа бледная. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. В легких дыхание проводится по всем полям, жесткое. Выслушиваются сухие рассеянные хрипы, ослабление дыхания справа в подлопаточной области. Перкуторно - притупление легочного звука справа по задней поверхности под углом лопатки. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме.</p> <p>Общий анализ крови: эр. - 4,8 x 10¹²/л, Нв - 120 г/л, лейкоц. - 15,2 x 10⁹/л, э - 2%, с - 65%, п - 10%, л - 20%, м - 5%, СОЭ - 20 мм/ч.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Определите дальнейшую тактику ведения больного. 3. Какие дополнительные исследования должны быть проведены? 4. Предположите этиологический фактор заболевания. <p style="text-align: center;">Задача 14</p> <p>Вызов на дом к ребёнку 5,5 лет.</p> <p>Жалобы: Повышение температуры тела до 38,9°С, выраженные боли в горле, снижение аппетита.</p> <p>Анамнез заболевания: Ребенок заболел остро, сутки назад. Заболевание началось с вышеперечисленных жалоб. Дома все здоровы.</p> <p>Анамнез жизни: Мальчик единственный ребенок в семье, от молодых здоровых родителей. В возрасте 3 лет ребенок оформлен в детский сад. Острыми респираторными заболеваниями болеет редко. На диспансерном учете не состоит.</p> <p>Объективный статус: Физическое развитие: рост–121 см, масса тела–24,5 кг, окружность грудной клетки–60см. Состояние средней степени тяжести за счет интоксикационного синдрома. Самочувствие: страдает – беспокоит боль в горле, снижен аппетит, отмечается общая слабость. Кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые чистые, в зеве яркая отграниченная гиперемия. Миндалины гипертрофированы, отечные, с большим количеством гнойных фолликулов. Губы сухие. Подчелюстные лимфоузлы увеличены в размерах до 1-1,5 см, слегка болезненные, с кожей и подкожной клетчаткой не спаяны. Носовое дыхание свободно. В легких перкуторно определяется ясный легочный звук.</p> <p>Аускультативно дыхание везикулярное. ЧДД–28 в 1 мин. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 110 в 1 мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Стул 1 раз в сутки.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Какие необходимо провести методы диагностики для уточнения диагноза. 3. В каких условиях необходимо осуществлять лечение (амбулаторных, стационарных педиатрического или инфекционного отделения, дневного стационара)? 4. Назначьте пациенту лечение. В каких случаях показано проведение антибактериальной терапии, укажите препарат выбора, определите длительность терапии. 5. Показано ли диспансерное наблюдение после перенесенной инфекции при данном заболевании, если да, уточните его продолжительность. |
| <p>Б 1.Б.6.5 Раздел 5 «Детская неврология»</p> | <p style="text-align: center;">Задача 15</p> <p>Девочка Н., 1 год 10 месяцев, от здоровых родителей, от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом 1-ой половины, срочных родов, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. Закричала сразу. В детской поликлинике наблюдалась нерегулярно, так как часто была с матерью в деревне у бабушки. Девочка находилась на грудном вскармливании до 6 месяцев, затем переведена на искусственное. Ела с аппетитом, иногда срыгивала, стул был нормальный. Временами</p> |

отмечалась вялость ребенка, повышенная потливость, особенно по утрам. В 4 месяца впервые появились судороги (замирание, вздрагивание). Получила курс лечения фенобарбиталом - без эффекта. В дальнейшем отмечалось 10 эпизодов "замираний", приступы повторялись в ранние утренние часы, после длительного перерыва в кормлениях. Масса тела в возрасте 1 года – 8500 г, рост 72 см. Во время оформления ребенка в

ясли у девочки выявлено резкое увеличение размеров живота, гепатомегалия (нижний край печени определялся на уровне гребней подвздошных костей).

При осмотре в возрасте 1 года 10 месяцев масса тела ребенка 10500г., рост 74 см. Обращают на себя внимание: «кукольное лицо», короткая шея, увеличенный живот за счет гепатомегалии. Край печени выступает из-под реберной дуги на + 5 см по правой переднеаксиллярной, +6 см по правой среднеключичной, +6 см по правой парастернальной, +7,5 см по срединной, +7 см по левой парастернальной, +7см по левой среднеключичной линиям, плотноэластической консистенции. Кожные покровы обычной окраски, венозная сеть на передней брюшной стенке не выражена. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД 28 в 1 минуту.

Тоны

сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 уд/мин. Нервно-психическое развитие соответствует

возрасту. Маркеры гепатитов: отрицательные.

ОАК и ОАМ в пределах нормы.

Биохимия крови

| Наименование | Нормы | Результат |
|---------------------------|---------------|-----------|
| Общий белок, г/л | 57 - 82 | 75 |
| Альбумин, г/л | 32 - 52 | 53 |
| Азот мочевины, ммоль/л | 3,2 - 8,2 | 3,9 |
| Креатинин, мг/дл | 0,5-1,3 | 0,7 |
| АЛТ, ед/л | 0 - 40,0 | 167 |
| АСТ, ед/л | 0 - 40,0 | 224 |
| ГГТ, ед/л | 0-73,0 | 127 |
| Мочевая кислота, мкмоль/л | 143,0 - 420,0 | 381 |
| Лактатдегидрогеназа, ед/л | 240,0 - 480,0 | 745 |
| Холестерин, мкмоль/л | 2,5 - 6,2 | 9,3 |
| Глюкоза, ммоль/л | 4,1 – 5,9 | 4,9 |

УЗИ брюшной полости: Увеличение всех отделов печени, больше правых, эхогенность умеренно повышена, диффузная эхогенность,

| | |
|--|---|
| | <p>сетчатость печеночного рисунка. Воротная вена 8 мм, стенки ветвей уплотнены, печёночные вены –3-х фазный кровоток.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз? 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести? 4. Нарушения каких видов обмена лежат в основе этого заболевания? 5. Чем объяснить судорожные состояния у ребенка? 6. Основные принципы лечения? <p style="text-align: center;">Задача 16</p> <p>Во время репетиции школьного хора девочка П., 8 лет, стала жаловаться на слабость, головокружение, тошноту, а затем потеряла сознание. Со слов одноклассников известно, что девочка 3 дня назад упала на катке. После падения чувствовала себя удовлетворительно, эпизодов потери сознания не было. Накануне вечером жаловалась на головную боль.</p> <p>На диспансерном учёте не состоит. Острыми заболеваниями болеет редко. Срочно был вызван школьный врач. При осмотре девочка без сознания.</p> <p>Температура тела 36,3°C. Кожные покровы бледные, холодный пот. Слизистые чистые, бледные. Дыхание поверхностное, ЧД – 20 в мин. При аускультации в лёгких везикулярное дыхание, проводится равномерно. Границы сердца не расширены. Верхушечный толчок определяется по левой срединно-ключичной линии в пятом межреберье, ослаблен. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов нет. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 66 в мин. АД – 80/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги.</p> <p>Неврологический статус: анизокория (мидриаз слева), положительный рефлекс Бабинского справа, симптомы Брудзинского, Кернига отрицательные.</p> <p>Задание</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предполагаемый диагноз. 2. Может ли данное состояние угрожать жизни ребенка? 3. Какие действия должен предпринять школьный врач? 4. Неотложные мероприятия и тактика бригады «скорой помощи». 5. Нуждается ли ребенок в госпитализации? 6. Какие исследования необходимо провести ребенку? 7. Каковы причины и патогенез развития данного состояния? 8. Охарактеризуйте клиническую картину острого периода черепно-мозговой травмы. 9. В каких рекомендациях нуждаются ребенок и родители? 10. План дальнейшего наблюдения за ребенком. |
| <p>Б 1.Б.6.6 Раздел 6 «Болезни органов кроветворения у детей»</p> | <p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 17.</p> <p>Девочка подросток 17 лет обратилась в поликлинику к участковому педиатру</p> <p>Жалобы на слабость, плохую успеваемость в школе, ночную потливость, сердцебиение, округлое образования над ключицей, в подмышечных областях, левом и правом паху, отечность нижней конечности справа, ежевечерние подъемы температуры до 37,4°C, потерю веса, кашель с отделением слизистой</p> |

мокроты.

Анамнез заболевания. Считает себя больной в течение 2,5-х месяцев, когда впервые отметила появление слабости, повышенной ночной потливости и округлых, безболезненных образований над ключицей справа, в подмышечных и паховых областях с обеих сторон. В это время семья находилась на даче. Обратилась к врачу, когда уже длительно сохранялась субфебрильная температура, усилилась слабость. появилось сердцебиение. Последнюю неделю до обращения появился кашель с отделением светлой мокроты. За два месяца девочка похудела на 8 кг.

Анамнез жизни

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологически. Роды нормальные, в срок. Масса 3750 гр., длина 52 см. Привита в соответствии с Нац.календарем по возрасту. Туб. анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез на прием продуктов, лекарственных препаратов не отягощен. Отмечается аллергия (ринит) на цветение березы, трав в апреле-мае. Травмы: нет. Операции: нет. Гемотрансфузии не проводились. Перенесенные заболевания: ОРВИ до 3-х р/год. Детские инфекции: ветряная оспа +, краснуха +. На Д-учете у узких специалистов не состоит. Наследственность: со слов матери, не отягощена.

Объективный статус



Состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, чистые от инфекционной и аллергической сыпи, влажные. Пальпируются шейные лимфоузлы до 2,0 см; подмышечные и паховые лимфоузлы до 2,0-2,5 см в диаметре средней степени плотности, безболезненные, эластичные. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. ЧСС – 105 ударов в мин. АД 130 и 75 мм рт. ст. Зев слегка гиперемирован. Язык обложен белым налетом у корня. Живот, мягкий, безболезненный, чувствителен при пальпации в правом и левом подреберьях. Печень выступает на 3 см ниже реберной дуги, селезенка пальпируется ниже края левой реберной дуги на 2см. Стул оформленный. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

| Показатель | Результат | Норма | Единицы измерения |
|-----------------|-----------|-------|-------------------|
| Лейкоциты | 12,1 | 4,5-9 | тыс/мкл |
| Палочкоядерные | 7 | 1-5 | % |
| Сегментоядерные | 52 | 45-60 | % |
| Эозинофилы | 0 | 0,5-5 | % |
| Базофилы | 1 | 0-1 | % |

| | | | |
|---------------------|------|-----------|---------|
| Лимфоциты | 27 | 25-40 | % |
| Моноциты | 13 | 6-13 | % |
| Эритроциты | 2,1 | 4,1-4,5 | млн/мкл |
| Гемоглобин | 65 | 120-150 | г/л |
| Цветовой показатель | 0,89 | 0,80-1,02 | - |
| Тромбоциты | 67 | 180-320 | тыс/мкл |
| СОЭ | 36 | 2-10 | мм/ч |

Биохимический анализ крови

| Наименование | Нормы | Результат |
|----------------------------|---------------|-----------|
| Общий белок, г/л | 57 - 82 | 63,8 |
| Альбумин, г/л | 32 - 52 | 40,4 |
| Азот мочевины, ммоль/л | 3,2 - 8,2 | 5,9 |
| Креатинин, мг/дл | 0,5-1,3 | 0,82 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 – 21,0 | 28,9 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 0,0 - 5,0 | 8,3 |
| АЛТ, ед/л | 0 - 40,0 | 29 |
| АСТ, ед/л | 0 - 40,0 | 39 |
| ГГТ, ед/л | 0-73,0 | 12 |
| Щелочная фосфатаза, ед/л | 70,0 - 360 | 57 |
| Мочевая кислота, мкмоль/л | 143,0 - 420,0 | 381 |
| Лактатдегидрогеназа, ед/л | 240,0 - 480,0 | 745 |
| Железо сыворотки, мкмоль/л | 9,0 - 30,4 | 32,3 |
| Трансферрин, г/л | 2,00 - 3,60 | 3,5 |
| % насыщения железом | 20 - 55 | 32 |
| Ферритин, нг/мл | 15,0 - 300,0 | 330 |
| Глюкоза, ммоль/л | 4,1 – 5,9 | 4,9 |

Результаты инструментальных методов обследования

Биопсия лимфоузла с морфологическим исследованием

Биопсия правого надключичного подмышечного лимфоузла: Структура исследуемого лимфатического узла нарушена за счет опухоли, состоящей из

| | |
|--|---|
| | <p>крупных и гигантских атипичных одно- и многоядерных клеток типа Ходжкина и Березовского-Штенберга, расположенных на фоне реактивной клеточной инфильтрации из малых лимфоцитов, макрофагов, гистиоцитов, эозинофилов.</p> <p>КТ органов грудной и брюшной полости</p> <p>При компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки выявляются множественные яремные лимфоузлы, все группы средостенных лимфоузлов размером до 2,0 см. Стенки бронхов утолщены, уплотнены.</p> <p>При КТ органов брюшной полости печень не увеличена, спленомегалия (селезенка до 193x64 мм), выявляются увеличенные лимфоузлы в воротах печени, селезенки, парааортальные лимфоузлы до 43x43мм.</p> <p>Морфологическое исследование костного мозга (трепанобиопсия):</p> <p>Костномозговые полости диффузно выполнены лимфоидными клетками. Элементы нормального гемопоэза в резко сниженном количестве.</p> <p>Электрокардиограмма</p> <p>Синусовый ритм, с ЧСС 80 ударов в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте диагностические критерии. Какое дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? 2. Определите тактику ведения пациента. 3. Определите группы препаратов, которые используют в терапии данного заболевания. 4. Определите прогноз для жизни и здоровья. |
| <p>Б 1.Б.6.7 Раздел 7 «Детская гастроэнтерология»</p> | <p style="text-align: center;">Задача 18</p> <p>Девочка Н., 9 лет, поступила с жалобами на боли в верхней половине живота вскоре после приема пищи (сразу или через 10 - 15 минут), иногда сильные, иногда умеренные, но кратковременные. Периодически возникает отрыжка воздухом, пищей или "тухлым", имеется неприятный запах изо рта, отмечается урчание в животе, неустойчивый стул, изредка беспокоит тошнота. Ребенок болен в течение 3-х лет. Лечилась только амбулаторно с временным эффектом. Объективно: девочка пониженного питания, с суховатыми бледно-серыми кожными покровами. Язык обложен беловатым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпации отмечается болезненность по всей поверхности эпигастрия, с иррадиацией в левое и правое подреберья. Поколачивание в эпигастрии болезненно, вызывает даже тошноту.</p> <p>Проведено обследование: в общем анализе крови - Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 98 г/л. Общий анализ мочи без патологии.</p> <p>ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие должны быть проведены дополнительные исследования для уточнения диагноза? 3. Назовите принципы терапии заболевания. <p style="text-align: center;">Задача 19</p> <p>Девушка 17 лет с мамой на приеме у участкового педиатра.</p> <p>Жалобы: Жидкий стул до 6-8 раз в день (ночью стула нет), малыми порциями, с примесью алой крови практически во всех порциях, тенезмы, боли в животе с тенденцией к усилению перед актом дефекации, метеоризм. Последние дни температура $37,5^{\circ}C$, присоединилась слабость. Аппетит несколько снижен, за последние полгода похудела на 7 кг. Беспокоят высыпания на коже нижних</p> |

конечностей.

Анамнез заболевания: Неустойчивый стул отмечает на протяжении последних 1,5 лет, расценивала как «пищевые отравления» по 5-7 дней каждые 2-3 месяца, связывала со стрессовой ситуацией в школе, нарушением режима питания, частым употреблением фастфуда, нерегулярным питанием. Самостоятельно принимали мезим, дротаверин с нестойким положительным эффектом.

Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Учится в 11 классе, готовится к поступлению в институт. Перенесенные заболевания и операции: сотрясение головного мозга в возрасте 11 лет. Узкими специалистами не наблюдается. Наследственность: мать страдает сахарным диабетом 2 типа, у бабушки по линии матери аутоиммунный тиреоидит. Аллергоанамнез неотягощен. Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не состояла, последние 6 месяцев за пределы России не выезжала.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС – 88 уд/мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, несколько обложен светлым налетом. Живот симметричный, несколько вздут, мягкий, при пальпации незначительно болезненный в обеих подвздошных областях, больше слева, урчит при пальпации перитонеальных знаков нет. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Общий анализ крови – Эр - 3.8*10¹², ЦП - 0,84, Г - 102 г/л, Тр – 290*10¹², Л – 10.0*10⁹, п/я - 2, с/я - 69, э - 2, м - 1, л - 26, СОЭ - 29 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ- 18 Ед/л, АСТ -22 Ед/л, Белок общий - 62 г/л, Билирубин общий - 6,2 мкмоль/л, сывороточное железо - 6,2 мкмоль/л, Калий - 3,7 ммоль/л, Натрий -140 ммоль/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, Глюкоза - 4,73 ммоль/л, общий холестерин - 3,7ммоль, СРБ-12,00 мг/л.

Фекальный кальпротектин - 510 (норма 0-50).

Колоноскопия и илеоскопия с биопсией. Просвет подвздошной кишки свободен, структура ворсин сохранена, складки циркулярные, невысокие, слизистая оболочка розового цвета, бархатистая. Баугиниевая заслонка полиповидной формы, устье линейной формы, обращено в просвет слепой кишки, устье червеобразного отростка округлой формы. Слизистая оболочка прямой, сигмовидной, нисходящей и левой половины поперечно-ободочной кишки умеренно гиперемирована с подслизистыми кровоизлияниями. На слизистой оболочке фибриновые наложения и плоские изъязвления неправильной формы, покрытые гноем и фибрином. Слизистая оболочка правых отделов ободочной кишки не изменена, сосудистый рисунок сохранён, гаустрация выражена.

Гистологическое заключение: полиморфноклеточная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки толстой кишки.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается. В просвете желудка жидкость и слизь. Складки выражены, хорошо раздуваются при инсuffляции. Слизистая в антральном отделе умеренно отечна, очагово гиперемирована. Привратник сомкнут, проходим. Луковица обычной формы и величины, слизистая ее не изменена.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте основной диагноз и осложнения.
2. Какие возможные осложнения могут развиваться при данном состоянии?
3. Назначьте лечение пациенту, определите сроки и критерии эффективности терапии. Выбор терапии в случае неэффективности стартового лечения.
4. Определите дальнейшее диспансерное наблюдение, группу здоровья и прогноз для жизни и здоровья.

Задача 20

На приеме у участкового педиатра школьник 17 лет

Жалобы: диарея до 4-х раз в сутки, стул без примеси крови и слизи. Постоянные, неинтенсивные боли в правой подвздошной области, субфебрилетет (37,3 - 37,5°С)

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые почувствовал резкие боли в подвздошной области и был экстренно госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом «острый живот».

Диагноз был исключен. Боли купированы спазмолитиками, пациенту был

выписан под амбулаторное наблюдение с диагнозом «кишечная колика». Через неделю после выписки из стационара боли появились вновь, неинтенсивные, локализованные в правой подвздошной области, затем присоединилась диарея до четырех раз в сутки, мальчик стал терять вес. На протяжении 5 месяцев лечился в частной клинике с диагнозом «синдром раздраженного кишечника». Получал курсы пробиотиков, спазмолитиков, ноотропы без заметного эффекта. Обратился в поликлинику по месту жительства в связи с неэффективностью лечения через 6 месяцев от начала заболевания.

Объективный статус: состояние удовлетворительное. Рост 174 см, вес 54 кг, индекс массы тела 17,8 кг/м². Кожные покровы бледные, чистые, умеренной влажности и эластичности. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно, распределен равномерно. Кожа чистая, обычной влажности. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, звонкие, ритмичные. ЧСС 85 в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом у корня. Живот правильной формы, мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Со слов ребенка стул был сегодня трижды, неоформленный коричневого цвета. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Анамнез жизни: ребенок от I физиологически протекавшей беременности. Роды I срочные, физиологичные. Масса тела при рождении 3000 г, длина 50 см. Рос и развивался соответственно возрасту. На грудном вскармливании до 3 мес, далее искусственное, прикормы введены в 5 мес. (гречневая каша и кабачок). С 1 года питается с общего стола. Диеты и режима питания не придерживается. Прививки выполнены по возрасту в соответствии с Национальным календарем.

Перенесенные заболевания и операции: ветряная оспа в возрасте 5 лет, аденотомия в возрасте 7 лет. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность отягощена: дядя по линии отца умер в 54 года от кишечной непроходимости (диагноз мама ребенка назвать затрудняется), мама больна псориазом.

Общий анализ крови – Эр - 3.1*10¹², ЦП - 0,94, Г - 115 г/л, Тр – 185*10¹², Л – 4.6*10⁹, п/я - 2, с/я - 64, э - 7, м - 1, л - 25, СОЭ - 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ- 18 Ед/л, АСТ -22 Ед/л, Белок общий - 62 г/л, Билирубин общий - 6,2 мкмоль/л, сывороточное железо - 10,2 мкмоль/л, Калий - 4,7 ммоль/л, Натрий -144 ммоль/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, креатинин – 81 мкмоль/л, СРБ – 8 мг/мл.

Анализ кала на яйца и личинки гельминтов, простейшие и их цисты - отрицательно.

Фекальный кальпротектин - 2262 мкг/г (норма 10-1800 мкг/г).

Рентгенография тонкого кишечника с пассажем бариевой взвеси

Заключение: Стеноз подвздошной кишки. Рекомендована колоноскопия.

Тотальная колоноскопия с илеоскопией

Слизистая оболочка на всем протяжении толстого кишечника не изменена, за Баугиновой заслонкой отмечается небольшое стенозирование терминального отдела подвздошной кишки, слизистая оболочка гиперемирована, напоминает «бульжную мостовую», контактно незначительно кровоточива.

При проведении исследования была взята ступенчатая биопсия слизистой оболочки: 2 образца из подвздошной кишки, и 5 образцов из различных отделов толстой кишки, включая прямую. При проведении морфологического исследования в биоптатах, полученных из подвздошной кишки выявлено: утолщение слизистой, трансмуральное воспаление, микрогранулемы, число бокаловидных клеток и поверхностный эпителий в норме, крипт абсцессов не выявлено. В инфильтрате преобладают лимфоциты, в несколько меньшем количестве определяются плазматические клетки, эозинофилы и сегментоядерные лейкоциты единичны. В остальных образцах морфологических изменений не выявлено. Заключение: Терминальный илеит с морфологическими признаками (Болезни Крона)

ЭГДС: Патологии не выявлено.

Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику оказания медицинской помощи.
3. Назначьте лечение пациенту.

| | |
|---|--|
| | <p>4. Определите дальнейшее диспансерное наблюдение, группу здоровья и прогноз для жизни и здоровья.</p> |
| <p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8 «Детская нефрология»</p> | <p style="text-align: center;">Задача 21.</p> <p>Мальчик 10 лет поступил в больницу с жалобами на головную боль, тошноту, вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи. Раннее развитие без особенностей; до года страдал атопическим дерматитом, после года часто болел ОРВИ, трижды – ангинами. Три недели назад перенес ангину, неделю назад выписан в школу. В течение последних двух дней появились головная боль, тошнота, потеря аппетита, стал мало мочиться, моча была темно-коричневого цвета, мутная. В связи с этими жалобами направлен на госпитализацию. При осмотре ребенок бледный, вялый, жалуется на головную боль. Отмечаются одутловатость лица, отеки на голенях. АД 145/90 мм.рт. ст. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии расширены влево. Тоны приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 58/в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +2,5 см, край мягкий. За сутки выделили 300 мл мочи; моча красно-коричневого цвета, мутная. Общий анализ мочи: относительная плотность 1024, белок 1,5 г/л, эритроциты-измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты –4-6 в поле зрения. Посев мочи – результат отрицательный. Клинический анализ крови: Hb - 105 г/л; лейкоц. - 9,2x19, п/я - 7%, с/я - 71%, эоз. - 1%, лимф. - 18%, мон. - 3%, тромб. - 530x109, СОЭ 25 мм/час Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, мочевины 15 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л, АСЛ:О 1:1000, калий 5,1 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л. УЗИ почек - почки увеличены в размерах, контуры ровные, топка обычная. Дифференцировка слоев паренхимы нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена. Чашечно-лоханочная система без деформаций.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте развернутый диагноз. 2. Как Вы оцениваете функцию почек у больного? 3. Составьте план обследования. 4. Ваша тактика лечения? Показано ли проведение инфузионной терапии? 5. Каков прогноз заболевания? <p style="text-align: center;">Задача 22</p> <p>Девочка 8 лет, поступила в больницу с жалобами на боли в поясничной области и учащенное мочеиспускание. Данные анамнеза: ребенок от I-й беременности, родился в срок. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. Часто болеет ОРВИ. Из дополнительного анамнеза известно, что девочку периодически беспокоят боли в животе; часто на этом фоне повышается температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание. Данные объективного осмотра: при поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, температура 38°С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие. Частота сердечных сокращений 88 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Данные проведенного обследования: Общий анализ крови: Hb – 114 г/л, эр – 4,5x10¹²/л, лейкоц. – 18,5x10⁹ /л, п/я – 10%, с – 70%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 30 мм/час. Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок 0,06 0 /00, лейкоциты – сплошь в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения, бактерии – много. УЗИ МВС: почки расположены правильно, размеры левой почки больше нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон, D – 7 мм, S – 8 мм.</p> |

Подозрение на удвоение левой почки. Мочевой пузырь не наполнен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Необходимость проведения R – урологического обследования.
4. Тактика амбулаторного лечения после выписки и схема диспансерного наблюдения за больной.

Задача 23

В приемное отделение обратилась мама с девочкой 5 лет

Жалобы: на учащенное, болезненное мочеиспускание в течение 2 дней, императивные позывы на мочеиспускание, резкий запах мочи.

Анамнез заболевания: заболела остро, когда появились жалобы на учащённое, болезненное мочеиспускание. Вчера вечером повышение температуры до 37,4°C. Родители вчера вечером самостоятельно дважды дали ацетаминофен и фуразидин 50мг.

Анамнез жизни: Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1-м триместре. Роды 1-е, в срок, путём кесарева сечения. Масса тела при рождении: 3580 гр., длина 56 см. Привита в соответствии с Нац. календарем по возрасту. От кори привита. Туб. анамнез: неотягощен. Аллергологический анамнез: страдает атопическим дерматитом, аллергическая реакция в виде сыпи на шоколад, цитрусовые, арахис, рыбу. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-4 р/год, отит в возрасте 3 лет, ветряная оспа. Состоит на диспансерном наблюдении у гастроэнтеролога по поводу хронического запора.

Объективный статус: Т -36,9°C. ЧСС – 90 уд. в мин. ЧДД – 25 в мин. АД – 90/60 мм рт. ст. Длина тела – 115 см. Масса тела – 22 кг. Состояние ближе к удовлетворительному. Аппетит сохранен. Кожные покровы: бледно-розовые, чистые от инфекционной и аллергической сыпи, сухие. Тургор тканей удовлетворительный. Отеков, пастозности нет. Видимые слизистые: чистые, бледно-розовые, влажные, блестящие. Миндалины чистые от налетов.

Периферические лимфатические узлы: пальпируются мелкие, единичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Дыхание в легких везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны громкие, отмечается небольшая дыхательная аритмия, тихий систолический шум на верхушке. Язык влажный, чистый. Живот обычной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации в надлобной области. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стула за последние сутки не было. Область почек визуально не изменена. Пальпация области почек безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание свободное, болезненное, учащённое. Моча с резким запахом. В конце мочеиспускания сегодня отмечалось появление капельки крови.

Наружные половые органы развиты и сформированы правильно.

Менингеальных симптомов нет.

Общий анализ крови: эр. - 4,4x10¹²/л, Нв - 130 г/л, цв. п. - 0,91, лейко. - 10,1x10⁹/л, э - 1%, п/я - 3%, с - 49%, л - 41%, м - 6%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, относительная плотность мочи - 1012, белок, глюкоза - отсутствуют, эпителий плоский - 1-2 в п/з, лейкоциты – на все п/з, эритроциты – 15 в п/зр, цилиндры – 1-3, слизь - +.

УЗИ почек и мочевого пузыря

ЛЕВАЯ ПОЧКА: Размер средний; 80x31 мм; Положение в типичном месте; Паренхима дифференцирована; ЧЛС не расширена; Сосуды при ЦДК к/ток не изменен; Мочеточник не расширен;

ПРАВАЯ ПОЧКА: Размер средний; 81x32 мм; Положение в типичном месте; Паренхима дифференцирована; ЧЛС не расширена; Сосуды при ЦДК к/ток не изменен; Мочеточник не расширен;

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ: округлой формы, заполнен; Стенки утолщены до 6-7 мм, слоистые; Просвет: взвесь мелкодисперсного осадка в большом количестве;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Косвенные признаки ИМВП.

Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Укажите факторы риска в развитии заболевания у данного пациента.

3. Назначьте лечение пациенту.

4. Определите дальнейшее диспансерное наблюдение, группу здоровья и прогноз для жизни и здоровья.

| | |
|---|---|
| <p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9 «Детская эндокринология»</p> | <p style="text-align: center;">Задача 24</p> <p>Пациентка К, 1 год 8 месяцев. Родилась от 2-й физиологично протекавшей беременности, 2 срочных родов (старший брат, 4г., здоров). Масса тела при рождении 3800 г, рост 52 см. Во время беременности у матери выявлено эутиреоидное увеличение щитовидной железы III степени (по Николаеву). Во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала. В периоде новорожденности у девочки наблюдалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. Из родильного дома выписана на 12 сутки. На первом году жизни отмечалась склонность к запорам, плохая прибавка в весе, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6 месяцев, сидит с 10 месяцев, не ходит. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Рост - 75 см, вес - 9,5 кг. Двигательная активность снижена, мышечная гипотония. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах ("лягушачий" в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка пальпаторно и перкуторно не увеличены. Общий анализ крови: НЬ - 91 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,85, Лейк - $9,0 \times 10^9/л$; нейтрофилы: п/я - 3%, с/я - 30%; э - 1%, л - 57%, м - 8%, СОЭ - 7 мм/час. Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - хорошая; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен. Биохимический анализ крови: глюкоза - 3,8 ммоль/л, остаточный азот - 12,0 ммоль/л, натрий - 135,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 60,2 г/л, холестерин - 8,4 ммоль/л, билирубин общ. - 7,5 мкмоль/л.</p> <p>Задание</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести? 4. Какой из биохимических показателей является наиболее информативным у детей с данной патологией? 5. Назовите основные принципы терапии. 6. Каков прогноз заболевания? |
| | <p style="text-align: center;">Задача 25</p> <p>Ребенок К., 4 дня, от 1-й физиологично протекавшей беременности, срочных родов.</p> <p>При рождении масса 3000 г, рост 51 см. При осмотре выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы),</p> |

гиперпигментация наружных гениталий, белой линии живота.
С 3-го дня состояние ребенка ухудшилось: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия. Сосет вяло, появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Стул жидкий, обычной окраски.
Общий анализ крови: Нб - 115 г/л, Эр - 5,0x10¹²/л, Лейк - 9,5x10⁹/л; нейтрофилы: п/я - 2%, с/я - 50%; э-2%, л-38%, м-8%.
Биохимический анализ крови: общий белок - 55 г/л, холестерин - 4,7 ммоль/л, глюкоза - 4,4 ммоль/л, натрий - 130,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л.
Гормональный профиль: 17-ОПГ – 10 нмоль/л (н- 1,3 – 6,9 нмоль/л); кортизол – 20 нмоль/л (н- 270 – 770 нмоль/л); АКТГ – 20 пмоль/л (н- 2-11 пмоль/л).
Кариотип: 46 XX.
Задание:
1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тип наследования данного заболевания. Какова вероятность рождения больного ребенка в этой семье?
4. В чём причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у девочки?
5. Перечислите необходимые дополнительные методы обследования.
6. Назовите препараты, используемые в качестве заместительной терапии при данном заболевании.

Задача 26

Вызов бригады «Скорой помощи» к мальчику 15 лет в связи с внезапной потерей сознания. Анамнез заболевания: ребенок с 10 лет страдает сахарным диабетом. В течение последних 5 дней после перенесенной о. респираторной инфекции мальчика беспокоили слабость, сонливость, появилась жажда, частое мочеиспускание. Получал в сутки 60 ед. инсулина пролонгированного действия. Объем диуреза за последние сутки неизвестен.
Потеря сознания у ребенка для родителей была внезапной.
При осмотре бригадой «Скорой помощи»: сознание отсутствует, оценка по шкале Глазго – 8 баллов. Кожа дряблая, сухая. Тургор тканей и глазных яблок резко снижен. Запаха ацетона нет. Дыхание поверхностное, учащено. ЧД – 28 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, учащены. ЧСС – 160 уд/мин. АД – 80/40 мм рт.ст. Периодически отмечаются тонико-клонические судороги. Нистагм. Выявляется положительный симптом Бабинского.
Температура тела 38°C. На ЭКГ: синусовая тахикардия.
Задание
1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какой целью применяется шкала Глазго и Глазго-Питсбург?
3. Тактика и алгоритм неотложной помощи.
4. Уровень транспортировки.
5. Дальнейшая тактика обследования и лечения в условиях стационара.

| | <p>6. Возможные осложнения, их профилактика и лечение.</p> <p style="text-align: center;">Задача 27</p> <p>Девочка, 9 лет, страдает сахарным диабетом. Получает утром 20 ЕД инсулина. После введения инсулина, опаздывая в школу, не позавтракала. На первом уроке внезапно появились судороги, потеряла сознание. Кожа влажная, дыхание поверхностное, зрачки расширены, клонико-тонические судороги.</p> <p>Задание</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каковы причины и патогенез развития данного состояния? 2. Может ли данное состояние угрожать жизни ребенка? 3. Какая неотложная помощь требуется? 4. Какова дальнейшая тактика ведения? | | | | | | |
|---|---|------------|-----------|---------|--|--|--|
| <p>Б 1.Б.6.10 Раздел 10 «Поликлиническая педиатрия»</p> | <p style="text-align: center;">Задача 28.</p> <p>На приеме у участкового педиатра мать с девочкой 3 лет. Цель визита – оформление в детский сад Жалобы: Нет Анамнез заболевания: Нет</p> <p>Анамнез жизни: девочка от первой беременности (угроза прерывания в 12, 24 недели, ОРВИ в 24 и 26 нед, анемия 1 степени 28-30 нед). Роды в 36 недель, стремительные. Закричала сразу, оценка по шкале АРГАР 6-7 баллов. К груди приложена на 2-е сутки. Масса при рождении–3050 г, рост–54 см, окружность головы–36 см, груди–35 см. Прививки BCG, V1 ВГ «В» сделаны в родильном доме. На грудном вскармливании до 2 мес, затем смесь «Малютка». На 1-м году жизни диагностирована анемия 1 степени, рахит легкой степени тяжести. С 9 мес до 2 лет сведений нет, т.к. ребенок менял место жительства. С 2 лет болела ОРЗ 4 раза. Вакцинирована по индивидуальному календарю.</p> <p>Генеалогический анамнез: индекс отягощенности – 0,5.</p> <p>Социальный анамнез: Проживает в семье с низким материальным достатком, мать вынуждена выйти на работу. Отец курит. Проживают 4 человека в однокомнатной квартире, санитарно-гигиенические условия удовлетворительные.</p> <p>Объективный статус</p> <p>Физическое развитие: рост – 97 см (5 коридор), масса тела – 14100 г. (4 коридор), окружность головы – 50,0 см (5 коридор), груди – 52,0 см (5 коридор). Нервно-психическое развитие: Ра - говорит предложениями более 3 слов, Ср - подбирает по образцу разнообразные предметы 4 основных цветов, Н – полностью одевается, не умеет застегивать пуговицы, И – элементы ролевой игры, Д – перешагивает через палку, приподнятую от пола на 30-36 см.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Самочувствие хорошее. Appetit хороший, сон глубокий. Температура–36,6° С, ЧДД–30 в 1 мин, ЧСС–108 в 1 мин. Кожные покровы и слизистые чистые. В ротоглотке – угасающая гиперемия. В легких дыхание пуэрильное. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень +1+1+2 см, эластичная, безболезненная. Стул 1 раз в сутки, без особенностей.</p> <p>Результаты лабораторных методов обследования</p> <p>Общий анализ крови</p> <table border="1" data-bbox="534 1960 1225 2022"> <thead> <tr> <th data-bbox="534 1960 798 2022">Показатель</th> <th data-bbox="798 1960 943 2022">Результат</th> <th data-bbox="943 1960 1225 2022">Единицы</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | Показатель | Результат | Единицы | | | |
| Показатель | Результат | Единицы | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | |
|---------------------|------|---------------------------------|
| Эритроциты | 3,9 | $\times 10^{12}/л$ |
| Гемоглобин | 120 | г/л |
| Гематокрит | 36 | % |
| Тромбоциты | 242 | тыс/мкл |
| Лейкоциты | 9,3 | $\times 10^9/л$ (норма до 11,3) |
| Палочкоядерные | 2 | % |
| Сегментоядерные | 34 | % |
| Эозинофилы | 4 | % |
| Лимфоциты | 52 | % |
| Моноциты | 8 | % |
| Базофилы | 0 | % |
| Цветовой показатель | 0,97 | |
| СОЭ | 3 | мм/ч |

Общий анализ мочи

Соломенно-желтая, прозрачная,
 pH-6,2,
 уд.плот. – 1014,
 лейкоциты – 0.6 в п/зр,
 эритроциты – 0 в п/зр (до 1),
 бактерии – отсутствуют,
 белок – норма,
 слизь – 0.5/мкл (до 0,6),
 кристаллы солей – 0,1/мкл (до 0,1),
 кетоновые тела – отрицательно.

Вопросы:

1. Оцените физическое и нервно-психическое развитие, социальный, генеалогический и биологический анамнез, уровень резистентности
2. Какие консультации узких специалистов показаны ребенку.
3. Какие формы медицинской документации оформляются в этом случае?

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

| Шкала оценивания | Критерий оценивания |
|--|----------------------|
| Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% | % ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ |
| Удовлетворительно (3) - 76 – 90% | |
| | 61 – 75 |
| | 76– 90 |

| | |
|--------------------------------------|----------|
| Хорошо (4) -91-100 Отлично (5) | 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 «Педиатрия»

| | | | | | |
|---------------------------------|------------------|---------------------------------|--------------------------|--|--|
| Формируемые компетенции по ФГОС | Т – тестирование | ЗС – решение ситуационных задач | КР – контрольная работа, | С – собеседование по контрольным вопросам. | |
|---------------------------------|------------------|---------------------------------|--------------------------|--|--|

| | | Тесты | Задачи | Вопросы для контрольной работы | Вопросы для собеседования | |
|----|----|--|------------------------|--------------------------------|--|--|
| УК | 1 | 1-231 | 1-28 | 1-22 | 1-85 | |
| ПК | 1 | 231 | 1-28 | 4,5,10,20 | 4,82-85 | |
| | 2 | 22, 231 | 1-30 | 5,10 | 21,23,27,28,30-33,45,48,51,53-55,58-64,66,69,74,85 | |
| | 4 | 1-4, 7-14, 16-21, 23,24, 26,27, 29-34,38, 40-58, 60-62, 64-91, 93, 95-111, 113-129, 131, 133-152, 154-172, 174-186, 188-213, 215, 216, 218-221 | 1-28 | 1-22 | 1-85 | |
| | 5 | 5,6,15,25,35-37, 39,59,63,92,94,112,130,132,153, 173, 187, 214,217, 222 | 1-27 | 1-22 | 1-85 | |
| | 6 | 19,70,73,77,96,97,106,107,172, 192 | 5-9,12,14, 19,20,23,25 | 1-22 | 8,14,19,47, 43, 50 | |
| | 7 | 227,229,230 | 5-7, 9, 17, 21, 24,28 | 4, 9, 13, 22 | 22, 42,82 | |
| | 8 | 1-3,15,65,130,167,228 | 1-28 | 1-22 | 2, 6, 84 | |
| | 9 | 67, 93, 231 | 1-28 | 1-22 | 82,83,85 | |
| | 10 | 15,36,63,112,153,187 | 8, 16, 25, 27 | 9,10, 13, 22 | 17, 28, 33, 34,35 | |

12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕОНАТОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

| | |
|---------------------------------------|--|
| Б 1. В. ОД.1 «Неонатология» | <ol style="list-style-type: none"> 1. Особенности адаптации новорожденного. 2. Функциональная перестройка физиологических систем организма ребенка в первые часы и дни жизни. 3. Механизм первого вдоха. 4. Особенности строения кожи и подкожно-жировой клетчатки. 5. Морфологическое и функциональное развитие нервной системы. Особенности нервной системы у доношенного новорожденного. Оценка неврологического статуса. 6. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у доношенного ребенка. 7. Особенности сердечно-сосудистой системы у новорожденных. Функциональные показатели сердечно-сосудистой системы. 8. Анатомо-физиологические особенности органов кровообращения доношенного ребенка. 9. Становление кровообращения в постнатальном периоде. 10. Анатомо-физиологические особенности системы пищеварения доношенного ребенка. 11. Анатомо-физиологические особенности мочевой системы. |
|---------------------------------------|--|

12. Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы.
13. Анатомо-физиологические особенности органов кроветворения у доношенного новорожденного ребенка.
14. Транзиторные особенности неонатального гемопоэза.
15. Анатомо-физиологические особенности системы гемостаза у доношенного новорожденного ребенка.
16. Тепловой режим.
17. Уход за кожей новорожденного. Ведение пуповинного остатка.
18. Вакцинация новорожденных.
19. Неонатальный скрининг.
20. Вскармливание новорожденного. Первое кормление. Ранее прикладывание к груди.
21. Значение естественного вскармливания для развития ребенка.
22. Состав грудного молока и его отличие от искусственных смесей. Ближайшие и отдаленные последствия искусственного вскармливания
23. Транзиторные дыхательные и гемодинамические расстройства.
24. Нарушения функции тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза у новорожденных.
25. Отечный синдром у недоношенных детей.
26. Транзиторные нарушения обмена у недоношенных детей.
27. Транзиторная гипогликемия.
28. Нарушения обмена кальция, натрия, магния и калия у новорожденных.
29. Транзиторные эндокринные нарушения у недоношенных детей.
30. Оценка физического развития по стандартам Intergrowth'21. Определение степени зрелости. Диагностика внутриутробной гипотрофии.
31. Потеря первоначальной массы тела.
32. Тепловой режим, организация и поддержание термонейтральной среды. Выхаживание в кюветах.
33. Уход за кожей.
34. Позиционная поддержка.
35. Контроль неощутимых потерь жидкости.
36. Обезболивание инвазивных манипуляций у новорожденных.
37. Уход за катетерами, зондами.
38. Транспортировка новорожденных детей.
39. Профилактика тяжелых ВЖК, БЛД, НЭК.
40. Интеграция родителей в работу неонатальных отделений, принципы «открытой реанимации».
41. Респираторный дистресс-синдром.
42. Врожденные пневмонии. БЛД.
43. Поражение ЦНС: гипоксические, травматические внутрижелудочковые и субарахноидальные кровоизлияния
44. Постгеморрагическая гидроцефалия. Менингиты и

| | |
|--|---|
| | <p>менингоэнцефалиты.</p> <p>45. Внутриутробные инфекции.</p> <p>46. Гнойно-септические заболевания.</p> <p>47. Бактериальный сепсис новорожденных.</p> <p>48. Заболевания желудочно-кишечного тракта.</p> <p>49. Условия и правила обогащения грудного молока.</p> <p>50. Специализированные смеси для вскармливания недоношенных.</p> |
|--|---|

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

| | |
|---|---|
| <p align="center"><i>Б. I. В. ОД. I</i> «Неонатология»</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Особенности водно-электролитного обмена. 2. Обмен углеводов и жиров у новорожденного. 3. Особенности белкового обмена. 4. Особенности кислотно-основного баланса. 5. Билирубиновый обмен у новорожденного. 6. Терморегуляция у новорожденного ребенка. 7. Выявление новорожденных групп высокого риска. 8. Определение гестационного возраста. 9. Определение степени морфофункциональной зрелости. 10. Оценка физического развития новорожденного. 11. Особенности ранней адаптации новорожденных групп высокого риска. 12. Особенности адаптации детей: перенесших интранатальную асфиксию, 13. Особенности адаптации детей: с синдромом задержки роста плода, 14. Особенности адаптации детей: родившихся путем операции кесарево сечение, от многоплодной беременности. 15. Характеристика недоношенного ребенка. 16. Минимальный возраст жизнеспособности. 17. Смертность и заболеваемость детей с ОНМТ И ЭНМТ. 18. Трехуровневая система оказания помощи недоношенным детям. 19. Динамика показателей постнатального роста и развития с учетом постконцептуального возраста. 20. Систематический подход к оценке тяжести состояния недоношенного ребенка. 21. Стратегии развивающего ухода. 22. Малоинвазивные методы обследования детей с ОНМТ И ЭНМТ. 23. Некротизирующий энтероколит. 24. Ранняя анемия недоношенных детей. 25. Открытый функционирующий артериальный проток. 26. Остеопения недоношенных детей. 27. Ретинопатия недоношенных |
|---|---|

Банк тестовых заданий (с ответами):

| | |
|---|--|
| <p>Б 1. В. ОД.1 «Неонатология»</p> | <p>1. В день вакцинации БЦЖ другие парентеральные манипуляции ребенку</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ не проводят ➤ проводят через час ➤ проводят одномоментно ➤ проводят через 6 часов <p>2. Ранняя анемия недоношенных новорожденных является</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ нормохромной, нормоцитарной ➤ гиперхромной, макроцитарной ➤ нормохромной, микроцитарной ➤ гипохромной, нормоцитарной <p>3. Важное диагностическое значение при везикулопустулезе имеет _____ исследование содержимого пузырей</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ бактериологическое ➤ иммунофлюорисцентное ➤ иммуноферментное ➤ полимеразное цепное <p>4. Наиболее распространенной клинической формой ОРВИ у новорожденных детей является:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ бронхиолит ➤ ларингит ➤ трахеит ➤ бронхит <p>5. Для неонатального сепсиса наиболее характерно нарушение КОС по типу:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ алактат-ацидоза ➤ алкалоза ➤ респираторного ацидоза ➤ кетоацидоза <p>6. Под рефлексом Бабкина понимают врожденный рефлекс новорожденного, относящийся к оральным сегментарным автоматизмам, определяемый</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ при надавливании большим пальцем на область обеих ладоней одновременно, ближе к тенару, в результате происходит открывание рта и сгибание головы ребенка ➤ поглаживанием в области угла рта, в результате происходит опускание губы, отклонение языка и поворот головы в сторону раздражителя ➤ при введении указательного пальца в рот на 3-4 см- ребенок делает ритмичные сосательные движения. ➤ при быстром ударе пальцем по губам- происходит вытягивание губ вперед <p>7. Особо высокую группу риска по инфицированию вирусом гепатита В представляют новорожденные</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ родившиеся у матерей- носителей вируса и больных |
|---|--|

гепатитом В

- родившиеся у ВИЧ-инфицированных матерей
- перенесшие гемотрансфузию карантинизированной эритроцитарной массой
- с экстремально низкой массой тела при рождении

8. Рефлекс Моро физиологичен до _____ месяцев, затем он угасает

- 5
- 6
- 3
- 10

9. Прикладывание к груди недоношенных детей невозможно при наличии

- **постконцептуального возраста менее 32 недель**
- центрального венозного катетера
- постконцептуального возраста 34 недели
- потребности в фототерапии

10. Порядок оказания неонатологической медицинской помощи устанавливает правила оказания неонатологической медицинской помощи (медицинской помощи новорожденным) в период от рождения до _____ жизни

- **полных 28 суток**
- двух месяцев
- одного года
- полных 31 суток

11. Открытый артериальный проток является фактором риска развития

- **bronхолегочной дисплазии**
- синдрома внутрисосудистого свертывания крови
- высокой легочной гипертензии
- внутрижелудочкового кровоизлияния

12. Противопоказанием к вакцинации БЦЖ является

- **ВИЧ-инфекция у матери**
- недоношенность с массой тела при рождении менее 3500
- задержка внутриутробного развития
- гестационный сахарный диабет у матери

13. У новорожденного ребенка клиника постгеморрагического шока может развиваться при кровопотере

- **10% объема циркулирующей крови**
- 3-5 мл
- 1-3% объема циркулирующей крови
- менее 8% объема циркулирующей крови

14. После завершения фототерапии при уровне билирубина в пределах нормы ребенок может быть выписан домой через (в часах)

- 12
- 24
- 6
- 48

15. Под ранней неонатальной смертностью подразумевают:

- **число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных**
- число детей, умерших в течение первых 24 часов жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми
- число детей, умерших в течение первых полных 10 суток (9 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми
- число детей, умерших в течение первых 24 часов жизни из 1000 живорожденных

16. Укажите наиболее частую причину истинного врожденного стридора:

- **врожденная слабость хрящевого каркаса гортани**
- тяжи и спайки в области голосовой щели
- парез голосовых связок
- стеноз гортани

17. Линейный рост новорожденного ребенка определяется:

- **функцией щитовидной железы**
- функцией паращитовидных желез
- функцией надпочечников
- уровнем соматотропного гормона

18. Прямая проба Кумбса положительна при:

- **гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору**
- ГБН по системе АВО
- геморрагической болезни новорожденных
- талассемии

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

- **развитием ангиитов и тромбоваскулитов**
- сенсibilизацией организма
- нерациональной антибиотикотерапией
- повышенной ломкостью сосудов

20. При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток в первую очередь следует исключить:

- **гнойный менингит**
- внутричерепное кровоизлияние
- порок развития головного мозга
- метаболические нарушения

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

- **по аутосомно-рецессивному**
- по аутосомно-доминантному
- по доминантному, сцепленному с X-хромосомой
- по рецессивному, сцепленному с X-хромосомой

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

- **тетрада Фалло**
- дефект межжелудочковой перегородки
- транспозиция магистральных сосудов
- открытый артериальный проток

23. Характер поражения печени при диабетической эмбриопатии:

- **жировая дистрофия с участками экстремедуллярного кроне**
- **творения**
- белковая дистрофия
- накопление гликогена
- внутрипеченочная частичная атрезия желчевыводящих путей

24. Назовите наиболее частого возбудителя миокардита у новорожденных детей:

- **вирус Коксаки**
- стафилококк
- стрептококк
- клебсиелла

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

- **одышка, тахикардия, увеличение размеров печени**
- цианоз, одышка, тахикардия
- одышка, тахикардия, хрипы в легких
- цианоз, отеки, хрипы в легких

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

- **асфиксия**
- гемолитическая болезнь
- врожденные пороки сердца
- фиброэластоз

27. Характерным признаком кефалогематомы является:

- **отчетливое отграничение по линии черепных швов**
- флюктуация при пальпации
- локализация над теменной костью
- выраженная болезненность при пальпации

28. Профилактикой геморрагической болезни новорожденных

является:

- **введение препаратов витамина К**
- переливание свежезамороженной плазмы
- раннее прикладывание к груди
- отсроченное пережатие пуповины

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

- **некротизирующий энтероколит**
- пилороспазм
- халазия пищевода
- высокая кишечная непроходимость

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

- **подобрать дозу фермента лактазы и сохранить грудное вскармливание**
- уменьшить объем грудного молока и назначить антибактериальную терапию
- перевести на искусственное вскармливание адаптированными смесями и назначить биопрепараты
- полностью исключить грудное молоко, заменив его на безлактозные смеси

31. Лактазная недостаточность у новорожденных чаще всего проявляется:

- **на грудном вскармливании**
- на искусственном вскармливании
- на смешанном вскармливании

32. Для механических желтух типично повышение активности:

- **щелочной фосфатазы**
- аспаратаминотрансферазы (АСТ)
- аланинаминотрансферазы (АЛТ)
- альдолазы

33. Наиболее частой причиной анемии при рождении является:

- **кровопотеря**
- наследственный микросфероцитоз
- дефицит эритроцитарных ферментов
- наследственная гипопластическая анемия

34. Характерным признаком геморрагической болезни новорожденного является:

- **снижение протромбинового комплекса**
- повышенный фибринолиз
- тромбоцитопения
- уменьшение в крови уровня глобулинов (VIII, IX, X факторов)

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

- **к 3-5 дню жизни**
- сразу после рождения
- на 2-ой день жизни
- на 2-й неделе жизни

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

- **геморрагический синдром**
- диарея
- рвота
- анорексия

37. Для врожденного сифилиса помимо специфического поражения печени характерны:

- **изменения костей и глазного дна**
- сифилитическая пузырьчатка
- ринит
- менингит

38. Причиной абдоминального синдрома при ОРВИ у новорожденного ребенка является:

- **репродукция вируса в поджелудочной железе и кишечнике**
- неблагоприятный преморбидный фон
- искусственное вскармливание
- медикаментозная терапия

39. В связи с феноменом кистообразования в поджелудочной железе цитомегаловирусную инфекцию необходимо дифференцировать с:

- **муковисцидозом**
- сепсисом
- деструктивной пневмонией
- пневмонией грамотрицательной этиологии

40. Гнойный менингит у недоношенных новорожденных чаще всего развивается на фоне:

- **субарахноидального кровоизлияния**
- паренхиматозного кровоизлияния
- внутриутробной гипотрофии
- незрелости

41. Какие анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании, способствуют возникновению срыгиваний:

- **короткий пищевод**

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ➤ недостаточное развитие кардиального отдела желудка ➤ относительный гипертонус пилорического отдела желудка ➤ короткая уздечка языка |
|--|--|

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 | 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 | 1,2,3,6,7,9,10,11,12,13,14,15,17,18,19,20,21,23,24,25,26,27,28,29,30-33,35-40 | 1,2,4,5,6,8,10,11 | 1,2,3,4,5,8,9,11 | |
| ОПК | 4 | | 8,10 | 8,10,13 | |
| | 5 | 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 |
| | 8 | 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 | |
| | 9 | 16 | 6 | 4 | |