

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Дата подписания: 27.10.2023 15:09:17
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a80bb07446

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО
Н.И. Свиридова
«29» октября 2023 г.
ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
Института НМФО № 1 от «29» 08
2023 г.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплинам

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.26 Аллергология и иммунология.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-аллерголог-иммунолог**

Кафедра: **Кафедра педиатрии и неонатологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – **очная**

Для обучающихся 2020, 2021, 2022 годов поступления

(актуализированная версия)

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Шишиморов И.Н	Зав. кафедрой педиатрии и неонатологии Института НМФО	д.м.н., доцент	Педиатрии и неонатологии Института НМФО
2.	Перминов А.А.	Доцент кафедры педиатрии и неонатологии Института НМФО	к.м.н., доцент	Педиатрии и неонатологии Института НМФО
3.	Магницкая О.В.	Профессор	д.м.н., профессор	Педиатрии и неонатологии Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам обучающихся по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология.

Фонд оценочных средств обсужден на заседании кафедры протокол № 6 от «01» июня 2023 года

Заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии Института НМФО,
д.м.н., доцент


/И.Н. Шишиморов/

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от «29» августа 2023 года

Председатель УМК


/М.М. Королева/

Отдел учебно-методического сопровождения и производственной практики.

/М.Л.Науменко/



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

Секретарь Ученого совета


/В.Д.Заклякова/

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>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. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения. Гигиеническое воспитание и образование населения. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни. Система обязательного социального страхования в России. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.</p> <ol style="list-style-type: none">0. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.1. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.2. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.3. Качество медицинской помощи, основные понятия.4. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.5. Организация экспертизы качества медицинской помощи.
---	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.2. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.3. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.4. Особенности изучения общей заболеваемости5. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.6. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.7. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.8. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.9. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.11. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.12. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.13. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.14. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.15. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.
---	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1. Общественное здоровье – это ...</p> <p>а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей;</p> <p>б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения;</p> <p>в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения</p> <p>2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:</p> <p>а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;</p> <p>б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;</p> <p>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>3. Болезненность - это:</p> <p>а) заболеваемость по данным обращаемости;</p> <p>б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;</p> <p>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:</p> <p>а) 50–55 %;</p> <p>б) 20–25 %;</p> <p>в) 15–20 %;</p> <p>г) 10–15 %</p> <p>5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:</p> <p>а) исторический;</p> <p>б) статистический;</p> <p>в) экспериментальный;</p> <p>г) экономический;</p> <p>д) социологический;</p> <p>е) все вышеперечисленные</p> <p>6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:</p> <p>а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;</p> <p>б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;</p> <p>в) все лица перед проведением профилактических прививок</p> <p>7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:</p> <p>а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;</p> <p>б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;</p> <p>в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;</p> <p>г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;</p> <p>д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах</p>
---	--

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

- а) **государственное социальное страхование;**
- б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;
- в) менеджмент здравоохранения;
- г) экономика здравоохранения

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

- а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;
- б) **составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;**
- в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации

10. Временная нетрудоспособность – это ...

- а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;
- б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;
- в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме

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

- а) до 10 дней;
- б) **до 15 дней;**
- в) до 4 месяцев;
- г) до 6 месяцев

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

- а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;
- б) **выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;**
- в) не выдается

13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:

- а) своевременность оказания медицинской помощи;
- б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
- в) степень достижения запланированного результата;
- г) **совокупность вышеуказанных характеристик**

14. Виды контроля качества медицинской помощи:

- а) государственный контроль;
- б) ведомственный контроль;
- г) внутренний контроль;
- д) **все вышеперечисленное верно**

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

- а) листок нетрудоспособности;
- б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;
- г) **врачебное свидетельство о смерти**

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 1.</p> <p>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 style="text-align: center;">Задача № 2.</p> <p>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 style="text-align: center;">Задача № 3.</p> <p>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 style="text-align: center;">Задача № 4.</p> <p>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 style="text-align: center;">Задача №5.</p> <p>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%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90

<p>Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)</p>	91 – 100
---	----------

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)</p>	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
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	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
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	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
«Экспертиза качества медицинской помощи»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)	
	Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня	
УК	1	1-15	1-5	1-15	-	
	2	1-15	1-5	1-15		
	3	1-15	1-5	1-15	-	
ПК	1	1-15	1-5	1-15	-	
	2	1-15	1-5	1-15	-	
	4	1-15	1-15	1-5		
	5	1-15	1-15	1-5	-	
	9	1-15	1-15	1-5	-	
	10	1-15	1-15	1-5	-	
	11	1-15	1-15	1-5	1-15	

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 час.

Формы контроля – дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.Б.1</i>	Общественное здоровье и здравоохранение	12

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p><i>Б 1.Б.1</i> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.</p> <p>Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p> <p>Особенности изучения общей заболеваемости и заболеваемости по нозологическим формам.</p> <p>Выборочный и сплошной метод изучения заболеваемости.</p> <p>Профилактические медицинские осмотры, их виды и организация.</p> <p>Гигиеническое воспитание и образование населения. Определение, цели, задачи, методика гигиенического воспитания населения и оценка ее эффективности.</p> <p>Экспертная оценка при изучении заболеваемости.</p> <p>Врачебная экспертиза нетрудоспособности. Порядок оформления листка нетрудоспособности.</p> <p>Определение понятия «качество медицинской помощи». Критерии качества медицинской помощи.</p> <p>Внутренний, внешний и государственный контроль КМП.</p>
--	--

Перечень дискуссионных тем:

<p><i>Б 1.Б.1</i> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Основные законодательные акты Российской Федерации в сфере здравоохранения.</p> <p>Задачи врачей в изучении причин заболеваемости населения.</p> <p>Здоровый образ жизни и его формирование. Факторы риска.</p> <p>Медицинская активность. Система профилактики, целевые комплексные программы.</p> <p>Органы здравоохранения и медицинского страхования, их место в общей системе государственных и общественных органов управления страны.</p> <p>Подходы к оценке качества медицинской помощи.</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания

1. Дискуссия

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

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				
		1	2	3	4	5
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			+	+	

сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	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
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень</p> <p>- пяти критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- шести или семи критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p>	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать ...)
	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)
	7. Оформление в соответствии с требованиями

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству реферат

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

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству эссе

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

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Ситуационная задача

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

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Доклад

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

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% 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)	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

-пяти или шести критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
---	---

Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

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

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.	D	80-76		4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.	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	Е	70-66		3 (3-)

преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.				
<p>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.</p> <p>Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.</p>	E	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.</p> <p>Компетентность отсутствует.</p>	F	40-0	КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ	2

4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
	текущий контроль					промежуточная/ итоговая аттестация
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное/ групповое)	Проект	Зачёт
УК-1	+	+	+	+	+	+
УК-2	+	+	+	+	+	+
УК-3		+	+	+	+	+
ПК-9	+	+	+	+	+	+

5. Представление оценочных средств в фонде

5.1 Тематика рефератов (докладов), эссе, проектов

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.

5.3. Тестовые задания для самоконтроля знаний

Тестовые задания самоконтроля по модулю I

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

2. диагностическом Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности
3. прогностическом В. изучение передового и новаторского педагогического опыта

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

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

Выберите один или несколько правильных ответов

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

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

14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

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

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1) судьи
- 2) команда утверждения
- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы
- 6) аналитик

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

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

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

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

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

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

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

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

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

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

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

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

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

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

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения

- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

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

25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

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

26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

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

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

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

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

- 1) принципу природосообразности

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

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

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

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ 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. автономическому
2. бионическому
3. техномическому
4. соционическому

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

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

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

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

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

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

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

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

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек

- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

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

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

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

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

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

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

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

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

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

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

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

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

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

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

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

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

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

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ
ВСЕГДА

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

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

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

12.1.4. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «ПЕДАГОГИКА»

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

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

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ПК-9
3	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ПК-9
4	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ПК-9
5	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ПК-9

6	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ПК-9
7	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ПК-9
8	Конфликты	УК-2, УК-3, ПК-9
9	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ПК-9
10	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ПК-9
11	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ПК-9
12.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
13	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
14	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ПК-9
15	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).	УК-2, УК-3, ПК-9
16	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ПК-9
17	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ПК-9
18	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ПК-9
19	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ПК-9
20	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
21	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
22	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
23	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
24	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ПК-9

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

Объем самостоятельной работы по дисциплине –14 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия, проект

Код в ОПОП	Модуль дисциплины	Объем СР, час
<i>Б 1.</i>	Модуль 1. Основы медицинской дидактики	6
<i>Б 1.</i>	Модуль II Практическая педагогика	6

Вопросы и задания для самоконтроля:

Модуль 1. Основы медицинской дидактики	<ol style="list-style-type: none">1) Каково соотношение понятий «технология» и «методика» в педагогике?2) Какими дидактическими возможностями обладают информационно-коммуникативные технологии?3) В чём заключается технологический подход и специфика его реализации в высшем образовании?4) Назовите отличительные признаки и качественное своеобразие образовательных технологий.5) Почему целеполагание рассматривают как системообразующий элемент технологии?6) Докажите актуальность технологического подхода к решению педагогических задач.7) Дайте определение понятию «педагогическая задача» и раскройте его содержательный смысл.8) Охарактеризуйте технологичность педагога как его профессионально значимое качество.9) Назовите объекты и методические основы педагогического проектирования10) Докажите актуальность технологического подхода к решению педагогических задач.11) Дайте определение понятию «педагогическая задача» и раскройте его содержательный смысл.12) Охарактеризуйте технологичность педагога как его профессионально значимое качество.13) Назовите объекты и методические основы педагогического проектирования14) Объяснить в чем принципиальное отличие занятий с пациентами и средним медицинским персоналом
---	---

Модуль II
Практическая
Педагогика

- 1) Назовите этапы подготовки врача-педагога к лекции.
- 2) Когда целесообразно прочитать бинарную лекцию, лекцию-пресс-конференцию?
- 3) Как удержать внимание аудитории на лекции?
- 4) Назовите достоинства и ограничения традиционной и инновационной лекции.
- 5) Перечислите виды нетрадиционных лекций.
- 6) В чём заключается особенность организации и проведения занятий с пациентами?
- 7) Назовите участников процесса общения.
- 8) Вербальная и невербальная коммуникация – приведите профессиональные примеры.
- 9) Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения.
- 10) Каковы условия и барьеры эффективного общения?
- 11) Назовите причины, виды, типы, стадии конфликта.
- 12) Приведите примеры конфликтных и бесконфликтных коммуникаций.
- 13) Можно ли **управлять** конфликтными ситуациями?
- 14) Какая стратегия выхода из конфликта оптимальна для врача?
- 15) Проанализируйте конфликт, свидетелем или участником которого вы были.
- 16) Что входит в феномен «культуры педагога»?
- 17) Определите структуру педагогического мастерства.
- 18) В чём заключается системный подход в воспитательной деятельности и особенности профессионального воспитания
- 19) Перечислите по важности аспекты, влияющие на формирование профессиональной субъектной позиции врача. Объясните свой выбор.

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 пульмотоксического 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. Основной 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, серофилактика столбняка;

в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

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

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

в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

а. повреждение легких;

б. пневмоторакс;

в. гемоторакс;

г. повреждение сердца.

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

а. в операционную;

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

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

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

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

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

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

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

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

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

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

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

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

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

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

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

23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. **усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
 - б. снижение синтеза ацетилхолина;
 - в. реактивация холинэстеразы;
 - г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.
24. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
 - б. **ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
 - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
 - г. иммуностимулирующее.
25. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
 - б. **иммунодепрессивное;**
 - в. тормозят перекисное окисление липидов;
 - г. уменьшают проницаемость мембран.
26. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
 - б. **активируют перекисное окисление липидов;**
 - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
 - г. иммуностимулирующее.
27. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
 - б. иммуностимулирующее;
 - в. тормозят перекисное окисление липидов;
 - г. **повышают проницаемость мембран.**
28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:
- а. через кожу и слизистые оболочки;
 - б. ингаляционно;
 - в. через желудочно-кишечный тракт;
 - г. **при любом пути поступления.**
29. Реактиватором холинэстеразы является:
- а. атропин;
 - б. метацин;
 - в. унитиол;
 - г. **дипироксим.**
30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:
1. легкой степени поражения;
 2. **средней тяжести;**
 3. тяжелой;
 4. крайне-тяжелой.
31. К корпускулярным относятся излучения:
- а. рентгеновское, гамма-излучение;

б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;

в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;

г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы (β^- , β^+) – это:

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

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

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

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

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

а. 1 рад;

б. 25 рад;

в. 100 рад;

г. 50 рад.

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

а. > 10 МэВ/мкм;

б. < 10 кэВ/мкм;

в. < 10 МэВ/мкм;

г. > 10 кэВ/мкм.

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

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

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

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

г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

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

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

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

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

37. Для III стадии пострадиационных изменений костного мозга характерно:

- а. системная регенерация костного мозга;
- б. короткий абортный 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. Беспокоеен. 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. Лечение-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. Лечение-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. Лечение-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. Лечение-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 ВолгГМУ: -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 Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

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
	12	1-11,16,17	1-10	1-11

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»

12.1 БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

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

- Увеличение числа эритроцитов
- Увеличение числа ретикулоцитов
- Увеличение содержания гемоглобина
- Повышение гематокрита
- Повышение вязкости крови
- Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга
- Лимфоцитоз
- Моноцитоз

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Да
- Нет

ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:

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

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

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

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

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

- **Извращение вкуса и запаха**

ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?

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

ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен

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

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

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

ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для 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
- **Гемоглобинурия**
- 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 гемоглобинопатиях, обусловленных носительством гемоглобинов со сниженным сродством к кислороду:

- P_{O_2} снижено
- P_{O_2} повышено
- **P_{O_2} в норме**
- S_{O_2} увеличено
- **S_{O_2} снижено**
- S_{O_2} в норме
- **Содержание дезоксигемоглобина повышено**
- Содержание гемоглобина снижено
- **Содержание гемоглобина в норме**

ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия железодефицитной анемии:

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

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

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

12.2. Банк ситуационных задач

Задача №1 «Патология Гемостаза»

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

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

1. *О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?*
2. *Патогенез данного заболевания.*

3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.
4. Виды тромбоцитопатий.
5. Принципы лечения тромбоцитопатий.

Задача №2 **«Патология Гемостаза»**

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

Общий анализ крови: Hb-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты- $2,8 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты- 0,2% (N2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275 $\times 10^9/л$), лейкоциты- $1,3 \times 10^9/л$ (N6- $8 \times 10^9/л$), 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, мегакариоциты не найдены.

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

Задача №3 **«Патология Гемостаза»**

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

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

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних

конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Hb – 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 IIIА-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечают 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 °С, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка (38–38,5 °С), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

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

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

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

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание 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 °С для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

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

Таблица 2. Биохимические исследования крови

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

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
Т-лимфоциты (CD3 ⁺ CD19 ⁻)	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
Т-хелперы/Т-индукторы (CD4 ⁺ CD8 ⁻)	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
Т-супрессоры/Т-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
НК-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
В-лимфоциты (CD3 ⁻ CD 19 ⁺)		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	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения

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

12.3 Банк тем рефератов для самостоятельной работы

Шкала и критерии оценивания рефератов

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

1. Патогенез отёка мозга.
2. Механизм нейродистрофии.
3. Современные представления о механизмах Формирования неврозов.
4. Роль мезенхимальной дисфункции в механизмах развития неврологической патологии.
5. Современные теории остеопороза.
6.)Механизмы развития защитно-компенсаторных реакций при повреждении нервной системы.
7. Хроническое воспаление, этиопатогенез.
8. Гипертонический криз, его патогенез.
9. Нарушение мозгового кровотока. Этиопатогенез.
- 10.. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
11. Общие клеточно-молекулярные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
12. Патогенез алкогольного синдрома плода.
13. 13. Этиопатогенез дегенеративных изменений нейронов.
14. Патогенез и клинические проявления диэнцефального синдрома.
15. Головная боль, механизмы её развития.
16. Патогенез хронического воспаления.
17. Современные представления о гипертонической болезни.
18. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.

19. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
20. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
21. Лейкемоидные реакции, патогенез.
22. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
23. Агранулоцитоз, механизмы развития.
24. Раневой процесс, механизмы развития.
25. Тромбоцитопении, патогенез.
26. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
27. Механизмы развития мочевого синдрома.
28. Метаболический синдром, этиопатогенез.
29. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
30. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
31. Геморрагический синдром. Патогенез.
32. Показатели компенсированных и декомпенсированных форм нарушений КОС (КНДР). Генетически детерминированные нарушения КЩР (КОС).
33. Роль в канцерогенезе онкогенов, генов-супрессоров клеточного деления, генов регулирующих апоптоз, их значение в диагностике опухолевого процесса.
34. Гемостазопатии, их механизм и критерии диагностики.
35. Острый и хронический ДВС-синдром, критерии диагностики.
36. Вазопатии их механизм развития и критерии диагностики
37. Этиология и патогенез лейкопений.
38. Современное представление о патогенезе лейкемоидных реакций .
39. Патогенез нарушений белкового обмена.
40. Ферментодиагностика и её роль в патологии.
41. Белки острого ответа и их роль в патологии. Механизмы развития аутоиммунных заболеваний и принципы диагностики.
42. Патогенез иммунных нарушений при опухолевом росте.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

12.1.1. Примеры ситуационных задач

Ситуационная задача № 1.

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 № 2.

Больной П., 44 лет, находился в стационаре по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза правого легкого. На 2-е сутки пребывания в стационаре внезапно появилась одышка, стала нарастать дыхательная и легочно-сердечная недостаточность, наступила смерть больного. В анамнезе - сахарный диабет II типа в течение 15 лет.

На вскрытии: при выполнении водяной пробы в правой плевральной полости обнаружено значительное количество воздуха, правое легкое резко уменьшено в объеме, каверна правого легкого располагалась субплеврально, стенка каверны, обращенная к плевре частично разрушена. Миокард - дряблый, полости - резко расширены, в области задней стенки левого желудочка - крупные участки плотной соединительной ткани. Поджелудочная железа - в области хвоста определяются участки жировой и соединительной ткани, вытесняющих ткань железы. В луковице 12-перстной кишки - хроническая язва с гладким, серо-розовым дном.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.

3. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 3.

Больная Д., 48 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в правой половине живота, слабость, головокружение, тошноту, однократную рвоту. Выполнена лапаротомия, во время которой обнаружен увеличенный багрово-черный аппендикс с отверстием до 0,2 см. В брюшной полости до 800 мл мутной, желтовато-зеленоватой жидкости с хлопьями фибрина. Выполнена операция аппендэктомия. Послеоперационный период протекал тяжело, нарастала интоксикация, которая явилась причиной смерти.

На вскрытии: в брюшной полости до 500 мл гноевидной жидкости с хлопьями фибрина, петли кишечника рыхло спаяны между собой, между петлями кишечника множественные полости, заполненные гноем. Миокард, печень, почки - с признаками выраженной дистрофии.

Вопросы

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

Ситуационная задача № 4.

Мальчик, 14 лет, с ожирением III степени, оперирован по поводу острого аппендицита. На 5-е сутки после операции появился кашель, одышка, на рентгенограмме - множественные субплевральные участки затемнений. В последующие 2 суток нарастала дыхательная и легочно-сердечная недостаточность, на 7-е сутки наступила смерть.

Клинический диагноз: Острый аппендицит. Состояние после аппендэктомии под ЭТН (дата). Острая очаговая пневмония.

На вскрытии: в просвете правой подвздошной общей вены обнаружен мягкий, рыхлый, темно-красный, шероховатый сверток крови, тесно связанный со стенкой вены; в ткани обоих легких - множественные участки плотной легочной ткани в форме усеченного конуса с основанием, обращенным к плевре, ткань легких в этих участках - черно-красного цвета, в просветах прилежащих мелких ветвей легочной артерии - череобразно-скрученные, темно-красные свертки крови. При гистологическом исследовании удаленного червеобразного отростка - флегмонозный аппендицит.

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)	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения

<p>-пяти критериям Отлично (5)</p>	<p>10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью</p>
---	---

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 клиничко-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 воспалительных заболеваний.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Собеседование

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

12.1.2 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. «Принципы клинико морфологического сопоставления при воспалительных заболеваниях. СВО. Сепсис».	3

Темы рефератов

Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	1 Значение современных морфологических методов исследования. 1. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы. 2. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. 2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов. 3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза 4. Современные методы изучения биоптата.
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии. 2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении. 3.Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.
Тема4. «Принципы клинико морфологического сопоставления при воспалительных заболеваниях. СВО. Сепсис».	1. Патоморфоз туберкулёза при ВИЧ - инфекции. 2. Патоморфоз гепатита С при наркомании. 3. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса. 4. Патологоанатомические изменения при септическом шоке. 5. Бактериальный (септический эндокардит)

Критерии и шкала оценивания

2. Реферат

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»	<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.
---	---

	<ol style="list-style-type: none"> 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 у пациентов терапевтического профиля. 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>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. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций. 24. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп. 25. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов. 26. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения. 27. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов. 28. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях. 29. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами. 30. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения. 31. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения. 32. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности. 33. Последствия нерационального применения АМП 34. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий. 35. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в терапевтической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности. 36. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ нозокомиальных инфекций. 37. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой. 38. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек. 39. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в практике врача-терапевта. 40. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов,

	<p>антиагрегантов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 41. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов. 42. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий. 43. Классификация, механизм действия, фармакокинетика, побочные эффекты препаратов инсулина. Рациональная фармакотерапия СД типа 1. 44. Классификация, механизм действия, побочные эффекты пероральных сахароснижающих препаратов. Рациональная фармакотерапия СД типа 2. 45. Рациональная фармакотерапия депрессивных состояний. 46. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома. 47. Особенности фармакокинетики, показания к применению антидепрессантов, НПР, возможные межлекарственные взаимодействия. 48. Базисная терапия бронхиальной астмы, выбор препаратов, контроль эффективности и безопасности. 49. Рациональная терапия бронхообструктивного синдрома. КФ селективных β_2-агонистов короткого и длительного действия, антихолинергических средств, метилксантинов. 50. Рациональная фармакотерапия ХОБЛ. 51. Механизмы антиангиального действия препаратов, выбор рациональной терапии исходя из форм ИБС. 52. Лидный обмен, липидный профиль, патогенез развития атеросклероза, дислипидемий. 53. Механизмы поддержания и регуляции АД, возможности фармакологического влияния на этот процесс. Рациональная фармакотерапия АГ. 54. Механизмы достижения положительного инотропного эффекта. Основные фармакодинамические эффекты сердечных гликозидов, показания к их назначению, симптомы дигиталисной интоксикации. Негликозидные кардиотоники. 55. Точки приложения и механизмы действия диуретических препаратов. Выбор диуретика у пациента с ХСН. 56. Фазы потенциала действия, точки приложения антиаритмических препаратов. Механизмы возникновения аритмий. Выбор антиаритмического препарата в зависимости от вида аритмии, сопутствующих заболеваний пациента, контроль эффективности и безопасности терапии.
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>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
---	---

	<p>жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 НЛР.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности. 31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии. 32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности. 33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии. 34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика. 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. 36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности. 37. Бета-лактамы антибиотики. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия. 38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с

- ингибиторами β-лактамаз, показания к применению.
39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.
 40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.
 41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
 42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
 43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
 44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.
 45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
 46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
 47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
 48. Лидный обмен, липидный профиль, патогенез развития атеросклероза, дислипидемий.
 49. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.
 50. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.
 51. Выбор препаратов, влияющих на гемостаз у пациентов с фибрилляцией предсердий.
 52. Механизмы антиангиального действия препаратов, выбор рациональной терапии исходя из форм ИБС.
 53. Механизмы поддержания и регуляции АД, возможности фармакологического влияния на этот процесс. Рациональная фармакотерапия АГ.
 54. Клиническая фармакология антидепрессантов: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.
 55. Углеводный обмен. Роль инсулина в углеводном обмене.
 56. Этиология, классификация, патогенез СД типа 1 и типа 2.
 57. Основные лабораторные показатели углеводного обмена: гликемия натощак, постпрандиальная гликемия, гликированные гемоглобин, кетоновые тела.
 58. Стандарт терапии СД типа 1 и типа 2.
 59. Классификация и механизм действия основных групп сахароснижающих средств.
 60. НЛР при назначении сахароснижающих препаратов, профилактика и контроль безопасности терапии.
 61. Метилксантины: классификация, механизм действия, основные эффекты. Почему необходимо проводить лекарственный мониторинг концентрации теофиллина в сыворотке крови?
 62. Ингаляционные ГКС: классификация, механизм действия, основные эффекты. Безопасность использования.
 63. Кромоны и антилейкотриеновые препараты: классификация, механизм действия, основные эффекты.
 64. Селективные бета2-агонисты короткого и длительного действия: классификация, механизм действия, основные эффекты.
 65. Антихолинергические средства: классификация, механизм действия, основные эффекты.
 66. Препараты первого ряда для лечения артериальной гипертензии.

	<p>67. Принципы фармакотерапии ИБС. Антиангинальные лекарственные средства.</p> <p>68. Нарушения ритма сердца. Выбор лекарственных препаратов.</p> <p>69. В-адреноблокаторы. Выбор при различных заболеваниях.</p> <p>70. Антагонисты кальция. Выбор при различных заболеваниях.</p> <p>71. Методы оценки эффективности и безопасности антиаритмических препаратов.</p> <p>72. Возможные взаимодействия антиаритмических препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.</p>
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.6.1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u></p> <p>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>⋮</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>
--	--

- A) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.**
- B) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.**
- C) Хромосомные aberrации.
- D) Хромосомные транслокации.
7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:
- A) **CYP2D6.**
- B) CYP3A4
- C) **CYP2C9**
- D) **CYP2C19**
8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :
- A) Иммуноферментного анализа.
- B) Иммунофлюоресцентного анализа.
- C) **ПЦР.**
- D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.
9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:
- A) Высокая
- B) Нормальная
- C) **Низкая**
10. Биодоступность ЛС это:
- A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.
- B) **Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.**
- 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;

С) метаболизм (биотрансформация);

Д) выведение;

Е) все вышеперечисленные.

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

А) всасывание;

В) распределение;

С) метаболизм (биотрансформация);

Д) выведение;

Е) механизм действия.

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

А) макролиды;

В) фторхинолоны;

С) тетрациклины;

Д) все вышеперечисленные.

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

А) 30 мин;

В) 1 час;

С) 2 ч и более;

Д) избежать нельзя.

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

А) угнетается;

В) усиливается;

С) не изменяется.

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

А) угнетается;

В) усиливается;

С) не изменяется.

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

А) угнетается;

В) усиливается;

С) не изменяется.

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

А) угнетается;

- В) усиливается;
- С) не изменяется.

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

- А) угнетается;
- В) усиливается;**
- С) не изменяется.

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

- А) пенициллины;
- В) тетрациклины;
- С) фторхинолоны;
- Д) макролиды;
- д) правильно В и С.**

22. Агонисты рецепторов это:

- А) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- В) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- С) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- Д) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

- А) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
- В) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.
- С) Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.**
- Д) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.

Д) 24. Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:

- Е) А) типа А;
- Ф) В типа В;
- Г) С) типа С;**
- Н) D) типа D;
- И) Е) типа Е
- Ж)

25. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:

- К) А) пожилой возраст;
- Л) В) тяжелое состояние больного;
- М) С) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;

	<p>N) D) генетическая предрасположенность; O) E) все вышеперечисленное P)</p> <p>26. <u>К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:</u> Q) A) приводящие к смерти; R) B) требующие госпитализации или ее продления; S) C) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности); T) D) приводящие стойкому снижению трудоспособности; U) E) все вышеперечисленное верно.</p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u> V) A) типа А; W) B) типа В; X) C) типа С; Y) D) типа D; Z) E) типа E. AA)</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u> BB) A) комплаенсом; CC) B) фармаконадзором; DD) C) фармакоэпидемиологией; EE) D) фармакоинспекцией. FF)</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u> a) диклофенак; b) индометацин; c) целекоксиб; d) ибупрофен;</p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u> a) аспирин; b) лорноксикам; c) целекоксиб; d) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u> A) преднизолон B) метилпреднизолон C) дексаметазон A) Гидрокортизон</p> <p>32. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u> A) аспирин; B) нимесулид; C) целекоксиб; D) лорноксикам;</p>

33. Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:
- a) через 2 суток;
 - b) через 5-7 суток;
 - c) через 7-10 суток;
 - d) через 10-14 суток;**
34. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:
- A) преднизон
 - B) бетаметазон**
 - C) беклометазона дипропионат
 - D) метилпреднизолон
35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:
- A) циклооксигеназа**
 - B) фосфодиэстераза
 - C) 5-липоксигеназа
 - D) фосфолипаза A2
36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:
- A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов
 - B) неэффективность пульс-терапии
 - C) стабилизация общего состояния больного**
 - D) декомпенсированное состояние больного
37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:
- A) Т-лимфоциты
 - B) В-лимфоциты
 - C) преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты**
 - D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты
38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:
- A) 2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером**
 - B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером
 - C) однократно утром
 - D) 3 раза в день в равных дозах
39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:
- A) Преднизолон.
 - B) Метилпреднизолон.
 - C) Дексаметазон.
 - D) Гидрокортизон.**
40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов

не относят:

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

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

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

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

- A) 24 часа
- B) 3 дня**
- C) 7 дней

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

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

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

- A) обладают иммуностимулирующим действием
- B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях
- C) способствуют развитию резистентности бактерий**

45. Самолечение 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

В) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»

С) возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение

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

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

48. Нерациональная комбинация гипотензивных препаратов:

- A) диуретик + β -адреноблокатор;
- B) диуретик + ингибитор АПФ;
- C) блокатор медленных кальциевых каналов + ингибитор АПФ;
- D) ингибитор АПФ + блокатор АТ рецепторов;**
- E) β -адреноблокатор + α 1-адреноблокатор.

49. Для уменьшения головной боли, возможной при приеме нитроглицерина, рекомендуют прием:

- A) ингибиторов АПФ;
- B) препаратов, содержащих ментол;**
- C) диуретиков;
- D) аспирина.

50. Какие нежелательные явления наиболее опасны при лечении статинами?

- A) нарушения в системе пищеварения;
- B) аллергические явления;
- C) миалгия, миопатия, рабдомиолиз;**
- D) головная боль, головокружение;
- E) протеинурия.

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

- В) пиперациллин
- С) кларитромицин
- Д) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- А) пefлоксацин
- В) линкомицин
- С) **ровамицин**
- Д) гентамицин
- Е) доксициклин

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

- А) ципрофлоксацин
- В) **меропенем**
- С) цефтриаксон
- Д) ванкомицин

61. Сахарный диабет первого типа следует лечить:

- А) только диетотерапией;
- В) сульфаниламидными препаратами;
- С) **инсулином на фоне диетотерапии;**
- Д) голоданием;

62. Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения:

- 1) строфантина;
- 2) **изотонического раствора хлорида натрия и инсулина;**
- 3) солей кальция;
- 4) норадреналина;
- 5) солей калия.

63. Резистентность к инсулину может быть вызвана: а) инфекционным заболеванием; б) патологией инсулиновых рецепторов; в) антителами к инсулину; г) длительностью диабета свыше одного года. Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) а, б;
- В) **а, б, в;**
- С) все факторы;
- Д) в;
- Е) а, б, в, г.

64. Если у больного сахарным диабетом 1 типа возникает заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, следует:

- А) отменить инсулин;
- В) применить пероральные сахароснижающие средства;
- С) уменьшить суточную дозу инсулина;
- Д) уменьшить содержание углеводов в пище;
- Е) **увеличить получаемую суточную дозу инсулина.**

65. Какое побочное действие бигуанидов можно ожидать у

больного сахарным диабетом при наличии у него заболеваний, ведущих к тканевой гипоксии (анемия, легочная недостаточность и другие)?

- A) усиление полиурии;
- B) кетоацидоз;
- C) лактоацидоз;**
- D) агранулоцитоз;
- E) холестатическая желтуха.

66. Потребность в инсулине при сахарном диабете 1 типа при длительности заболевания менее одного года составляет:

- A) 0,1 ЕД на кг фактической массы;
- B) 0,7 ЕД на кг фактической массы;
- C) 0,9 ЕД на кг идеальной массы;
- D) 1,0 ЕД на кг идеальной массы;
- E) 0,5 ЕД на кг идеальной массы.**

67. При длительности сахарного диабета 1 типа более года и отсутствии нефропатии потребность в инсулине составляет в среднем в сутки:

- A) 0, 1-0, 2 ЕД на кг идеальной массы;
- B) 0, 3-0, 4 ЕД на кг идеальной массы;
- C) 0, 5-0, 6 ЕД на кг фактической массы;
- D) 0, 6-0, 7 ЕД на кг идеальной массы;**
- E) 0, 9-1, 0 ЕД на кг идеальной массы.

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

- A) Азитромицин**
- B) левомецетин
- C) имипенем
- D) амокициллин-клавунат

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

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

70. 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 |

71. Перечислите β -адреноблокаторы, обладающие доказанной эффективностью в лечении пациентов с ХСН:

- A) атенолол;
- B) пропранолол;
- C) карведилол;**
- D) соталол;

	<p>Е) все перечисленные препараты.</p> <p>72. <u>Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:</u></p> <p>А) аминофиллин D) верапамил С) омепразол D) диазепам Е) все ответы правильные</p> <p>73. <u>Наиболее частым побочным эффектом на фоне применения ингаляционных глюкокортикостероидов является:</u></p> <p>А) катаракта В) стероидный диабет С) кандидоз слизистой полости рта D) язвенная болезнь желудка</p> <p>74. <u>Ингибитором фермента 5-липооксигеназа является препарат:</u></p> <p>А) монтелукаст В) зилеутон С) сальметерол D) зафирлукаст</p> <p>75. <u>Выберите препарат первого выбора для купирования астматического приступа:</u></p> <p>А) сальбутамол В) эуфиллин С) сальметерол D) флютиказона пропионат</p> <p>76. <u>Серетид - это комбинированный препарат, в состав которого входят:</u></p> <p>А) фенотерол + кромогликат натрия В) ипратропиум бромид + флютиказона пропионат С) сальметерол + флютиказона пропионат D) ипратропиум бромид + фенотерол</p> <p>77. <u>Противопоказанием к назначению β_2-агонистов является:</u></p> <p>А) катаракта В) остеопороз С) мерцательная аритмия D) почечная недостаточность</p> <p>78. <u>У курящих метаболизм теофиллина:</u></p> <p>А) ускоряется в 2 раза В) замедляется в 2 раза С) не изменяется</p> <p>79. <u>Применение какого препарата определяет наименьший риск побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы:</u></p> <p>А) фенотерол В) тербуталин С) сальбутамол</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

8. Тест

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

9. Контрольная работа

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

10.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов

критериям Отлично (5)	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
ПК	6	1 - 79	1-72	1-56
	8	1- 28	1-29, 35,48,50,52- 54,60	1-17, 35,39,42,48,51- 53

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа

Формы контроля – реферат

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.Б.6.1</i>	Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»	6
<i>Б 1.Б.6.2</i>	Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»	18

Темы рефератов

<i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»	<ol style="list-style-type: none">1. Новые лекарственные формы и способы доставки лекарственных препаратов.2. Фармакогенетика. Персонализированная медицина. Перспективы развития.3. Фармакоэпидемиология: методы исследования, значение для здравоохранения.4. Современные методы фармакоэкономических исследований.5. Взаимодействие лекарственных средств с пищей, алкоголем, фитопрепаратами.6. Биофармакология. Лекарственные препараты, полученные с использованием методов генной инженерии.7. Особенности фармакотерапии в период беременности.8. Особенности фармакотерапии в период лактации.9. Хронобиология и рациональное назначение ЛС. Лекарственный мониторинг при назначении препаратов с узкой шириной терапевтического диапазона10. Клинические исследования лекарственных средств, нормативные документы, регламентирующие проведение клинических испытаний лекарственных препаратов, понятие о качественной клинической практике (GCP).11. Этапы клинического исследования препаратов. Процедура регистрации новых ЛС.
--	---

Б 1.Б.6.2 Раздел
2 «Частные
вопросы
клинической
фармакологии»

12. Значение фармакогенетического тестирования при терапии лекарственными препаратами из группы антиагрегантов и антикоагулянтов.
13. Новые лекарственные препараты, влияющие на гемостаз.
14. Современные рекомендации по профилактике и лечению тромбозов.
15. Лекарственная терапия в период беременности и лактации в клинике заболеваний сердечно-сосудистой системы. Особенности ФК, критерии эффективности и безопасности применяемых препаратов для матери и плода.
16. Антибиотикорезистентность: механизмы развития, значение в клинической практике, способы преодоления.
17. Ступенчатая антибактериальная терапия. Принципы выбора препаратов, фармакоэкономическое обоснование.
18. Локальный бактериальный мониторинг, практическое значение для рационализации антибактериальной терапии в ЛПУ.
19. Клиническая фармакология новых антибактериальных препаратов для лечения госпитальных инфекций (даптомицин, цефтобипрол, цефтаролин, линезолид).
20. Терапия неотложных состояний в кардиологии.
21. Атеросклероз: современная концепция лечения атеросклероза. Профилактика сердечно-сосудистых осложнений атеросклеротических поражений сосудов у пациентов.
22. Взаимодействие лекарственных средств в лечении ишемической болезни сердца. Виды осложнений. Фармацевтическое взаимодействие. Фармакодинамическое взаимодействие. Рациональные сочетания лекарственных средств. Вопросы полипрагмазии.
23. Особенности применения комбинированной липидснижающей терапии у больных высокого сердечно-сосудистого риска.
24. Ноотропная и метаболическая нейротропная терапия у больных с патологией сердечно-сосудистой системы. Принципы доказательной медицины, рекомендации и стандарты.

Критерии и шкала оценивания

3. Реферат

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Аллергология и иммунология»

1. Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии- иммунологии»	57. Организация амбулаторной специализированной помощи больным аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами. 58. Организация стационарной специализированной помощи больным аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами. 59. Организация работы аллергологического кабинета в амбулаторной сети и в стационаре. 60. Иммунный ответ - первая линия иммунной защиты. 61. Адаптивный иммунитет – вторая линия защиты. 62. Фазы адаптивного иммунного ответа. 63. Современные представления об аллергии; определение понятия "аллергия", взаимоотношения аллергии и иммунитета. 64. Аллергические реакции немедленного типа. 65. Аллергическое воспаление. Реакции типа феномена Артюса 66. Аллергические реакции замедленного типа (Т-зависимые)
Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Клиническая аллергология»	67. Алгоритм постановки диагноза, элиминация аллергена, специфическая терапия аллергического ринита 68. Распространенность пищевой аллергии. Этиология пищевой аллергии. Наиболее распространенные пищевые аллергены. Антигенные свойства наиболее распространенных пищевых аллергенов. 69. Этиология и патогенез анафилаксии. Профилактика анафилактического шока. 70. Тяжелые токсико-аллергические реакции: этиология, патогенез 71. Группы риска развития латексной аллергии. Медицинские состояния, имеющие высокий риск развития латексной аллергии. Аллергены латекса. 72. Этиология инсектной аллергии. Пути сенсибилизации. Механизмы инсектной аллергии. IgE-опосредованные реакции. Не IgE-опосредованные реакции. 73. Классификация, основные клинические проявления, диагностические критерии бронхиальной астмы 74. Классификация, диагностические критерии атопического

	<p>дерматита</p> <p>75. Классификация, диагностические критерии крапивницы</p> <p>76. Понятие об аллергических и неаллергических осложнениях при иммунизации. Пути профилактики аллергических осложнений при вакцинации.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>77. Первичные иммунодефициты: иммунопатогенез, диагностика</p> <p>78. Первичные иммунодефициты: классификация, клинические проявления</p> <p>79. Приобретенные иммунодефициты: формы вторичных иммунодефицитов, клинические проявления;</p> <p>80. Приобретенные иммунодефициты: иммунопатогенез, диагностика.</p> <p>81. Возрастные особенности иммунной системы.</p> <p>82. Синдром приобретенного иммунодефицита.</p> <p>83. Основы иммунотерапии иммуномодуляторы – определение, классификация.</p> <p>84. Оценка иммунной системы человека (иммунодиагностика)</p> <p>85. Гуморальное звено врожденного иммунитета: система комплимента, цитокиновая сеть</p>

2. Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<p>73. Основные положения организации аллергологической и иммунологической службы.</p> <p>74. Типы иммунного ответа: клеточный иммунный ответ (клеточная цитотоксичность, воспалительный иммунный ответ) и гуморальный ответ.</p> <p>75. Классификация аллергических реакций (типы - I, II, III, IV, V типов (по Gell. Coombs)</p> <p>76. Аллергены и их классификация.</p> <p>77. Классификации и патогенез аллергических реакций.</p> <p>78. Клетки-мишени 1-го и 2-го порядка; ранняя и поздняя фаза аллергических реакции</p> <p>79. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика аллергических болезней</p> <p>80. Анализ и интерпретация результатов современных диагностических технологий</p> <p>81. Роль генетических факторов в формировании аллергии</p> <p>82. Основные синдромы и симптомы аллергических болезней</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p>83. Клиника. Диагностика. Фармакотерапия аллергического ринита.</p> <p>84. Основные клинические проявления, диагностика и дифференциальная диагностика пищевой аллергии. Фармакотерапия.</p> <p>85. Варианты клинического течения анафилактического шока в зависимости от тяжести и основных симптомов; осложнения. Неотложная терапия</p> <p>86. Тяжелые токсико-аллергические реакции: клинические проявления, терапия.</p> <p>87. Алгоритм лечебных и профилактических мероприятий при аллергии на латекс.</p> <p>88. Клинические проявления инсектной аллергии. Лечение и профилактика инсектной аллергии, специфическая терапия.</p> <p>89. Алгоритм лечебных и профилактических мероприятий; показания для госпитализации больного с бронхиальной астмой.</p> <p>90. Основные клинические проявления, тактика терапии atopического дерматита</p>

	<p>91. Основные клинические проявления, тактика терапии крапивницы</p> <p>92. Виды аллергических реакций при вакцинации. Особенности вакцинации больных аллергическими заболеваниями</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>93. Наследственный ангионевротический отёк диагностические критерии и тактика терапии</p> <p>94. Синдром тяжелого комбинированного иммунодефицита, иммунопатогенез, клиника, диагностика</p> <p>95. Синдром Вискотта-Олдрича и синдром атаксии-телеангиэктазии, иммунопатогенез, клиника, диагностика</p> <p>96. Синдром Ди Джорджи, иммунопатогенез, клиника, диагностика</p> <p>97. Синдром аутоиммунной полиэндокринопатии, иммунопатогенез, клиника, диагностика</p> <p>98. Общая переменная иммунная недостаточность, диагностические критерии и тактика терапии</p> <p>99. Селективный дефицит иммуноглобулина А, диагностические критерии и тактика терапии</p> <p>100. Гипер-IgE синдром (синдром Иова), диагностические критерии и тактика терапии</p> <p>101. Аутовосполительные синдромы, клинические формы</p>

3. Банк тестовых заданий (с ответами);

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<p>1. Задачами врача аллергологического кабинета являются все перечисленные, за исключением</p> <ol style="list-style-type: none"> а. консультаций больных аллергическими заболеваниями б. специфической диагностики в. специфической иммунотерапии г. вакцинопрофилактики <p>2. Организация оказания помощи пациентам с иммунологическими заболеваниями осуществляется на основании:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
---	--

	<p>б. Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 606н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "аллергология и иммунология"</p> <p>в. Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ</p> <p>г. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"</p> <p>3. К центральным органам иммунной системы человека относятся:</p> <p>а. селезенка</p> <p>б. вилочковая железа</p> <p>в. лимфатические узлы</p> <p>г. костный мозг</p> <p>д. миндалины</p> <p>4. Антиген – это вещество, обладающее следующими свойствами: (ПК5)</p> <p>а. чужеродность</p> <p>б. антигенность</p> <p>в. иммуногенность</p> <p>г. специфичность</p> <p>5. В аллергических реакциях немедленного типа наибольшее значение имеет: (ПК1,5)</p> <p>а. сенсibilизация к аллергенам</p> <p>б. наличие Ig E – антител</p> <p>в. наличие IgG- антител</p> <p>г. повышение эозинофилов</p> <p>6. Антитела одной специфичности принадлежат</p> <p>а. к одному классу иммуноглобулинов</p> <p>б. к разным классам иммуноглобулинов</p> <p>в. не принадлежат к белкам глобулиновой фракции</p> <p>7. Роль иммуноглобулина E в развитии аллергических реакций</p> <p>а. формирует немедленные аллергические реакции</p> <p>б. участвует в формировании иммунокомплексных аллергических реакций</p> <p>в. участвует в формировании реакций гиперчувствительности замедленного типа г) участвует в цитотоксических иммунных реакциях</p> <p>8. Гиперглобулинемия E характерна</p> <p>а. для атопии</p> <p>б. для гельминтозов</p> <p>в. для некоторых вирусных заболеваний</p>
--	---

- г. для гипоплазии тимуса
- д. для аллергических заболеваний
- е. для хронических гранулематозов у детей

9. Роль системы комплемента

- а. не участвует в аллергических реакциях
- б. участвует в немедленных аллергических реакциях
- в. участвует в иммунокомплексных аллергических реакциях**
- г. участвует в замедленных аллергических реакциях

10. К собственно аллергическим заболеваниям относятся:

- а. поллиноз**
- б. инфекционно-аллергический миокардит
- в. идиопатический фиброзирующий альвеолит
- г. миастения
- д. наследственный ангиоотек

11. Для псевдоаллергических заболеваний характерно:

- а. отсутствие специфических иммуноглобулинов класса Е**
- б. проявление реакций непереносимости после приема различных по химической структуре веществ
- в. возникновение реакций после первого приема препарата**
- г. наличие периода сенсибилизации

12. Минимальная продолжительность периода активной сенсибилизации у человека составляет:

- а. 2-3 часа
- б. 24 часа**
- в. 4 дня
- г. 7-8 дней
- д. 30-50 дней

13. Реагиновый механизм лежит в основе следующих заболеваний:

- а. сывороточной болезни
- б. атопический бронхиальной астмы**
- в. контактного дерматита
- г. экзогенного аллергического альвеолита**

14. Максимальное содержание IgE наблюдается в возрасте:

- а. до 4 лет
- б. от 5 до 6 лет**
- в. от 12 до 14 лет
- г. от 20 до 40 лет
- д. от 60 до 80 лет

15. Реагинам присущи биологические свойства

- а. пассивно сенсibilизировать плод
- б. проникать через гематоплацентарный барьер
- в. пассивно сенсibilизировать кожу здорового человека
- г. **все перечисленное**

16. К клеткам-мишеням аллергии 1 порядка относятся:

- а. **эозинофилы**
- б. **тучные клетки**
- в. нейтрофилы
- г. гладкомышечные клетки
- д. базофилы
- е. тромбоциты

17. Примерами клеток-мишеней аллергии 2 порядка являются:

- а. тучные клетки
- б. базофилы
- в. эозинофилы
- г. тромбоциты
- д. **нейтрофилы**

18. Участие гистамина в аллергических реакциях обусловлено:

- а. способностью повышать сосудистую проницаемость и сокращать гладкую мускулатуру
- б. способностью привлекать в зону аллергической реакции клетки-мишени 2 порядка
- в. способностью понижать сосудистую проницаемость и расслаблять гладкую мускулатуру
- г. **всем перечисленным**

19. Сколько известно типов гистаминовых рецепторов

- а. 1 тип
- б. 2 типа
- в. 3 типа
- г. **4 типа**

20. Из основных патогенетических механизмов при персистирующей форме бронхиальной астме ведущая роль принадлежит:

- а. бронхиальной гиперреактивности
- б. **бронхиальному воспалению**
- в. рефлексу через n.vagus.
- г. обструкции, связанной с необратимой перестройкой стенки бронхов

21. Оценить активность воспалительного процесса у больных

БА позволяет все, за исключением:

- а. бронхоальвеолярного лаважа
- б. **спирографического исследования**
- в. биопсии слизистой бронхов
- г. цитологического исследования мокроты

22. Механизмом действия теofilлина является:

- а. стимуляция β 2- адренорецепторов
- б. **ингибирование фосфодиэстеразы**
- в. ингибирование фосфолипазы A2

23. Особенности иммунной системы следующие:

- а. она строго ограничена от других органов и систем
- б. **она генерализована по всему телу**
- в. **ее клетки постоянно рециркулируют через кровотоки по всему телу**
- г. она обладает уникальной способностью вырабатывать специфические антитела

24. Цитотоксические Т-лимфоциты (CD8+):

- а. **играют ключевую роль в реакциях гиперчувствительности замедленного типа**
- б. участвуют в реакциях контактной гиперчувствительности
- в. **осуществляют реакции трансплантационного иммунитета**
- г. осуществляют противовирусный иммунитет
- д. **осуществляют противоопухолевый иммунитет**
- е. осуществляют реакции немедленного типа

25. Т-лимфоциты помощники (CD4+):

- а. **обеспечивают реакции гиперчувствительности немедленного типа**
- б. стимулируют В-лимфоциты к пролиферации и дифференцировке в антителообразующие клетки
- в. тормозят выработку антител
- г. обеспечивают стремление и поддержание иммунологической толерантности

26. Макрофаг:

- а. обеспечивает защиту от облигатных и внутриклеточных микроорганизмов
- б. разрушает и удаляет неметаболизируемые органические материалы
- в. является активно секретирующей клеткой
- г. является антитело-продуцирующей клеткой
- д. **является антиген-презентирующей клеткой**
- е. участвует в противоопухолевом и противовирусном иммунитете

	<p>27. Т-зависимые реакции вызываются</p> <ol style="list-style-type: none"> корпускулярными антигенами растворимыми антигенами внутриклеточно-расположенными антигенами комплексными антигенами <p>28. Функция Т-системы иммунитета связана с:</p> <ol style="list-style-type: none"> синтезом иммуноглобулинов фагоцитозом цитотоксической функцией все перечисленным <p>29. Иммуноглобулины синтезируются и секретируются:</p> <ol style="list-style-type: none"> Т-лимфоцитами нейтрофилами плазматическими клетками макрофагами всеми перечисленными клетками <p>30. IgG способны:</p> <ol style="list-style-type: none"> связывать комплемент связывать токсины проходить через плаценту участвовать в противоинфекционной защите все перечисленное верно <p>31. IgM участвуют в:</p> <ol style="list-style-type: none"> первичном иммунном ответе связывании комплемента нейтрализации бактерий все перечисленное верно все перечисленное неверно <p>32. IgA участвуют в:</p> <ol style="list-style-type: none"> местном иммунитете нейтрализации бактерий местном иммунитете и нейтрализации бактерий все перечисленное верно
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p>33. Какие антигистаминные препараты относятся к первому поколению (ПК5)</p> <ol style="list-style-type: none"> Клемастин (Тавегил) Лоратадин (Кларитин, Кларотадин) Цетиризин (Зиртек) Хлоропирамин (Супрастин) Фексофенадин (Телфаст) <p>34. Преимущества антигистаминных препаратов 2-го поколения (ПК5)</p> <ol style="list-style-type: none"> Высокое сродство к H1 рецепторам Высокая проходимость через гемато-

энцефалический барьер

- в. Отсутствие седативного эффекта**
- г. Отсутствие тахифилаксии**
- д. Блокада других типов рецепторов
- е. Все из перечисленного

35. Основными аллергенами у больных аллергическим ринитом является (ПК6)

- а. Домашняя пыль**
- б. Клещ домашней пыли**
- в. Пыльца комнатных растений
- г. Пищевые продукты

36. Какова тактика врача при возникновении анафилактического шока у ребенка после подкожного введения лекарств на дому? (ПК 1,6)

- а. Поручить кому-либо из присутствующих позвонить по 03 и вызвать спец. мед. бригаду.**
- б. Начать повторные инъекции адреналина (под контролем показателей АД).**
- в. Ввести в/м преднизолон или гидрокортизон.**
- г. Ввести в/м мочегонные препараты для предупреждения отека мозга.
- д. Положить ребенка с опущенным головным концом, голову повернуть на бок, очистить дыхательные пути, ингаляции кислорода, массаж живота и конечностей. Согреть ребенка.**

37. Укажите симптомы, характеризующие острый экзогенный аллергический альвеолит: (ПК5)

- а. Кашель.**
- б. Одышка.**
- в. Рассеянные сухие хрипы.
- г. Лихорадка.**
- д. Крепитирующие («целлофановые») хрипы в легких.**

38. Какая срочная мед. помощь должна быть оказана больному с асфиктическим синдромом при бронхиальной астме? (ПК6)

- а. Парентеральное введение селективного адреномиметика короткого действия.
- б. В/в капельное введение эуфиллина**
- в. Парентеральное введение преднизолона.**
- г. Назначение антигистаминных препаратов II-го поколения.
- д. Антибактериальная терапия.**

39. Какие растения имеют пыление в середине лета? (ПК5)

- а. Берёза, орешник
- б. Полынь, Амброзия
- в. Овсяница, Мятлик**

40. Какие элементы сыпи характерны для крапивницы? (ПК5)
- а. папула**
 - б. пустула
 - в. волдырь**
 - г. отек
41. Причины атопического дерматита: (ПК5)
- а. Пищевая сенсibilизация**
 - б. Кишечный дисбиоз**
 - в. Контактная аллергия**
 - г. Пиодермия
42. Какие специальные исследования необходимы для диагностики пищевой аллергии? (ПК5)
- а. Кожные пробы с пищевыми аллергенами.**
 - б. Определение содержания общего IgE в крови.**
 - в. Определение специфических IgE-антител к пищевым аллергенам.**
 - г. Определения уровня IgM.
 - д. Аллергоанамнез.**
43. Назовите наиболее тяжелые формы аллергодерматозов: (ПК5)
- а. Синдром Стивенса-Джонсона.**
 - б. Токсидермия.**
 - в. Дерматит Дюринга.
 - г. Синдром Лайела.**
 - д. Строфулюс.
44. Какие мероприятия стоит проводить при анафилактическом шоке лекарственного генеза? (ПК6)
- а. Прекратить введение лекарства, наложить жгут выше места инъекции.**
 - б. Немедленно ввести 0,1% р-р адреналина 0,3-0,5 мл п/к.**
 - в. В/м ввести глюкокортикостероиды.**
 - г. В/в ввести хлористый кальций.
 - д. В/м ввести тавегил.
45. Кожные прик-тесты оптимально поставить с:
- а. 3-4 аллергенами**
 - б. с 18-20 аллергенами
 - в. с 10-12 аллергенами
 - г. количество аллергенов не имеет значения
46. Кожное тестирование с неинфекционными аллергенами можно проводить:
- а. на фоне приема антигистаминных препаратов
 - б. в первый день после отмены антигистаминных препаратов

- в. на второй день после отмены антигистаминных препаратов
- г. **через 3 дня после отмены антигистаминных препаратов**

47. Какое из нижеследующих исследований позволяет оценить степень тяжести течения астмы:

- а. клинический анализ крови
- б. **степень изменений ОФВ1**
- в. рентгенография органов грудной клетки
- г. анализ мокроты

48. Причиной развития астматического статуса могут быть:

- а. обострение воспалительного процесса в бронхолегочной системе
- б. отмена длительно применявшихся глюкокортикоидов
- в. прием препаратов, к которым имеется аллергия
- г. **все перечисленное**

49. Комбинированными препаратами для лечения БА и ХОБЛ являются:

- а. сальбутамол, сальметерол, формотерол.
- б. будесонид, фликсотид,
- в. Спирива, атровент
- г. **Симбикорт, серетид, фостер**

50. Клиническими показаниями для применения H₁-антигистаминных препаратов является наличие у больных

- а. **поллиноза**
- б. неаллергической (неатопической) формы бронхиальной астмы
- в. астматического состояния
- г. всего перечисленного

51. Оптимальная продолжительность применения ингаляционных глюкокортикостероидов составляет:

- а. 2 недели
- б. 1 месяц
- в. 2 месяца
- г. **3-4 месяца**

52. Побочными эффектами для β₂-агонистов являются:

- а. кардиостимуляция
- б. токсическое действие на миокард
- в. синдром "рикошета"
- г. расширение сосудов подслизистого слоя бронхов
- д. **все перечисленные**

53. К β_2 -агонистам длительного действия относятся:
- а. бриканил
 - б. салметерол**
 - в. вентолин
 - г. орципреналин
 - д. формотерол**
54. Ингаляционные глюкокортикоиды показаны для базисной терапии астмы при:
- а. неэффективности препаратов кромогликата и недокромила натрия
 - б. легком персистирующем течении (II ступень терапии)**
 - в. средней тяжести персистирующем течении (III ступень терапии)
 - г. тяжелом персистирующем течении (IV ступень терапии)
 - д. все перечисленное**
55. Характерными признаками для алергизации пыльцевыми алергенами являются:
- а. высокая эозинофилия
 - б. сезонность с частыми обострениями весной и летом**
 - в. аллергия чаще всего проявляется в виде риноконъюнктивального синдрома**
 - г. аллергия чаще всего проявляется в виде дерматитов
 - д. обострения провоцируются гипервентиляцией
56. Алергический ринит чаще бывает обусловлен сенсублизацией:
- а. пылью растений**
 - б. солями тяжелых металлов
 - в. антигенами бактериальных капсул
 - г. бытовой пылью**
 - д. пищевыми алергенами
57. Показания к назначению местных глюкокортикоидов при алергическом рините:
- а. легкое течение
 - б. среднетяжелое течение**
 - в. тяжелое течение**
 - г. отсутствие сезонности
58. Показания для СИТ при алергическом рините:
- а. круглогодичном течении**
 - б. сезонном течении при наличии поливалентной сенсублизации**
 - в. совпадении алергических проб и клинических данных**
 - г. длительности заболевания не более 6 лет

	<p>д. отсутствии сопутствующего контактного дерматита или бронхиальной астмы</p> <p>59. Проявления пищевой аллергии:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. не зависят от количества продукта б. зависят от количества продукта в. зависят от сочетания продуктов г. зависят от вида кулинарной обработки <p>60. Типичными появлениями кожной аллергии являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. кожный зуд б. крапивница в. дерматит г. все перечисленное д. кожный зуд и крапивница <p>61. Для синдрома Леффлера характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. умеренная интоксикация б. кашель с отделением мокроты канареечного цвета в. субфебрильная температура тела г. все перечисленное <p>62. Характерными клиническими признаками ангиотека в области гортани являются</p> <ul style="list-style-type: none"> а. осиплость голоса б. отек губ в. “лающий” кашель г. затрудненное, стридорозное дыхание д. отек лица <p>63. Признаки тяжелого астматического приступа:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. цианоз б. боли при глотании в. PCO₂ более 40 г. величина максимальной скорости выдоха менее 50% от должной д. заложенность носа и слезотечение <p>64. При астматическом статусе обязательно назначается:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. внутривенное введение эуфиллина б. кислородотерапия в. блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов г. седативные препараты д. гормоны парентерально
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>65. Вирус иммунодефицита человека поражает: (ПК1,5)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. T- хелперы б. T- супрессоры в. В-лимфоциты <p>66. Какие классы иммуноглобулинов обладают способностью фиксировать комплемент? (ПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. IgM б. IgG в. IgA

г. IgE

д. IgD

67. Какой основной класс иммуноглобулинов человека обладает цитотоксичностью и обеспечивает реакцию гиперчувствительности немедленного типа? (ПК5)

а. IgM

б. IgG

в. IgA

г. **IgE**

д. IgD

68. Клинические проявления общей вариабельной иммунной недостаточности: (ПК5)

а. Желтуха.

б. Хронический гнойный бронхит.

в. Гнойные синуситы.

г. Диарея.

д. Приступы удушья.

69. При наследственном ангионевротическом отеке имеется дефицит: (ПК5)

а. C3 компонента комплемента

б. C1 ингибитора

в. C9 компонента комплемента

г. C5 конвертазы

70. К иммуномодуляторам бактериального происхождения относятся: (ПК5)

а. имунофан

б. биостим

в. тактивин

г. **рибомунил**

д. **ИРС-19**

е. полиоксидоний

71. К препаратам иммуноглобулина для парентерального введения относят: (ПК5)

а. пентаглобин

б. октагам

в. биавен

г. лейкинферон

д. ронколейкин

е. галавит

72. Клиническими масками ИДС являются: (ПК5)

а. Повторные пневмонии

б. Диарейный синдром

в. Протозойные инфекции

г. Генерализованный кандидоз

д. Бронхиальная астма

73. Увеличение IgG в сыворотке крови наблюдается при:

- а. хронических воспалительных заболеваниях
- б. подостром и хроническом вирусном гепатите
- в. СПИД г) коллагенозах
- г. **все перечисленное верно**

74. Увеличение IgM в сыворотке крови наблюдается в следующих случаях, кроме:

- а. острые воспаления
- б. паразитарные заболевания
- в. муковисцидоз
- г. **после удаления селезенки**

75. Увеличение IgA в сыворотке крови наблюдается в следующих случаях, кроме:

- а. хроническое воспаление
- б. бронхиальная астма
- в. алкоголизм
- г. **лечение иммунодепрессантами, цитостатиками**

76. Вторичный иммунодефицит может характеризоваться следующими признаками:

- а. дисфункция Т- системы
- б. дисфункция В- системы
- в. дисфункция моноцитарно-макрофагальной системы
- г. **все перечисленное верно**

77. Какие клетки продуцируют антитела?

- а. мастоциты
- б. В-лимфоциты
- в. Т-лимфоциты
- г. **плазматические клетки**
- д. эозинофилы

78. Образование антител в организме угнетается при:

- а. дефиците натуральных киллеров
- б. дефиците CD8+ лимфоцитов
- в. дефиците Т-хелперов 1 типа
- г. **дефиците Т-хелперов 2 типа**
- д. **В-иммунодефицитах**

79. В диагностике каких заболеваний наиболее важно определить количество Т и В лимфоцитов в крови?

- а. острые инфекционные заболевания
- б. **иммунодефицитные состояния**
- в. **лимфопролиферативные заболевания**
- г. аллергические заболевания
- д. **СПИД**

80. Укажите время появления первых признаков ВИЧ-инфекции при внутриутробном заражении:

- а. **уже внутриутробно**

- б. сразу после рождения
- в. через 1 месяц после рождения
- г. **через 6 месяцев после рождения**
- д. через 1 год после рождения

81. Укажите ВИЧ-индикаторные болезни у детей:

- а. **цитомегаловирусная инфекция**
- б. иерсиниоз
- в. риккетсиоз
- г. **кандидоз слизистых**
- д. саркома Капоши

82. Причиной наследственного ангиоотека является

- а. дефицит С1-эстеразы
- б. **дефицит ингибитора С1-эстеразы**
- в. дефицит С5
- г. дефицит С3

83. В терапии наследственного ангиоотека эффективны

- а. нативная плазма
- б. антигистаминные препараты
- в. **лиофилизированный С1-ингибитор**
- г. **ε-аминокапроновая к-та**
- д. ингибиторы протеиназ
- е. стероиды с низкой андрогенной активностью (даназол)
- ж. глюкокортикоиды

84. Какие патологические процессы могут приводить к развитию вторичных иммунодефицитных состояний?

- а. **дистрофии**
- б. **авитаминозы**
- в. **нефротический синдром**
- г. **экссудативная энтеропатия**
- д. атопический дерматит

85. К каким инфекциям более чувствительны больные иммунодефицитом с преимущественной недостаточностью антител:

- а. снижена устойчивость к токсоплазменной инфекции
- б. **снижена устойчивость к стафилококкам и пневмококкам**
- в. **снижена устойчивость к стрептококкам и инфлюэнце**
- г. **снижена устойчивость к синегнойной палочке**
- д. снижена устойчивость к рикетсиям

86. Какие из перечисленных заболеваний характерны для иммунодефицита с преимущественной недостаточностью антител:

- а. **возможны аутоиммунные синдромы**
- б. **рецидивирующие заболевания ЛОР органов**
- в. склонность к вирусным заболеваниям

г. рецидивирующие заболевания органов дыхания

87. Какие клинические проявления характерны для иммунодефицита с преимущественной недостаточностью антител:
- а. чаще болеют девочки
 - б. гипоплазия тимуса
 - в. гнойничковые поражения кожи**
 - г. склонность к гипертермическим реакциям**
 - д. панцитопения
88. Какие из перечисленных клинических проявлений более характерны для болезни Брутона:
- а. болеют мальчики**
 - б. болеют девочки
 - в. гипоплазия лимфатических узлов и миндалин**
 - г. гипоплазия тимуса
 - д. Витилиго
89. Какие из перечисленных заболеваний характерны для болезни Брутона:
- а. склонность к вирусному гепатиту**
 - б. склонность к грибковым заболеваниям
 - в. часто развивается волчаночный синдром**
 - г. частые лимфомы и лейкозы**
 - д. высокий риск заболевания туберкулезом
90. Что из перечисленного характерно для синдрома «избирательного дефицита Ig A»:
- а. склонность к инфекционным поражениям оболочек мозга
 - б. склонность к рецидивирующим инфекциям верхних дыхательных путей**
 - в. склонность к бронхиальной обструкции**
 - г. склонность к инфекционным поносам
 - д. склонность к инфекционным заболеваниям мочеполовой системы
91. Какие из перечисленных проявлений более характерны для тяжелых комбинированных иммунодефицитов:
- а. склонность к острому тяжелому течению условно-патогенных инфекций**
 - б. склонность к хроническому прогрессирующему течению условно-патогенных инфекций**
 - в. склонность к гипертермическим реакциям
 - г. склонность к онкопатологии**
 - д. склонность к ожирению
92. Что характерно для больных с тяжелыми комбинированными иммунодефицитами:
- а. анергия при кожных алерготестах**
 - б. гиперэргические местные реакции при введении антигена**

	<p>в. повышенный риск реакции «трансплантат против хозяина»</p> <p>г. вакцинация БЦЖ может вызывать заболевание</p> <p>д. вакцинация полиомиелита может вызывать поражение мозга</p> <p>93. Какие из перечисленных лабораторных проявлений более характерны для болезни Брутона:</p> <p>а. повышен уровень плазматических клеток</p> <p>б. повышен уровень Ig E и Ig M</p> <p>в. снижено содержание Ig всех классов</p> <p>г. снижен уровень Т-хелперов 1-го типа</p> <p>д. практически отсутствуют В-лимфоциты</p> <p>94. Какие из перечисленных проявлений более характерны для синдрома Вискотта- Олдрича:</p> <p>а. склонность к грибковым заболеваниям</p> <p>б. экзематозный дерматит</p> <p>в. склонность к системной герпетической инфекции</p> <p>г. склонность к лимфопролиферативной неоплазии</p> <p>д. склонность к гноеродной инфекции</p> <p>95. Какие из перечисленных проявлений более характерны для синдрома Ди Джорджи (гипоплазия тимуса):</p> <p>а. дэкстрапозиция сердца</p> <p>б. тетания</p> <p>в. снижение эозинофилов</p> <p>г. снижение Т-лимфоцитов</p> <p>д. снижение Ig M и повышение Ig A</p> <p>96. Какие из перечисленных проявлений более характерны для синдрома Луи-Бар:</p> <p>а. атаксия</p> <p>б. тетания</p> <p>в. кожно-глазные формы телеангиоэктазии</p> <p>г. ускоренное половое созревание</p> <p>д. склонность к онкопатологии</p>
--	---

97. Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии- иммунологии»</p>	
--	--

Б 1.Б.6.2 Раздел 2
«Клиническая
аллергология»

1. Задача № 1.

Больной К, 43 года, поступил с жалобами на кашель, одышку с затрудненным выдохом, приступы повторялись 2-3 раза в неделю, ночные приступы 3 раза в месяц. Больной страдает бронхиальной астмой в течение 5 лет. Постоянно лекарственные препараты не применяет, пользуется «по требованию» ингаляционными ГКС (сальметерол), небулайзером (ингаляции с беродуалом). Объективно: со стороны органов дыхания: в легких дыхание жесткое, в нижних отделах сухие свистящие хрипы. Со стороны других органов и систем патологии не обнаружено. Лабораторные данные: эритроциты – $4,9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 148 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $9,8 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $236 \cdot 10^9/л$, эозинофилы – 7%, СОЭ – 10 мм/ч. Аллергологическая проба: положительная к клещу домашней пыли, пыльцевым аллергенам.

1. Ваш предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты)
3. Какую терапию необходимо провести

2. Задача № 2.

Больная М поступила в стационар с жалобами на приступы удушья 1-2 раза в месяц с дистанционными свистящими хрипами, на заложенность носа, общую слабость. Из анамнеза заболевания известно, что болеет с 7 лет, когда впервые на фоне ОРВИ развился приступ бронхиальной астмы - одышка, затруднение выдоха, сухой приступообразный кашель, свистящие хрипы, выслушиваемые на расстоянии. После чего обратились в стационар, было проведено лечение (препараты не помнит), в результате лечения наступило улучшение. Приступы возникают 1-2 раза в месяц, которые купируются Сальбутамолом, в межприступный период принимает будесонид. Аллергоанамнез: в ходе обследования путем постановки кожных проб была обнаружена аллергия на домашнюю пыль, домашнего клеща, шерсть кошек. Аллергические реакции на пищевые продукты, различные медикаменты, вакцины, сыворотки и другое отрицает. Настоящее ухудшение самочувствия связано с проводимым ремонтом в квартире. Госпитализирована для снятия обострения. Из лабораторных и инструментальных данных известно повышение уровня Ig E до 356,0 МЕ/мл.

1. Ваш предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты)
3. Какую терапию необходимо провести

3. Задача № 3 (аллергический ринит).

Больной Д., 20 лет. Обратился к аллергологу в мае в связи с появлением (симптомы сохраняются уже 1,5 недели) насморка, заложенности носа, назального зуда и чихания. Не простужался, температура тела не повышалась, болей в горле, кашля не отмечал. При опросе выяснилось, что подобные явления беспокоили также в мае - июне прошлого года, течение 3-4 недель, однако были менее выражены, связал их с простудой, к врачам не обращался. В анамнезе в раннем детстве отмечалась пищевая аллергия – сыпь на куриный белок. У матери - постоянный насморк, по поводу которого не обследовалась. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, сыпи нет. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 110/60, Ps-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые, В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения больного на данном этапе.
3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

4. **Задача № 4 (экзогенный аллергический альвеолит).**
 Больная И., 38 лет. Направлена на консультацию терапевтом. Беспокоит постепенное в течение более полугода ухудшение самочувствия. Прогрессирует одышка при небольшой физической нагрузке, кашель постоянный с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, периодически субфебрильная температура тела, слабость, потеря аппетита, похудела на 5 кг. Приступы удушья/кашля отрицает. Работает учителем математики в средней школе. Курение – отрицает. Аллергологический анамнез спокойный. Дома около одного года живут 2 попугая. Наследственность – у сына 10 лет в раннем детстве легкие проявления atopического дерматита, у дяди (по материнской линии) бронхиальная астма, ХОБЛ. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 37,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 110/60, Ps-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Над легкими перкуторный тон с коробочным оттенком. В легких дыхание жесткое, рассеянные крепитирующие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. На рентгенограмме легких: снижение прозрачности легочных полей («матовое стекло»), диффузные узелково-сетчатые инфильтраты диаметром до 5 мм. По данным ФВД – преимущественно рестриктивные изменения - умеренное снижение ОЕЛ, ЖЕЛ, ФОЕ. Снижение диффузионной способности легких (ДСЛ). Умеренная гипоксемия. Клинический анализ крови: эр- 3,5 *10¹²/л, Нб-140г/л, лейко- 8*10⁹/л, п-1, с-50, э-2, м-8, л-39, СОЭ-35мм/ч.
1. Предположительный диагноз.
 2. Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?
 3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
 4. План лечения.
5. **Задача № 5 крапивница, вероятнее реакция на иАПФ).**
 Больная З., 62 года, пенсионерка. Поступила в аллергологическое отделение планово с жалобами на регулярное появление чаще вечером и ночью волдырных распространенных сливных высыпаний, сопровождающихся выраженным зудом, иногда (1-2 раза в месяц) отеки лица – губы, веки, подбородок. Принимает кестин 10 мг без выраженного эффекта. Периодически боли ноющего характера в верхних отделах живота, голодные, изжога, запоры, похудание на 3 кг за полгода. Высыпания появились около 8 месяцев назад (весной), без четкой связи с чем-либо. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Вредные привычки – отрицает. Из сопутствующих заболеваний: Гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия 2ф.кл., регулярно принимает эналаприл 10 мг в день, тромбасс 75 мг в день. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, волдыри сливного характера разного размера, местами сливные на спине, животе, бедрах. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 130/80, Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Перитониальных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.
1. Предположительный диагноз.
 2. Составьте алгоритм диагностического поиска
 3. Укажите возможные причины заболевания
6. **Задача № 6 (синдром Лайелла).**
 Больная Э., 18 лет, на фоне приема анальгина по поводу головных болей

почувствовала резкое ухудшения самочувствия. Усилились головные боли, возникли насморк, слезотечение, светобоязнь поднялась t- до 38 0 С, появились высыпания на коже пятнисто-папулезного характера, отмечалось поражение слизистых носа, ротовой полости, глаз. На второй день от появления симптомов – сонливость, спутанность сознания, жажда, отечность лица, t- до 40 0 С, кожные изменения быстро трансформировались в большие пузыри с вскрытием и образованием эрозивных поверхностей.

Объективно: Состояние тяжелое, температура 38,5 . Кожа и слизистые с желтоватым оттенком. На коже спины в подмышечных впадинах, в паховых областях, на животе, бедрах множественные болезненные эритемы, пузыри, эрозии. Пораженная кожа имеет вид ошпаренной кипятком. Слизистая оболочка полости рта, носа, конъюнктивы глаз, резко гиперемирована, местами имеются эрозии. ЧДД - 26 в минуту, АД -100/60, Ps-110 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, чистые, В легких дыхание везикулярное, без локальных изменений. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье, печень у края реберной дуги. Пастозность лица.

1. Предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления

7. Задача № 7 (анафилактический шок).

Больной Р, 22 года, студент, проходит курс инъекционной АСИТ клещевыми аллергенами по поводу бронхиальной астмы и персистирующего аллергического ринита. Сегодня явился на очередную инъекцию аллергена. Самочувствие хорошее, жалоб нет, температура тела 36,6 . Бронхиальную астму контролирует низкими дозами ГКС (пульмикорт 200мкг/сут). Аллерген введен из нового флакона в прежней дозе. На месте инъекции выделилась капля крови. Больной очень торопился и сразу же был отпущен на занятия. При выходе из поликлиники почувствовал резкое ухудшение самочувствия - появились чувство стеснения в груди, слабость, , сердцебиение, чувство жара во всем теле, беспокойство, головная боль, затруднённое дыхание, одышка, кашель, свист в груди. Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные с холодным липким потом. ЧДД - 30 в минуту, АД -60/40, Ps-120 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких дыхание поверхностное, ослабленное, с затрудненным выдохом, свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Тактика ведения больного.
3. Неотложная терапия
4. Какие ошибки были допущены при проведении АСИТ?

8. Задача № 8 (бронхиальная астма атопическая пыльцевая сенсibilизация).

Больной В., 30 лет, предъявляет жалобы на приступы удушья, с затрудненным выдохом с откашливанием небольшого количества вязкой стекловидной мокроты, чихание, заложенность носа, общую слабость, недомогание. Настоящее ухудшение с конца мая в течение 2 недель. Болен 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в мае-июне, в июле все симптомы исчезают. К врачам не обращался, но в этот раз приступы значительно сильнее, чаще, эффект от сальбутамола (ДАИ) минимальный, последние два дня делал более 10-15 вдохов в день. Дочери 3 года – атопический дерматит . У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больного имеется аллергия на клубнику (зуд кожи, насморк), пенициллин (сыпь). Объективно: состояние средней тяжести. Больной сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. ЧДД - 26 в мин. Дыхание громкое, со свистом на выдохе. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по

среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне жесткого с удлиненным выдохом дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 60% от должной.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

9. Задача № 9 (атопический дерматит).

На прием к дерматологу обратилась девушка, 22 лет, с жалобами на незначительный зуд, шелушение, чувство стягивания и сухости кожи, потемнение ее в области локтей. Симптомы возникли и прогрессируют около 2 месяцев. Из анамнеза известно, что в детстве наблюдались явления экземы (лицо, кисти рук) на пищевые аллергены (молоко). Свое состояние связывает с нервным перенапряжением во время сессии. Объективно: процесс распространенный, локализуется преимущественно на коже сгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов, затылочной области и области декольте. Представлен в виде, слившихся в очаги, папул с эскориациями и геморрагическими корочками на поверхности. Очаги гиперпигментированы, инфильтрированы с элементами лихенификации и выраженным белым дермографизмом. Кожа сухая. На коже нижних век гиперпигментация и дополнительная складка Денни-Моргана. ЧДД - 16 в минуту, АД - 120/80 мм.рт.ст., Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Предположительный диагноз.
2. Укажите возможные причины заболевания
3. Составьте план обследования.
4. Назовите принципы лечения.

10. Задача № 10 (холинергическая крапивница).

Больной А., 18 лет, студент, обратился к врачу в связи с появлением в течение последнего года высыпаний. Сыпь обычно возникает через 5-7 минут после физической нагрузки (бег, ходьба по лестнице, занятия в спортзале и пр.), в виде красных пятен и мелких волдырей, локализуется на лице, верхней половине груди и спины, иногда распространяется на живот, ягодицы, бедра, сопровождается сильным зудом и проходит через 1-3 часа после прекращения нагрузки. Накануне обращался к врачам скорой помощи в связи с впервые возникшим эпизодом головокружения с сильным слюнотечением, тошнотой, однократной рвотой, болями в животе, на фоне вышеописанных высыпаний. Связывает это состояние с сильными эмоциональными и физическими нагрузками (опаздывал на важный экзамен). Самочувствие улучшилось после внутривенного введения глюкокортикостероидов. На момент осмотра жалоб нет. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Признаков бытовой, пыльцевой, эпидермальной сенсibilизации нет. Вредные привычки – отрицает. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Дермографизм красный, нестойкий. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 120/80 мм.рт.ст., Ps-56 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Предположительный диагноз. Что за эпизод ухудшения самочувствия имел место накануне?
2. Составьте план обследования.
3. Какие тесты являются основными для подтверждения диагноза.
4. Укажите факторы, способствующие обострению заболевания.
5. Назовите принципы лечения.

11. Задача № 11 (холодовая крапивница).

Больная С., 37 лет, предъявляет жалобы на высыпания в виде зудящих волдырей, появляющихся на лице, кистях после контакта с холодом (холодный ветер, дождь, снег) при согревании, несколько раз в течение последнего месяца (февраль) отмечала ангиоотёки лица (веки, губы), что значительно ограничивало работоспособность. Однократно - через 15-20 минут после употребления холодной колы (в гостях у подруги) появилась осиплость голоса, кашель, затрудненное дыхание, в связи с чем обращалась в «скорую помощь». Врач диагностировал начинающийся отек гортани, от госпитализации отказалась, после проведенного лечения отек постепенно прошел. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Признаков бытовой, пыльцевой, эпидермальной сенсibilизации нет. Вредные привычки – отрицает. На момент осмотра высыпаний нет (на холоде не была, приехала на консультацию на такси). Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Дермографизм красный, нестойкий. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 120/80 мм.рт.ст., Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Дункан-тест – положительный.

1. Предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Опишите методику постановки дункан-теста.
4. Какие еще тесты могут быть использованы для подтверждения диагноза, если дункан-тест отрицательный.
5. Назовите принципы лечения.

12. Задача 12 (синдром Стивенса – Джонсона с поражением кожи и слизистой ротовой полости, вероятно медикаментозной этиологии (пенициллин, ибупрофен).

Ребенок 12 лет заболел лакунарным тонзиллитом, лечился пенициллином, ибупрофеном с положительным эффектом. На 5 сутки лечения на красной кайме губ, слизистой оболочке преддверия полости рта появились мелкие эрозии, покрытые налетом желтоватого цвета. На различных участках кожи появились пятна гиперемии округлой формы, в области некоторых из них образовались пузыри, заполненные мутноватым содержимым.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите тактику лечения.

13. Задача 13 (пищевая аллергия к белкам куриного яйца (вероятно в леветину желтка). Атопический дерматит, локализованная форма, легкого течения, обострение)

Ребенок 4 года, жалобы на высыпания на щеках после употребления в пищу яйца всмятку. Из анамнеза известно, что ребенок часто ест яйца. Высыпания у него периодические в заушных областях в виде мокнутия (используют бепантен). Ребенок готовится к посещению детского дошкольного учреждения, необходимо решить вопрос о проведении вакцинации против гриппа, привит по возрасту, без осложнений.

3. 1. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. 2. Назначьте необходимое обследование.
5. 3. Рекомендации по лечению и вакцинации.

14. Задача № 14 (наследственный ангиоотек).

Больная В., 18 лет, госпитализирована экстренно с отеком лица (губы, подбородок), с распространением на шею и нарастающими явлениями затрудненного дыхания, осиплостью голоса, лающим кашлем. Кожного зуда и высыпаний не отмечает. Отек появился и постепенно прогрессировал после стоматологического вмешательства (удаления зуба мудрости), после чего прошло около 36 часов. Бригадой «СКОРОЙ ПОМОЩИ» введены преднизолон 90 мг, супрастин 1% - 2 мл – без эффекта. В прошлом аллергических реакций не отмечала, в том числе на местные анестетики. Среди родственников аллергиков нет, но у бабушки были похожие острые отеки, умерла от отека гортани в 45 лет. Объективно: Состояние тяжелое, температура 37,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Отек нижней части лица – губы, подбородок и шеи, неотличимый по цвету от здоровых участков кожи, высыпаний, расчесов нет. Слизистая оболочка полости рта, неба, язычка отечные, обычного цвета, без налетов и высыпаний. ЧДД - 26 в минуту, АД - 110/60, Ps-100 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые, в легких дыхание поверхностное, с затрудненным вдохом, везикулярное, без локальных изменений. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения больной на данном этапе.
3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

15. Задача № 15

Больная В., 37 лет, поступила в Институт иммунологии г. Москвы для уточнения диагноза. Жалобы при поступлении: общая слабость, боли в конечностях, спине, мышцах, чувство нехватки воздуха, сердцебиение, непостоянная колющая боль в области сердца, постоянный субфебрилитет. В анамнезе: наблюдение у ревматолога и нерегулярные курсы бициллинотерапии. Ухудшение самочувствия в течение последних двух лет выражалось выше указанными симптомами. В этот же период отмечалось ускорение СОЭ до 30 мм/ч, повышение γ -глобулинов в крови до 28,5%. Проводились курсы антибактериальной терапии без эффекта, после чего получала далагил также без существенного эффекта. Диагноз ревматизма или заболевания из группы системных ревматологических при консультации и Институте ревматологии был снят. В период пребывания в отделении характер жалоб больной не менялся. При обследовании: кожные покровы чистые, пальпируются мягкие безболезненные подчелюстные лимфатические узлы, другие группы лимфатических узлов не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Со стороны других внутренних органов при осмотре также без патологии. ЧСС 108 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки и почек патологических изменений не выявлено. Общий анализ крови, мочи, мокроты, биохимический анализ крови – без особенностей. Со стороны внутренних органов – без особенностей. Мазок из зева – рост гноеродного стрептококка. Посев кала выявил выраженный дисбиоз: снижение общего количества кишечной палочки до $19 \cdot 10^8$, увеличение кокковой флоры до 46% в общей сумме микробов (норма до 25%), бифидобактерии на нижней границе нормы 10^7 . При иммунологическом обследовании: Е-РОК 82%, М-РОК 7%; Ig A – не определяется, Ig M – 220 мг%, Ig G – 3300 мг%.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения больной на данном этапе.
3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

16. Задача №16

Больная К., 15 лет поступила в отделение иммунодефицитных состояний у детей. Из анамнеза известно, что девочка в течение жизни часто болеет ОРВИ, бронхитами. Общее состояние при поступлении удовлетворительное, жалоб нет. Общий анализ крови (лимфопения), анализ мочи, биохимический анализ крови – без особенностей. Бактериология кала: снижение общего количества кишечной палочки до

56 млн/г (норма 300 – 400 млн/г). В иммунограмме: Ig A – 45 мг%, Ig M – 125 мг%, Ig G – 420 мг%. Е-РОК 70%, М-РОК 6%. Теоф. резист. – 67%, Теоф. чувств. – 13 %. Бронхоскопия: двусторонний катаральный эндобронхит 1-2 ст. Рентгенография органов грудной клетки: явления пневмосклероза н/доли справа. Консультация ЛОР-врача: гипоплазия лимфоидной ткани небных миндалин. Общее состояние девочки за время нахождения в отделении было удовлетворительное. Отмечался редкий влажный кашель, слизистые выделения из носа. Получала 1% диоксидин в нос, гентамицин и кефзол в/м, мукалтин, нистатин, тавегил, колибактерин. Проводилась заместительная терапия иммуноглобулином.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

17. Задача №17

Больной Н., 5 лет поступил в отделение иммунодефицитных состояний у детей. Из анамнеза известно, что мальчик с годовалого возраста почти ежемесячно болеет ОРВИ, неоднократно переносил бронхиты. В этом возрасте был выявлен дисбиоз. При иммунологическом обследовании было выявлено снижение уровня иммуноглобулинов (А-50, М-64, G-540 мг%). Общее состояние при поступлении удовлетворительное, жалоб нет. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без особенностей. В соскобе на энтеробиоз обнаружены яйца остриц. В иммунограмме: Ig A – 60 мг%, Ig M – 68 мг%, Ig G – 760 мг%. Нейтрофильный фагоцитоз – 36%. Е-РОК 68%, М-РОК 17%. Теоф. резист. – 50%, Теоф. чувств. – 8%. Анализ кала на дисбиоз: отсутствие бифидумбактерий, резкое снижение количества кишечной палочки, высеивается кишечная палочка со слабо выраженными ферментативными свойствами (более 90%). Рентгенография органов грудной клетки: ограниченный пневмофиброз н/доли справа. Явления хронического бронхита. Консультация ЛОР-врача: хронический катаральный назофарингит. Общее состояние мальчика за время нахождения в отделении было удовлетворительное. Получал пирантел однократно, 1% диоксидин в нос, тимоген по 50 мкг в/м 1 р/д. Выписан в удовлетворительном состоянии.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

18. Задача №18

Больной Р., 1 год 10 месяцев. Роды с наложением щипцов. Масса тела при рождении 3200 г, рост 51 см. С 4 мес гнойный конъюнктивит, пиодермия, гайморит, пневмония, абсцесс. Данные бактериальные процессы плохо поддаются антибактериальной терапии. Не перенес никаких детских инфекций. Вакцинирован АКДС. Вводилась полиомиелитная вакцина. В РСК не обнаружено антител против вводимых при вакцинации антигенов. Ребенок отстает в массе и росте, плохо переносит коровье молоко. Семейный анамнез без особенностей. Лабораторные исследования: количество лимфоцитов в пределах возрастной нормы, Влимфоцитов нет, Т-лимфоциты 60 %, Ig A – 0 мг%, Ig M – 0 мг%, Ig G – 0 мг%. Биопсия лимфатического пахового узла – мало клеток, небольшое количество фолликулов с зародышевыми центрами. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз и принципы терапии. ЗАДАЧА №5 Больной М., 10 лет. Роды обычные, вес при рождении 3500 г, рост 54 см. У матери на 3 месяце беременности тяжелая гриппозная инфекция. С 5 месяцев отмечались простудные заболевания, постоянные бронхиты, синуситы, гнойные конъюнктивиты, энтероколит, остеомиелит правой скуловой кости. Не перенес никаких детских инфекций. На втором году жизни перенес менингококковый менингит, перикардит, неоднократные бронхопневмонии. В последующие годы - бронхиты, бронхопневмонии, хронический гайморит с частыми обострениями. Отмечен выраженный терапевтический эффект от применения антибиотиков и гамма-глобулина. При осмотре кожные покровы бледные, явное отставание в физическом и психическом развитии. Лабораторные исследования: содержание Т- и В-лимфоцитов в пределах возрастной нормы. Иммуноглобулины

отсутствуют.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

19. Задача №19

Больной М., 10 лет. Роды обычные, вес при рождении 3500 г, рост 54 см. У матери на 3 месяце беременности тяжелая гриппозная инфекция. С 5 месяцев отмечались простудные заболевания, постоянные бронхиты, синуситы, гнойные конъюнктивиты, энтероколит, остеомиелит правой скуловой кости. Не перенес никаких детских инфекций. На втором году жизни перенес менингококковый менингит, перикардит, неоднократные бронхопневмонии. В последующие годы - бронхиты, бронхопневмонии, хронический гайморит с частыми обострениями. Отмечен выраженный терапевтический эффект от применения антибиотиков и гамма-глобулина. При смотре кожные покровы бледные, явное отставание в физическом и психическом

развитии. Лабораторные исследования: содержание Т- и В-лимфоцитов в пределах возрастной нормы. Иммуноглобулины отсутствуют.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

20. Задача №20

Больной Д. родился на 3 недели раньше положенного срока. Вес при рождении 2400 г, рост 44 см. С 3 месяцев коклюшеподобный кашель, постоянная пиодермия, ринит, молочница, гнойный конъюнктивит обоих глаз, отиты. Привит БЦЖ. Семейный анамнез: две сестры умерли на первом году жизни от болезней с подобными признаками. Семь дочерей двоюродной бабушки умерли в грудном возрасте. Дочери сводной сестры матери умерли в возрасте 6 месяцев вследствие муковисцедоза.

Объективно: возраст 6 месяцев, масса тела 4250 г, рост 54 см, мальчик бледный с большим животом, малым количеством подкожной жировой клетчатки, лицо старца. Язык обложен белым налетом. Хронический гнойный ринит, двусторонний средний отит. Температура тела 39^оС. Дефицит массы 2200 г и роста 7 см. Лимфатические узлы не пальпируются, чрезвычайно малые миндалины. Данные лабораторных исследований: количество лейкоцитов $1,5 \times 10^9$ /л. Абсолютное количество лимфоцитов 127. Т- и В-лимфоциты не дифференцируются.

Иммуноглобулины: Ig M, Ig G, Ig E – отсутствуют, Ig A – в следовых количествах. Внутрикожная проба с туберкулином отрицательная.

Рентгенологическое исследование: тени тимуса и селезенки не обнаружено. Отсутствует лимфатическая ткань в носоглотке.

Ребенок умер в возрасте 8 месяцев от пневмонии.

1. Предположительный диагноз.

21. Задача №21

Больной С., 6 месяцев. Родился в установленный срок, масса тела при рождении 3220 г, рост 51 см. В первые дни жизни петехиальные кровоизлияния в кожу на лбу, которые рассматривались в связи с родами.

На третьей неделе жизни – частые риниты, отиты, двусторонний конъюнктивит. В конце третьего месяца жизни – экзема, себорейный дерматит на лице, теле и конечностях особенно выражен. Периодически отмечено возникновение крупных синих пятен, кровоизлияний в кожу при небольших травмах, которые распределялись по всему телу. В возрасте 6 мес проведено стационарное обследование по причине частично мокнущей чешуйчатой экземы. Неоднократно перенес тонзиллиты, синуситы, бронхиты, пневмонии. Нет эффекта от гормонов и антибиотиков.

Прививка БЦЖ проведена, на месте прививки рубчика нет. Семейный анамнез без особенностей. Объективно: возраст 6 месяцев, вес 7700, рост 66 см. мальчик беспокойный, сильный зуд. Асимметричные крупные пятнистые высыпания коричнево-красного цвета на лице и конечностях. Выраженный дерматит с чешуйчатыми желтыми корочками на голове. Сильный дерматит в паховой области. Местами петехиальные

кровоизлияния в кожу головы и тела. Крупная гематома в области левого коленного сустава. Печень и селезенка не увеличены. Пальпируются лимфатические узлы. Лабораторные исследования: картина крови – гранулоцитопения – 1200, тромбоцитопения – 8000, анемия – гемоглобин 8,5 %, лимфопения. Иммуноглобулины: Ig M - нет, Ig G 295 мг%, Ig A 37 мг%. Клеточный иммунитет: внутрикожные пробы – анергия, резко снижена реакция лимфоцитов на ФГА.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

22. Задача №22

Больная А, 12 лет. родилась от нормальной беременности, вес при рождении 3400 г, рост 52 см. С 6 мес – пиодермия, конъюнктивиты, отиты, бронхиты, гастроэнтерит. В 2,5 года перенесла коклюш, осложненный пневмонией. С этого времени – постоянные инфекции: перенесла свыше 30 пневмоний (лобэктомия), 18 гнойных ангин, несколько гнойных отитов. Детские инфекции – корь, краснуха, ветряная оспа протекали без осложнений. Умерла от перитонита при наличии амилоидоза почек. Семейный анамнез собрать не удалось. Лабораторные исследования: общий анализ крови – лейкоцитоз с явлениями лимфопении. В иммунограмме – содержание Т- и В-лимфоцитов в пределах нормы, Ig A, Ig G – следы, Ig M – 50 мг%. Не выявлены антитела к бактериям, вирусам и токсинам после прививок АКДС и полиомиелитной вакциной. Биопсия лимфатических узлов – незрелые плазматические клетки, к кортикальной зоне – мало клеток.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

23. Задача № 23 (ПИД с поздним дебютом – ОВИН. Рецидивирующий фурункулез, обострение)

Пациент 26 лет жалуется на появление фурункулов на коже различных анатомических областей. Считает себя больным в течение 3 лет, за этот период отмечалось более 10 фурункулов в области туловища, нижних конечностей, лица, требующих хирургического лечения и антибактериальной терапии. 2 года назад – нагноение гематомы левой голени после травмы; полгода назад – абсцесс ягодичной области после внутримышечной инъекции анальгина. Настоящее ухудшение около недели, появилась болезненная припухлость правой подмышечной области, осмотрен хирургом, 2 дня назад выполнено вскрытие, дренирование правостороннего гидраденита; принимает ципрофлоксацин внутрь. Наследственность, аллергологический анамнез не отягощены; хронические заболевания отрицает. При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормотермия. Среднего физического развития, без дефектов. Кожные покровы обычной окраски, множественные рубцы в области ягодиц, спины, ног. Вскрытый абсцесс правой подмышечной области под повязкой. Периферические лимфоузлы не пальпируются. По внутренним органам без особенностей. ОАК: гемоглобин 145 г/л, лейкоциты $10,4 \times 10^9$ /л, нейтрофилы 78%, лимфоциты 10%, СОЭ 25 мм/ч. Иммунограмма: СД3 50%, СД4 55%, СД8 15%, СД20 6%; ИРИ 3,5; ФАН 40%, ФЧ 6, показатель завершенности фагоцитоза в норме, НСТ тест повышен; IgM 0,1 г/л, IgA 1,8 г/л, IgG 3 г/л.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Сделайте клинико-иммунологическое заключение.
3. Лечебная тактика.

24. Задача № 24 (ПИД- Атаксия – телеангиоэктазия (синдром Луи-Бар).

Ребенок 5 лет. Жалобы на частые простудные заболевания (отиты, бронхиты, рино-синуситы). На момент осмотра переносит незначительную пневмонию. Наблюдается у невролога с задержкой умственного развития. Мать отмечает у ребенка наличие неустойчивой походки (часто падает, теряя равновесие), перестал кататься на самокате. Объективно: Состояние средней тяжести. На коже лица и конъюнктивах сосудистые «звездочки».

При аускультации в левых отделах грудной клетки ослабление дыхания, влажные хрипы. В ОАК: лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$, п/я-10 %, СОЭ-40 мм/ч. Рентгенограмма грудной клетки: левосторонняя нижнедолевая пневмония. Бронхо-альвеолярный лаваж: выявлена *Haemophilus influenzae*. В иммунограмме: снижение количества Т-лимфоцитов и их функциональной активности, снижение в плазме крови иммуноглобулинов IgA, IgG, IgE.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какими методами можно подтвердить диагноз?
3. Принципы терапии.

25. Задача № 25 (Синдром гиперпродукции IgE (синдром Иова)).

Ребенок 6 лет впервые на приеме у аллерголога. Направлен на осмотр в связи с выявлением в анализе крови повышения общего IgE до 1050 МЕ/мл.

Из анамнеза: ребенок с раннего возраста переносил тяжелые инфекционные заболевания (повторные гнойные отиты, неоднократно внебольничную пневмонию, постинъекционные абсцессы). Объективно: состояние удовлетворительное. Гипотрофия, отставание в нервно-психическом развитии. На коже множественные рубцы (следы после вскрытия абсцессов). Увеличение периферических лимфоузлов (пальпируются до 1 см эластичные, безболезненные подчелюстные, шейные, подмышечные). Гипертрофия небных миндалин до 3 степени. Нарушение прорезывания зубов, множественный кариес. Аускультативно над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧД 18 в 1 мин., ЧСС 88 в 1 мин. Наследственный аллергологический анамнез не отягощен. При лабораторном обследовании атопии не выявлено.

1. О каком иммунодефиците можно думать? Какое звено иммунореактивности затронуто?
2. План обследования.
3. Возможности иммунологической коррекции.

26. Задача № 26 (Наследственный ангиоотек, вызванный дефицитом ингибитора 1 компонента комплемента).

Пациент 19 лет поступил на стационарное лечение с жалобами на выраженный отек верхних век обоих глаз. Заболел остро после перенесенной неделю назад ОРВИ легкого течения. При осмотре определялся отек верхних век обоих глаз с почти полным смыканием глазных щелей. Конъюнктивы розового цвета, патологических выделений из глаз нет. Аллергологический и наследственный анамнез не отягощены. Осмотрен аллергологом, диагностирован «ангионевротический отек верхних век», назначено лечение кортикостероидами и антигистаминными препаратами внутрь и парентерально. В общем анализе крови воспалительной реакции и эозинофилии не выявлено, уровень общего IgE 10 МЕ/мл. На фоне проводимого лечения положительной динамики в течение 10 суток не наблюдалось. Через 2 недели отеки верхних век спонтанно разрешились.

1. Сформулируйте предположительный диагноз, назовите причину и триггеры данного заболевания.
2. Укажите характерные клинические проявления заболевания.
3. Неотложная помощь.

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений) если применимо к РП!!!
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-96	1-26	1-29	1-29	
	2	2	-	1	1-3	
ПК	1	3,5,7,9,11,12,18,20,35-44,55,56,59-62,65-69,72-78,82,84,90-96	1-26	1, 11-29	1-3, 11-24, 26-28	
	2	1,2	1-26	1,11-29	1,3, 11-24	
	4	1,2	-	1,11-29	1-3, 11-24, 26	
	5	3-21,23-32,36,37,39-43,45-48,55,56,60-63,65-69,72-82,84-96	1-26	11-29	8-24, 26	
	6	21,22,33-38,44,47,49-54,57-59,63,64,70,71,83,85,87	1-26	11-29	11-24, 26	
	8	22,33-36,38,44,49-54,57-59,64,70,71,83	1-26	1, 11-29	1-3, 11-24, 26	
	9	47,59	1-26	1,11-29	1-3, 11-24, 26	
	10	1,2	-	1	1-3	

**12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ БЛОКА 1
«АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ»**

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Формы контроля – рефераты, устный доклад (1 раз в неделю)

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.Б.6.1</i>	Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»	84
<i>Б 1.Б.6.2</i>	Раздел 2 «Клиническая аллергология»	204
<i>Б 1.Б.6.3</i>	Раздел 3 «Клиническая иммунология»	36

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p><i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Особенности строения и функционирования иммунной системы. 2. Клетки врожденного иммунитета. 3. Гуморальные компоненты врожденного иммунитета. 4. Клеточные и гуморальные компоненты приобретенного иммунитета. 5. Субпопуляции и фенотип Т-клеток. 6. Виды и характеристика В-клеток. 7. Характеристика системы цитокинов (ЦК). Классификация цитокинов. 8. Свойства цитокинов. Роль ЦК в регуляции иммунного ответа.
--	---

<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p>9. Организационные принципы помощи больным аллергическими заболеваниями и иммунопатологией.</p> <p>10. Методы диагностики и лечения аллергических заболеваний.</p> <p>11. Аллергенспецифическая иммунотерапия.</p> <p>12. Неотложные состояния в аллергологии: анафилактический шок, отек Квинке.</p> <p>13. Пищевая аллергия.</p> <p>14. Аллергодерматозы. Атопический дерматит.</p> <p>15. Лекарственная аллергия.</p> <p>16. Принципы ступенчатой терапии бронхиальной астмы.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>17. Оценка иммунного статуса, формирование иммунологического диагноза.</p> <p>18. Иммунодиагностика заболеваний иммунной системы.</p> <p>19. Иммунотерапия. Иммуномодулирующие препараты, иммунодепрессанты, их использование при различных видах патологии.</p> <p>20. Врожденные иммунодефициты: этиопатогенез, классификация.</p> <p>21. Врожденные иммунодефициты: клинические и лабораторные критерии диагностики.</p> <p>22. Приобретенные иммунодефициты: клинические и лабораторные критерии диагностики.</p> <p>23. Роль медико – генетического консультирования в пре- и постнатальной диагностике иммунодефицитных состояний.</p>

	24. Роль генетических факторов в развитии иммунной патологии.
--	---

Перечень дискуссионных тем :

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии- иммунологии»</p>	<p>6. Современные представления о врожденном иммунитете.</p> <p>7. Современные представления о строении и функционировании цитокиновой сети, её значение в развитии аллергопатологии.</p> <p>8. Вакцинопрофилактика в 21 веке.</p> <p>9. Вакцинация беременных.</p> <p>10. Проблемы иммунотерапии.</p> <p>11. Лихорадка неясного генеза: дифференциально - диагностический алгоритм.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p>12. Особенности терапии аллергопатологии у беременных.</p> <p>13. Проблемы диагностики синдрома перекрёста БА-ХОБЛ.</p> <p>14. Нарушение микробиоты организма при atopическом дерматите.</p> <p>15. Роль элиминационной диеты мамы в пре- и постнатальной профилактики atopического дерматита.</p> <p>16. Принципы выбора молочной смеси для профилактики и лечения пищевой аллергии.</p> <p>17. Инъекционные и пероральные методы АСИТ: преимущества и недостатки.</p>

<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>18. Ятрогенные иммунодефициты: проблемы диагностики и лечения.</p> <p>19. Биология ВИЧ.</p> <p>20. Первичные иммунодефициты у взрослых.</p> <p>21. Вторичные иммунодефициты у детей, понятие «часто болеющий ребёнок».</p> <p>22. Оценка иммунного статуса у «часто болеющих детей», возрастные особенности иммунограммы.</p> <p>23. Таргетная терапия: моноклональные антитела в лечении аллергических заболеваний.</p>
--	---

Темы рефератов

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<p>25. Эпидемиология аллергических болезней в России и за рубежом.</p> <p>26. Современные представления о врожденном иммунитете.</p> <p>27. Воспаление как основа патологического процесса различного генеза.</p> <p>28. Система комплемента, методы ее оценки, клиническое значение.</p> <p>29. Цитокины и антицитокиновая терапия в клинической практике.</p> <p>30. Системные и топические глюкокортикостероиды: дифференцированный подход к применению.</p> <p>31. Особенности применения антигистаминных препаратов у детей.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p>32. Подходы к использованию глюкокортикостероидов в терапии аллергопатологии у детей.</p> <p>33. АСИТ как новый шаг в лечении атопического дерматита.</p> <p>34. Пищевая аллергия и пищевая непереносимость.</p> <p>35. Тяжелые токсико-аллергические реакции. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Терапия.</p>

	<p>Профилактика. Прогноз.</p> <p>36. Варианты клинического течения анафилактического шока в зависимости от тяжести и основных симптомов.</p> <p>37. Аллергический бронхолегочный аспергиллез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>38. Эфферентная терапия аллергических заболеваний (плазмаферез, гемосорбция, специфическая иммуносорбция): показания к их применению, механизм действия, осложнения и их профилактика.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>39. Иммунопрофилактика: за и против.</p> <p>40. ВИЧ-инфекция: современное состояние проблемы.</p> <p>41. ВИЧ-инфекция: современные достижения в диагностике и лечении.</p> <p>42. Биологическая терапия в иммунологии.</p> <p>43. Возрастные особенности иммунного ответа.</p> <p>44. Молекулярные механизмы активации лимфоцитов. Апоптоз.</p> <p>45. Дефекты продукции антител; комбинированные иммунодефициты; дефекты фагоцитоза; дефекты системы комплемента.</p>

Фонд оценочных средств по программе «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»

Перечень вопросов для устного собеседования:

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя	УК-1, ПК-1, ПК-

	спасателями на фантоме	5, ПК-6, ПК-8
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
4.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
5.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
6.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
8.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
3.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
4.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
5.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
6.	Тактика ведения больного при гипогликемии.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
7.	Тактика ведения больного при гипергликемии.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

8.	Тактика ведения больного при ЖКК.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
9.	Тактика ведения больного при ОНМК.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Банк тестовых заданий (с ответами)

1. БОЛЬНОМУ ПРИ РЕЗКОМ СНИЖЕНИИ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ
 - А стандартных иммуноглобулинов для внутривенного введения
 - Б стандартных иммуноглобулинов для внутримышечного введения
 - В иммунокорректирующих
 - Г рекомбинантных интерферонов

2. ОБОСТРЕНИЕ ГРИБКОВОЙ АЛЛЕРГИИ ОТМЕЧАЕТСЯ
 - А при прогулке в хвойном лесу
 - Б в новом деревянном доме
 - В в морских прибрежных зонах
 - Г в речных прибрежных зонах

3. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА ПОДРАЗУМЕВАЕТ
 - А оценку иммунного ответа по стадиям развития
 - Б оценку иммунного статуса на разных стадиях заболевания
 - В выявление патогенов и оценку ответа на них
 - Г оценку иммунных подсистем

4. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
 - А наличие аллергических заболеваний у родственников раннее
 - Б низкий уровень иммуноглобулина Е
 - В наличие хронических заболеваний
 - Г введение в прикорм высокоаллергенных продуктов

5. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ
 - А атопической бронхиальной астмой средней степени тяжести
 - Б острой пневмонией
 - В системной красной волчанкой
 - Г X-сцепленной агаммаглобулинемией

6. МНС АНТИГЕНЫ I КЛАССА МОГУТ БЫТЬ ОПРЕДЕЛЕНЫ В

- А серологическом тесте
- Б реакции агглютинации
- В реакции связывания компонента
- Г реакции розеткообразования

7. МОЛЕКУЛЯРНЫЙ ВЕС БОЛЬШИНСТВА ПИЩЕВЫХ АЛЛЕРГЕНОВ СОСТАВЛЯЕТ (В КДА)

- А от 10 до 70
- Б от 80 до 100
- В от 2 до 10
- Г от 150 до 200

8. В ГИСТОТИПЕ У БОЛЬНЫХ ПРИ УВЕИТЕ НА ФОНЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА ВСТРЕЧАЕТСЯ АНТИГЕН

- А HLA-B27
- Б HLA-B13
- В HLA-B16
- Г HLA-B17

9. ТКАНИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ ВИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- А ксеногенными
- Б сингенными
- В аллогенными
- Г изогенными и аутогенными

10. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИФИКАЦИОННЫХ КОЖНЫХ ПРОБ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА

- А атопического дерматита в стадии обострения
- Б круглогодичного аллергического ринита
- В перенесённой пневмонии
- Г бронхиальной астмы легкого течения

11. ПРОТЕИНОМ, МАРКЕРОМ ПЕРЕКРЕСТНЫХ РЕАКЦИЙ МЕЖДУ РАКООБРАЗНЫМИ, КЛЕЩАМИ И ТАРАКАНАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А Pen a 1- тропомиозин
- Б Bos d 8 - казеин
- В Gad c 1-парвальбумин
- Г Ara h 1,2,3,6-белок запаса

12. АНАФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ (I ТИПА)
ОПОСРЕДОВАНА

- А образованием IgE и выбросом активных молекул из тучных клеток
- Б активированными макрофагами под влиянием лимфоцитов, сенсibilизированных к антигену
- В иммунными комплексами, фиксирующимися в тканях и вызывающими их повреждение
- Г антителами класса IgG к антигенам клеточной поверхности и внеклеточного матрикса

13. СКОЛЬКО АНТИГЕН-СВЯЗЫВАЮЩИХ УЧАСТКОВ У
ИММУНОГЛОБУЛИНА E?

- А 2
- Б 4
- В 1
- Г 3

14. ВЫВЕДЕНИЕ МАКРОФАГОМ ОТДЕЛЬНЫХ ЭПИТОПОВ НА
ПОВЕРХНОСТЬ МЕМБРАН НАЗЫВАЮТ

- А процессингом
- Б трансформацией эпитопа
- В расщеплением эпитопа
- Г рекомбинацией эпитопа

15. БУДЕСОНИДА СУСПЕНЗИЯ В НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНА
С (В МЕСЯЦАХ)

- А 6
- Б 0
- В 2
- Г 12

16. ДЕФИЦИТ ЙОДА В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ ПРИВОДИТ К
ПОВЫШЕНИЮ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- А щитовидной железы
- Б надпочечников
- В поджелудочной железы
- Г дыхательной системы

17. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ БАЛЬНАЯ ШКАЛА

- А UAS 7
- Б UAS 3
- В DLQI
- Г AE-QoL

18. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ТЕРАПИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А заместительная терапия иммуноглобулиновыми препаратами
- Б применение препаратов тимуса
- В переливание эритроцитарной массы
- Г витаминотерапия

19. К АКТИВНЫМ МЕТАБОЛИТАМ СРЕДИ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ

- А цетиризин
- Б лоратадин
- В эбастин
- Г клемастин

20. НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А обучение пациентов
- Б санаторно-курортное лечение
- В применение ионизаторов воздуха
- Г Иглорефлексотерапия

21. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИСОЕДИНЕНИЯ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ К АТОПИЧЕСКОМУ ДЕРМАТИТУ ЯВЛЯЕТСЯ

- А поражение гениталий
- Б вульгарное импетиго
- В остиофолликулит
- Г фолликулит

22. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ СИНТЕЗИРУЮТ

- А плазматические клетки
- Б макрофаги
- В Т-лимфоциты
- Г тучные клетки

23. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ СОДЕРЖАНИЯ В-ЛИМФОЦИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ РЕАКЦИЮ

- А иммунолюминесценции с помощью моноклональных антител против CD19, CD20 или CD21
- Б агглютинации лимфоцитов анти-HLA-сывороткой
- В розеткообразования с эритроцитами барана
- Г преципитации в агаре

24. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ (ОСЛОЖНЕНИЙ) У ПАЦИЕНТОВ С ГУМОРАЛЬНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ ТРЕБУЕТСЯ ПРЕТРАНСФУЗИОННЫЙ УРОВЕНЬ IGG (В Г/Л)

- А 6-8
- Б 9-10
- В 4-5
- Г 3-4

25. РАННЯЯ ФАЗА АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- А первых 20 минут
- Б 6 часов
- В 36 часов
- Г 12 часов

Банк ситуационных клинических задач

27. Задача № 1.

Больной К, 43 года, поступил с жалобами на кашель, одышку с затрудненным выдохом, приступы повторялись 2-3 раза в неделю, ночные приступы 3 раза в месяц. Больной страдает бронхиальной астмой в течение 5 лет. Постоянно лекарственные препараты не применяет, пользуется «по требованию» ингаляционными ГКС (сальметерол), небулайзером (ингаляции с беродуалом). Объективно: со стороны органов дыхания: в легких дыхание жесткое, в нижних отделах сухие свистящие хрипы. Со стороны других органов и систем патологии не обнаружено. Лабораторные данные: эритроциты – $4,9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 148 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $9,8 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $236 \cdot 10^9/л$, эозинофилы – 7%, СОЭ – 10 мм/ч. Аллергологическая проба: положительная к клещу домашней пыли, пылевым аллергенам.

4. Ваш предварительный диагноз
5. Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты)
6. Какую терапию необходимо провести

28. Задача № 2.

Больная М. поступила в стационар с жалобами на приступы удушья 1-2 раза в месяц с дистанционными свистящими хрипами, на заложенность носа, общую слабость. Из анамнеза заболевания известно, что болеет с 7 лет, когда впервые на фоне ОРВИ развился приступ бронхиальной астмы - одышка, затруднение выдоха, сухой приступообразный кашель, свистящие хрипы, выслушиваемые на расстоянии. После чего обратились в стационар, было проведено лечение (препараты не

помнит), в результате лечения наступило улучшение. Приступы возникают 1-2 раза в месяц, которые купируются Сальбутамолом, в межприступный период принимает будесонид. Аллергоанамнез: в ходе обследования путем постановки кожных проб была обнаружена аллергия на домашнюю пыль, домашнего клеща, шерсть кошек. Аллергические реакции на пищевые продукты, различные медикаменты, вакцины, сыворотки и другое отрицает. Настоящее ухудшение самочувствия связано с проводимым ремонтом в квартире. Госпитализирована для снятия обострения. Из лабораторных и инструментальных данных известно повышение уровня Ig E до 356,0 МЕ/мл.

4. Ваш предварительный диагноз
5. Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты)
6. Какую терапию необходимо провести

29. Задача № 3.

Больной Д., 20 лет. Обратился к аллергологу в мае в связи с появлением (симптомы сохраняются уже 1,5 недели) насморка, заложенности носа, назального зуда и чихания. Не простужался, температура тела не повышалась, болей в горле, кашля не отмечал. При опросе выяснилось, что подобные явления беспокоили также в мае - июне прошлого года, течение 3-4 недель, однако были менее выражены, связал их с простудой, к врачам не обращался. В анамнезе в раннем детстве отмечалась пищевая аллергия – сыпь на куриный белок. У матери - постоянный насморк, по поводу которого не обследовалась. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, сыпи нет. В зеве без гиперемии и налетов, миндалин не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 110/60, Ps-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

4. Предположительный диагноз.
5. Тактика ведения больного на данном этапе.
6. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

30. Задача № 4.

Больная И., 38 лет. Направлена на консультацию терапевтом. Беспокоит постепенное в течение более полугода ухудшение самочувствия. Прогрессирует одышка при небольшой физической нагрузке, кашель постоянный с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, периодически субфебрильная температура тела, слабость, потеря аппетита, похудела на 5 кг. Приступы удушья/кашля

отрицает. Работает учителем математики в средней школе. Курение – отрицает. Аллергологический анамнез спокойный. Дома около одного года живут 2 попугая. Наследственность – у сына 10 лет в раннем детстве легкие проявления атопического дерматита, у дяди (по материнской линии) бронхиальная астма, ХОБЛ. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 37,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -110/60, Ps-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Над легкими перкуторный тон с коробочным оттенком. В легких дыхание жесткое, рассеянные крепитирующие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

На рентгенограмме легких: снижение прозрачности легочных полей («матовое стекло»), диффузные узелково-сетчатые инфильтраты диаметром до 5 мм. По данным ФВД – преимущественно рестриктивные изменения- умеренное снижение ОЕЛ, ЖЕЛ, ФОЕ. Снижение диффузионной способности легких (ДСЛ). Умеренная гипоксемия.

Клинический анализ крови: эр- 3,5 *10¹²/л, Hb-140г/л, лейко- 8*10⁹/л, п-1, с-50, э-2, м-8, л-39, СОЭ-35мм/ч.

5. Предположительный диагноз.
6. Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
8. План лечения.

31. Задача № 5.

Больная З., 62 года, пенсионерка. Поступила в аллергологическое отделение планово с жалобами на регулярное появление чаще вечером и ночью волдырных распространенных сливных высыпаний, сопровождающихся выраженным зудом, иногда (1-2 раза в месяц) отеки лица – губы, веки, подбородок. Принимает кестин 10 мг без выраженного эффекта. Периодически боли ноющего характера в верхних отделах живота, голодные, изжога, запоры, похудание на 3 кг за полгода. Высыпания появились около 8 месяцев назад (весной), без четкой связи с чем-либо. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Вредные привычки – отрицает. Из сопутствующих заболеваний: Гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия 2ф.кл., регулярно принимает эналаприл 10 мг в день, тромбо-асс 75 мг в день. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, волдыри сливного характера

разного размера, местами сливные на спине, животе, бедрах. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -130/80, Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Перитониальных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

4. Предположительный диагноз.
5. Составьте алгоритм диагностического поиска
6. Укажите возможные причины заболевания

11.2 ПРИЛОЖЕНИЕ 2

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К ПРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 54 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
	Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых	12
	Экстренная медицинская помощь	12
	Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача	6
	Физикальное обследование пациента (определение состояния дыхательной системы)	12
	Проведение и оценка скарификационных тестов с аллергенами	12

Вопросы и задания для самоконтроля:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неотложная помощь при ОНМК 2. Неотложная помощь при гипогликемии 3. Неотложная помощь при гипергликемии 4. Неотложная помощь при анафилактическом шоке 5. Неотложная помощь при (ОКС1), кардиогенный шок 6. Неотложная помощь при (ОКС2), отёк легких 7. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении (ЖКК) 8. Неотложная помощь при бронхообструктивном синдроме на фоне бронхиальной астмы (БОС) 9. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) 10. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе (Обструктивный шок)
--	---

Перечень дискуссионных тем :

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Техника проведения сердечно-легочной реанимации
--	--

Темы рефератов

	<ol style="list-style-type: none"> 1. «Расширенная сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики» 2. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту в эндокринологии» 3. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту в гастроэнтерологии». 4. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту с бронхообструктивным синдромом на фоне бронхиальной астмы (БОС)» 5. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту с ОКС». 6. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту при спонтанном пневмотораксе» 7. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту при ОНМК». 8. «Проведение искусственной вентиляции легких».
--	--

1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Оториноларингология»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p style="text-align: center;">Б <i>1.В.ОД.1</i>«Оториноларингология»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Острый фронтит, клиника, диагностика, лечение.2. Показания и методика слухосохраняющих и слуховосстанавливающих операций.3. Мастоидит: этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение. Показания к хирургическому лечению.4. Озена – зловонный насморк, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.5. Показания и методика выполнения операции при атрезиях полости носа.6. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования внутреннего уха.7. Хронические тонзиллиты. Показания к хирургическому лечению. Методика проведения операции тонзиллэктомии.8. Аллергические риниты: клинический диагноз, лечение Острые гнойные средние отиты. Клиника, диагностика и лечение. Особенности течения у детей, при инфекционных заболеваниях.9. Хронический гайморит: этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.10. Острый и хронический фарингиты. Клиника, диагностика и лечение.11. Острые и хронические этмоидиты: клиника, диагностика, лечение.12. Хронические гнойные средние отиты (эпитимпаниты). Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.13. Искривление носовой перегородки. Клиника, диагностика и лечение.14. Хронические гнойные средние отиты (мезотимпаниты). Клиника, диагностика, лечение.15. Кисты придаточных пазух носа: клиника, диагностика и лечение.16. Острые профессиональные заболевания дыхательных путей.17. Хронические профессиональные заболевания.18. Специфические поражения дыхательных путей, связанные с токсическим действием некоторых химических соединений.19. Аллергические заболевания. Лечение профессиональных заболеваний дыхательных путей.
--	--

	20. Стенозы гортани. Стадии стеноза. Клиника, диагностика, лечение.
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б <i>1.В.ОД.1</i>«Оториноларингология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническая анатомия, физиология гортани, трахеи, бронхов. 2. Клиническая анатомия внутреннего уха: полукружные каналы, улитка, спиральный орган. 3. Клиническая анатомия, физиология носа и придаточных пазух. Роль носового дыхания для организма человека. 4. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования наружного и среднего уха. 5. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования внутреннего уха. 6. Клиническая анатомия, физиология глотки. Морфо-физиологическая характеристика лимфаденоидного глоточного кольца. 7. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования гортани. 8. Физиология и методы исследования слухового анализатора. 9. Физиология и методы исследования вестибулярного анализатора. 10. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования внутреннего уха. 11. Клиническая анатомия среднего уха (барабанная полость). 12. Тактика врача при исследовании нарушений голосовой функции. 13. Тактика врача при функциональных дисфониях. 14. Причины развития профессиональных заболеваний уха.
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б <i>1.В.ОД.1</i>«Оториноларингология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Методы исследования носоглотки: <ol style="list-style-type: none"> а) передняя риноскопия, задняя риноскопия, б) рентгенологическое исследование, задняя риноскопия, пальцевое исследование, в) фарингоскопия, задняя риноскопия, пальцевое исследование, 2. Расстояние от наружной сонной артерии до верхнего полюса небной миндалины по Булатникову Ф.И:
--	--

а) 2.3 - 3.9 см

б) 4.1 см

3. Ведущие факторы для возникновения фарингитов:

а) резкие колебания влажности и температуры, пыль, сквозняки.

б) повышенное выпадение осадков, пониженная инсоляция воздуха,

в) низкая влажность и высокая инсоляция

4. К звуковоспринимающему аппарату относятся (установить правильную последовательность):

а) спиральный ганглий, кортиев орган, проводящие пути, слуховой центр в коре височной доли мозга

б) слуховой центр в коре височной доли мозга, спиральный ганглий, кортиев орган, проводящие пути

в) кортиев орган, спиральный ганглий, проводящие пути, слуховой центр в коре височной доли мозга

5. Внутренней стенке барабанной полости соответствуют анатомические образования:

а) Устье слуховой трубы, сухожилие m. Tensor tympani

б) Барабанная перепонка, костная стенка наружного слухового прохода,

в) Выступ основного завитка улитки, окно преддверия, окно улитки, лицевой нерв,

г) Пещера сосцевидного отростка, нисходящее колено лицевого нерва,

д) Луковица яремной вены,

е) Дно средней черепной ямки

6. Для хронического синусита наиболее типичны жалобы:

а) головная боль, повышение температуры, затруднение носового дыхания

б) затруднение носового дыхания, нарушение обоняния

в) затруднение носового дыхания, насморк, головная боль, тяжесть в области лица, иногда нарушение обоняния и повышение температуры

7. Возникновению вазомоторной риносинусопатии способствует:

а) Пыль

б) длительное охлаждение конечностей, вегетативная дистония, искривление носовой перегородки, полипы, частые острые риниты, катары верхних дыхательных путей

в) аллергены

8. Со стороны пограничных ЛОР-органов встречаются осложнения синуситов:

- а) отосклероз и кохлеарный неврит
- б) лабиринтопатии
- в) фарингиты, ангины, отиты**

9. Стеноз гортани наступает при:

- а) параличе верхнегортанных нервов
- б) параличе нижнегортанных нервов**
- в) параличе языкоглоточных нервов

10. При стенозе гортани 3 степени следует рассечь следующую связку:

- а) перстневидно-щитовидную**
- б) щитоподъязычную
- в) щитонадгортанную
- г) черпало надгортанную

11. Причиной острого стенозирующего ларинготрахеита может быть все, кроме:

- а) аллергического фона,
- б) экссудативного диатеза,
- в) аденоидов,**
- г) вирусной инфекции.

12. Дисфагия это:

- а) нарушение чистоты, силы и тембра голоса
- б) нарушение глотания**
- в) полное отсутствие голоса;

13. В группу хронических гипертрофических ларингитов относят:

- а) певческие узелки, пахидермию, лейкоплакию, под связочный хронический ларингит, пролапс слизистой оболочки морганиевых желудочков;**
- б) инфекционная гранулема,
- в) доброкачественные опухоли гортани.

14. Отеки гортани возникают при:

- а) травмах, воспалительных процессах в мягких тканях шеи, сердечной и почечной недостаточности, вазомоторно-аллергических заболеваниях;**
- б) острых вульгарных ларингитах;
- в) склероме и дифтерии.

15. В барабанной полости различают следующие отделы:

- а) attic, antrum, promontorium

- б) слуховая труба, среднее ухо и клетки сосцевидного отростка
- в) эпи-, мезо- и гипотимпанум.**

16. В сосцевидном отростке различают следующие основные группы клеток:

- а) скуловые, угловые, верхушечные
- б) перилабиринтные, перифациальные, перисинуозные
- в) верхушечные, угловые, перилабиринтные, перифациальные, перисинуозные, паратимпанальные, субпериостальные**

17. Мыс на медиальной стенке барабанной полости образован:

- а) основным завитком улитки, преддверием лабиринта**
- б) верхушкой улитки
- в) преддверием лабиринта

18. На внутренней поверхности сосцевидного отростка расположено:

- а) кавернозный синус
- б) сигмовидный синус**
- в) задний полукружный канал

19. Фистульный симптом выявляется при проведении:

- а) калорической пробы
- б) вращательной пробы
- в) пневматической пробы (прессорной)**

20. В основе болезни Меньера лежит:

- а) воспалительные изменения в лабиринте
- б) вазомоторные нарушения во внутреннем ухе с последующей повышенной проницаемостью капилляров, гиперпродукции эндолимфы и расширения эндолимфатического пространства**
- в) хронические дегенеративные изменения клеточных структур внутреннего уха

21. При лечении кохлеарного неврита чаще всего применяется следующий комплекс лекарственных препаратов:

- а) ганглиоблокаторы, снотворные, сосудорасширяющие средства и витаминные препараты группы В
- б) сосудорасширяющие, витамины группы В, средства тонизирующие нервную систему**
- в) сосудорасширяющие, витамины группы В, препараты антихолинэстеразного действия

	<p>22. Кохлеарный неврит развивается при:</p> <p>а) сахарном диабете, атеросклерозе, гипертонической болезни, эпидемическом цереброспинальном менингите</p> <p>б) пороках сердца, язвенной болезни, гастрите</p> <p>в) раке желудка, печени, кишечника</p>
--	--

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б <i>1.В.ОД.1«Оториноларингология»</i></p>	<p>Задача № 1</p> <p>Больная 27 лет жалуется на ощущение сухости в полости носа, образование в носовых ходах сухих корок с неприятным запахом, которые часто затрудняют носовое дыхание.</p> <p>Объективно: слизистая оболочка полости носа сухая, истонченная. Носовые раковины уменьшены в размерах, носовые ходы широкие. В носовых ходах — сухие зеленые корки в значительном количестве с примесью зловонного гнояного отделяемого. Слизистая оболочка задней стенки глотки истончена, сглажена, выглядит как бы покрытой лаком. Со стороны других органов отклонений от нормы не определяется. Каков диагноз? Как лечить больную?</p> <p>Ответ: Озена. Консервативное лечение: орошение носовой полости 0,9% раствором натрия хлорида с добавлением в него йода, препаратами морской воды, носовой душ с помощью «Долфин», аминогликозидный ряд антибиотиков, Стрептомицин внутримышечно 0,5 г 2 раза в день. Хирургическое лечение: введение в подслизистую основу аутоотрансплантатов, аллотрансплантатов.</p> <p>Задача № 2</p> <p>Больная 28 лет жалуется на ощущение сухости в носу, образование корок в носовых ходах, расстройство обоняния. Нередко появляются густые гнойные выделения из носа, иногда с примесью крови.</p> <p>Объективно: слизистая оболочка полости носа сухая, резко истончена, на ее поверхности сухие корки, местами густой гной. Носовые раковины уменьшены в размерах, широкие носовые ходы. Слизистая оболочка задней стенки глотки суховата, но в значительно меньшей степени, чем слизистая оболочка носа. Со стороны остальных ЛОР-органов отклонений от нормы не определяется.</p> <p>Каков диагноз? Как лечить больную?</p> <p>Ответ: Хронический атрофический ринит. Орошение орошение носовой полости 0,9% раствором натрия хлорида с добавлением в него йода, препаратами морской воды, носовой душ с помощью устройства «Долфин» раствора морской соли, смазывание слизистой оболочки носа 0,5% раствором йод-глицерола.</p> <p>Задача № 3</p>
--	--

Больной 26 лет жалуется на головную боль с локализацией преимущественно в правой половине лба, тяжесть в голове, насморк, затруднение носового дыхания, повышение температуры тела до 38°C, общее недомогание. Заболел пять дней назад, через неделю после перенесенного респираторного заболевания.

Объективно: кожные покровы несколько влажные. Пульс ритмичен, 84 удара в минуту. Изменений внутренних органов не определяется.

Слизистая оболочка полости носа ярко гиперемирована, умеренно инфильтрирована. Слизисто-гнойные выделения в среднем и нижнем носовых ходах справа. При пальпации определяется болезненность в надбровной области и в области проекции верхнечелюстной пазухи справа.

На рентгенограмме пристеночная вуаль правой лобной пазухи и интенсивное затемнение области решетчатого лабиринта и верхнечелюстной пазухи справа.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Ответ: Острый гемисинусит справа. Лечение: эвакуация патологического отделяемого из околоносовых пазух. Ликвидация очага инфекции и явлений воспаления. Восстановление нормального дренажа и аэрации околоносовых пазух.

Задача № 4

Больная 12 лет поступила в ЛОР-клинику с жалобами на сильную головную боль, гнойный насморк, затруднение носового дыхания. Заболела пять дней назад, через неделю после перенесенного респираторного заболевания. Заболевание началось с болей в надбровной области с обеих сторон, повышения температуры тела до 38,5 °С. На другой день появилась отечность век. При поступлении температура тела 39,5 °С. Припухлость мягких тканей лба и век с обеих сторон.

При риноскопии слизистая оболочка полости носа резко гиперемирована, инфильтрирована, определяется сливкообразный гной в средних носовых ходах с обеих сторон. Болезненность при пальпации в области проекций верхнечелюстных пазух и надбровной области с обеих сторон.

На рентгенограмме околоносовых пазух гомогенное затемнение верхнечелюстных и лобных пазух.

Анализ крови: лейкоцитоз 19,5 x 10⁹/л, СОЭ -60 мм/ч.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Ответ: Острый гнойный двусторонний гайморит, двусторонний фронтит. Реактивный отёк век. Лечение: обязательная госпитализация. санация инфекции в гайморовых и лобных пазухах: пункции гайморовых, трепанопункция лобных пазух, системная антибактериальная терапия с учетом антибиотикочувствительности, симптоматическое лечение.

Задача №5.

Ребенок Иванов И.И. 1 г 5 мес. 16 кг.

Жалобы: гноетечение из ушей, снижение аппетита, вялость, повышение температуры тела до 37,2-37,4°, насморк, затруднение носового дыхания.

Анамнез заболевания: со слов родителей ребёнка, жалобы на насморк, затруднение носового дыхания, кашель появились после переохлаждения месяц назад. Лечились амбулаторно у педиатра по месту жительства. Через неделю после лечения наступило улучшение, ребёнок выписан в детский сад. 5 дней назад возобновился насморк, появился кашель, стали беспокоить боли в ушах, лечились самостоятельно каплями в нос и в уши Отипакс. Сегодня ночью повысилась температура тела до 37,8°, ребёнок стал беспокойным, не спал, появились выделения из ушей светло жёлтого цвета. Направлен на консультацию к ЛОР врачу.

Аллергологический анамнез не отягощён.

ЛОР статус: При пальпации подчелюстные лимфатические узлы пальпируются как одиночные, диаметром 1,5*1,5 см округлой формы, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Носовое дыхание затруднено, в преддверии носа обильное слизисто гнойное отделяемое, носовая перегородка не искривлена, слизистая оболочка носа умеренно гиперемирована, отечна, слизистое отделяемое в общих, средних носовых ходах. В носоглотке слизь, аденоидные вегетации II-III ст.

Полость рта. Рот открывается свободно, слизистые оболочки полости рта, зева чистые, влажные. Язык влажный, розовый, вкусовые сосочки его выражены хорошо.

Слизистая глотки не гиперемирована, нёбные миндалины справа II ст, слева II ст., с дужками не спаяны, налётов нет. По задней стенке глотки умеренное слизистое отделяемое.

Гортаноглотка. Гортань при непрямой ларингоскопии рассмотреть не удаётся из-за маленького возраста пациента.

Уши. Правое ухо. Ушная раковина правильной формы, пальпация сосцевидного отростка, ушной раковины и козелка безболезненна. Наружный слуховой проход заполнен слизисто-гнойным отделяемым, осуществлён туалет уха.

Левое ухо. Ушная раковина правильной формы, пальпация сосцевидного отростка, ушной раковины и козелка безболезненна. Наружный слуховой проход заполнен слизисто- гнойным отделяемым, осуществлён туалет уха.

Заполнение слухового паспорта затруднительно из-за маленького возраста ребёнка.

AD: Мт ярко гиперемирована, опознавательные контуры отсутствуют, световой конус не определяется, щелевидная перфорация в задненижнем квадранте, пульсирующий рефлекс.

AS: Мт ярко гиперемирована, опознавательные контуры

	<p>отсутствуют, световой конус не определяется, щелевидная перфорация в задне-верхнем квадранте, пульсирующий рефлекс.</p> <p>Тональная аудиограмма не выполнялась из-за возраста пациента.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Интерпретируйте данные тимпанограмм. 3. Определите шифр своего диагноза по МКБ 10. 4. Определите план обследования и лечения в соответствии с действующими стандартами обследования и клиническими рекомендациями. <p>Ответ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Гипертрофия аденоидных вегетаций, двусторонний экссудативный отит. 2. Шифр по МКБ 10 J 35.2 Н 65.0 3. Рекомендации: Плановое оперативное лечение. <p>План обследования перед оперативным вмешательством:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Обследование крови на ВИЧ, гепатиты В, С, на сифилис (14 лет). 2.Флюорография. 3.Общий анализ крови (годен 10 дней). 4.Исследование биохимических показателей крови (глюкоза, общий билирубин, его фракции, мочевины, креатинин). 5.Коагулограмма (определение протромбинового индекса, АЧТВ, АПТВ, МНО, фибриногена). 6.Определение свертываемости крови по Сухареву. 7.Осмотр педиатра необходим для выявления возможной соматической патологии или противопоказаний к операции. 8.Регистрация и расшифровка ЭКГ. 9.Бак.посев с миндалин для определения микрофлоры. 10.Учитывая возможный риск кровотечения, за 3-5 дней до операции необходим прием препаратов, снижающих кровоточивость тканей: «Викасол», «Аскорутин». 11. справка об отсутствии карантина по месту жительства. 12. Прививочный сертификат. 13. В день операции нельзя есть и пить.
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

11.Тест

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

<p>Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)</p>	
---	--

12.Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)</p>	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

13.Контрольная работа

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

14.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям</p>	<p>1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении</p>

<p>Удовлетворительно (3)</p> <p>- четырем критериям</p> <p>Хорошо (4)</p> <p>-пяти или шести критериям</p> <p>Отлично (5)</p>	<p>материала</p> <p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
--	--

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

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и из перечня
УК	1	1-5, 15-18	1-5	1-13	1-20	
ПК	1	1-5, 15-18	1-5	1-13	1-20	
	2	1-5, 15-18	1-5	1-13	1-20	
	5	6-8, 19, 20	1-5	1-13	1-20	
	8	9-14, 21,22	1-5	1-13	1-20	

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Оториноларингология»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.В.ОД.1</i>	«Оториноларингология»	36

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.В.ОД.1</i> «Оториноларингология»	<ol style="list-style-type: none">1. Топографическая анатомия полости носа и околоносовых пазух.2. Топографическая анатомия глотки и пищевода3. Топографическая анатомия гортани, трахеи и бронхов.4. Топографическая анатомия височной кости.5. Функциональная диагностика слуха.6. Функциональная диагностика нарушений функций верхних дыхательных путей.7. Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух.8. Воспалительные заболевания гортани.9. Воспалительные заболевания уха.10. Не воспалительные заболевания уха и верхних дыхательных путей
--	--

Перечень дискуссионных тем :

<i>Б 1.В.ОД.1</i> «Оториноларингология»	<ol style="list-style-type: none">1. Алгоритм действий врача при диагностике профессиональных заболеваниях уха, горла и носа2. Алгоритм действий врача при профессиональных заболеваниях уха и верхних дыхательных путей3. Клиническое значение особенностей анатомического строения, топографии и функций носа и околоносовых пазух.4. Возрастные, анатомические и физиологические особенности строения отделов глотки.5. Клиническое значение совокупности всех методов исследования слухового анализатора в постановке диагноза и массового обследования населения с целью выявления нарушения слуха.6. Алгоритм действий врача в диагностике и лечении болезней наружного уха.7. Алгоритм действий врача при остром среднем отите у взрослых и детей.
--	---

	8. Алгоритм действий врача при острых воспалительных заболеваниях гортани 9. Алгоритм действий врача при хронических воспалительных заболеваниях гортани 10. Алгоритм действий врача при стенозах гортани и трахеи 11. Алгоритм действий врача при функциональных и органических заболеваниях гортани
--	--

Темы рефератов

Б 1.В.ОД.1 «Оториноларингология»	1. История развития дисциплины. Значение оториноларингологии в развитии патологических состояний организма. Влияние ЛОР патологии на функции других органов и систем. 2. Клиническая анатомия носа и ОНП 3. Физиология полости носа и околоносовых пазух 4. Клиническая анатомия гортани, трахеи и пищевода 5. Методы исследования гортани, трахеи и бронхов, пищевода 6. Клиническая анатомия слухового анализатора 7. Тугоухость. Клиника, диагностика и лечение 8. Болезнь Меньера. Клиника, диагностика и лечение 9. Заболевания внутреннего уха. Клиника, диагностика и лечение 10. Местные гнойно-воспалительные осложнения острого тонзиллита 11. Инородные тела глотки
---	--

Критерии и шкала оценивания

4. Реферат

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

Отлично (5)	
--------------------	--

5. Дискуссия

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. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Дерматовенерология»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.В.ОД.2 «Дерматовенерология»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Строение дермы. 2. Строение эпидермиса. Роль кератинизации. 3. Защитная функция кожи (механическая, химическая, синтетическая, иммунная, терморегуляторная, дыхательная, рецепторная). 4. Полиморфизм сыпи (истинный и ложный. Различия, клинические примеры.) 5. Патология придатков кожи (волосы, ногти, сальные, потовые железы). 6. Гистопатология кератинизации в эпидермисе. 7. Методы диагностики болезней кожи. 8. Принципы топической терапии дерматологической патологии. 9. Лабораторная диагностика кожных заболеваний. 10. Клиническая диагностика и клиническая характеристика псориаза. 11. Токсикодермия. Токсический эпидермонекролиз Лайелла. Клиника, диагностика, лечение. 12. Понятие об атопии. Международные клинико-лабораторные критерии диагностики атопического дерматита. 13. Экзема. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение. 14. Принципы лечения акне. 15. Склеродермия. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение. 16. Кератомикозы и псевдомикозы. 17. Педикулёз. Эпидемиология. Клиника. Лечение. 18. Принципы лечения хронических пиодермий. 19. Крапивница. Патогенез. Клинические формы. Лечение. 20. Акантолитическая пузырьчатка .Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение. 21. Этиология и эпидемиология сифилиса.
--	---

	<ol style="list-style-type: none"> 22. Первичный период сифилиса. Критерии диагностики .Атипичные формы твердого шанкра. 23. Дифференциальный диагноз первичной сифиломы (мягкий шанкр, шанкриформная пиодермия, острые язвы вульвы Чапина-Липшутса). 24. Клинические проявления вторичного сифилиса. Виды папулезного сифилида. Виды пустулезного сифилида. 25. Критерии диагностики вторичного сифилиса. 26. Иммуногенез сифилиса (реинфекция, суперинфекция). 27. Лабораторная диагностика сифилиса.
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ОД.2«Дерматовенерология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Папула и бугорок. Характеристика. Общее и различия. Клинические примеры. 2. Узел и бугорок. Характеристика. Общее и различия. Клинические примеры. 3. Пятна, разновидности.. Характеристика. При каких заболеваниях встречаются. 4. Волдырь, механизм формирования, эволюция. Клинические примеры. 5. Полостные морфологические элементы. 6. Строение подкожно - жировой клетчатки, роль в организме. 7. Пузырь, пузырьёк. Характеристика. Различия. Клинические примеры. 8. Гнойничок. Характеристика. Исходы. Клинические примеры. 9. Вторичные элементы. Корки, чешуйки. Характеристика 10. Вторичные элементы. Vegetации, лихенификации.Характеристика. 11. Вторичные элементы. Трещины, эксфолиации. Характеристика. 12. Вторичные элементы. Рубцы, рубцовая атрофия. Характеристика. 13. Глубокие пролиферативные первичные элементы. 14. Болезнь Лайма. Эпидемиология .Клиника .Лечение. 15. Алопеции. Патогенез. Клиника. Диагностика, лечение. 16. Многоформная экссудативная эритема. Патогенез. Клиника. Лечение. 17. Дерматоз Дюринга. Патогенез. Клиника. Лечение. 18. Красный плоский лишай. Патогенез. Клиника. Лечение. 19. Розацеа. Патогенез. Стадии болезни. Клиника. Лечение. 20. Простой и аллергический дерматиты. Патогенез. Клиника. Лечение. 21. Онихомикозы. Эпидемиология . Клинические формы Диагностика. Принципы лечения. 22. Опоясывающий лишай. Этиопатогенез. Клиническая картина. Лечение. 23. Простой герпес. Эпидемиология. Клиника. Лечение.Чесотка. Эпидемиология. Клиника. Лечение. 24. Дифференциальная диагностика сифилиса и ложных позитивных серологических реакций при беременности. 25. Третичный сифилис. Патогенез. Клиника. Диагностика. Виды бугоркового сифилида. Виды гуммозного сифилида. 26. Нейросифилис. Клинические формы. Течение. Прогноз 27. Виды лечения при сифилисе (специфическое, превентивное, пробное, профилактическое).
---	---

	<p>28. Скрытый период сифилиса. Дифференциальный диагноз с ложноположительными реакциями.</p> <p>29. Урогенитальные ИППП (гонорея, трихомоноз, хламидиоз).</p> <p>30. Особенности клиники. Диагностика. Лечение. Принципы лечения урогенитальных ИППП.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p align="center">Б 1.В.ОД.2«Дерматовенерология»</p>	<p>01. Лечебное питание больных дерматозом Дюринга предусматривает: а) исключение из рациона продуктов, приготовленных из злаков б) ограничение углеводов в) ограничение белков г) ограничение поваренной соли</p> <p>02. Вторичный элемент, появлению которого не предшествует первичный элемент: а) лихенификация б) экскориация в) вегетация г) трещина</p> <p>03. Специфическое гипосенсибилизирующее действие оказывают препараты: а) глюкокортикоиды б) антигистаминные препараты в) препараты кальция г) тиосульфата натрия</p> <p>04. Показанием к применению цитостатиков является: а) тяжёлые формы псориаза б) тяжёлое течение экземы в) тяжёлое течение атопического дерматита г) диффузная склеродермия</p> <p>05. Лечебное питание больных себореей и вульгарными угрями: а) гипоаллергенная диета б) бессолевая диета в) безглутеновая диета г) ограничение углеводов, животных жиров, исключение острых блюд</p> <p>06. Начало лечения иглорефлексотерапией при хронических заболеваниях кожи проводится а) в период обострения б) в любой период течения заболевания в) в период частичной или полной ремиссии</p>
--	--

г) на усмотрение врача

07. Строение эккринных потовых желез зависит

- а) от локализации
- б) от размеров
- в) от возраста**
- г) от пола

08. Вегетация - это

- а) разрастание сосочкового и сетчатого слоёв дермы
- б) разрастание сосочкового слоя дермы**
- в) разрастание сосочкового слоя дермы и эпидермиса
- г) разрастание всех слоёв кожи

09. Первичный элемент, залегающий в подкожной жировой клетчатке:

- а) бугорок
- б) волдырь
- в) узел**
- г) папула

10. Гиперкератоз - это утолщение

- а) рогового слоя**
- б) базального слоя
- в) шиповидного слоя
- г) зернистого слоя

11. Телеангиэктатическая форма пигментной крапивницы обычно наблюдается

- а) в детском возрасте
- б) исключительно у взрослых больных**
- в) в любом возрасте с одинаковой частотой
- г) в пубертатный период

12. Кольцевидная гранулема часто развивается

- а) при гипертонической болезни
- б) при бронхиальной астме
- в) при аритмии
- г) при сахарном диабете**

13. Причина развития энтеропатического акродерматита:

- а) врожденное нарушение всасывания цинка в двенадцатиперстной кишке**
- б) ферментопатия ЖКТ
- в) склонность к дисбиозу кишечника
- г) надпочечниковая недостаточность

14. Иммунопатологические аутоиммунные процессы при акантолитической пузырчатке:

- а) повышение уровня Ig E в сыворотке
- б) появление антиядерных аутоантител
- в) отложение Ig A в области базальной мембраны и сосочкового слоя дермы
- г) **отложение Ig G в области межклеточных контактов шиповатого слоя**

15. Для синдрома Нетертона характерно:

- а) отсутствие эккринных потовых желёз
- б) **дистрофия волос**
- в) дистрофия ногтей
- г) кератодермия

16. Саркома Капоши при СПИДе (эпидемическая форма), в отличие от идиопатической, классической формы, характеризуется

- а) преимущественной локализацией на нижних и верхних конечностях
- б) постепенным медленным развитием и распространением элементов
- в) постепенным появлением болезненности в местах давления на подошвах
- г) **локализацией на голове, шее, лице, во рту**

17. Вульгарный ихтиоз часто сочетается

- а) **с атопическим дерматитом**
- б) с псориазом
- в) с экземой
- г) с вульгарными угрями

18. Атопия - это:

- а) **врождённая гиперчувствительность без сенсibilизации**
- б) идиосинкразия
- в) моновалентная сенсibilизация
- д) поливалентная сенсibilизация

19. При ихтиозиформных эритродермиях необходимо назначение кортикостероидов

- а) на 2 году жизни
- б) **сразу после рождения**
- в) через 2 месяца после рождения
- г) противопоказано

20. Рубцующийся пемфигоид является разновидностью:

- а) **неакантолитической пузырчатки**
- б) акантолитической пузырчатки

- в) герпетиформного дерматоза Дюринга
- г) врождённого буллёзного эпидермолиза

21. Типичные пигментации при множественном нейрофиброматозе (болезни Реклингхаузена) характеризуются

- а) появлением пигментаций после инсоляций
- б) темным цветом пигментаций и обильных волос на их поверхности
- в) пигментациями с периферической депигментацией
- г) **постепенным увеличением числа "кофейных" пятен (не менее 6)**

22. Местное лечение стрептококкового импетиго:

- а) антибактериальные мази
- б) сложные спирты
- в) **спиртовые растворы анилиновых красителей**
- д) синтомициновая эмульсия

23. Стафилококковый синдром обожженной кожи дифференцируют:

- а) с синдромом Стивенса-Джонсона
- б) с акантолитической пузырчаткой
- в) **с синдромом Лайелла**
- г) с врожденным буллезным эпидермолизом

24. При хронической язвенной пиодермии применяют:

- а) стафилококковый гамма-глобулин
- б) **кортикостероиды**
- в) стафилококковый антифагин
- г) Т-активин

25. Стафилодермия грудного возраста:

- а) **эксфолиативный дерматит Риттера**
- б) щелевидное импетиго
- в) фурункулёз
- г) вульгарный сикоз

26. Разновидность бородавок:

- а) **остроконечные кондиломы**
- б) широкие кондиломы
- в) контагиозный моллюск
- г) контагиозное импетиго

27. В каком возрасте происходит инфицирование вирусом простого герпеса?

- а) **в первые годы жизни**
- б) в период полового созревания
- в) в пожилом возрасте
- г) в любом возрасте

	<p>28. Поливалентная герпетическая вакцина назначается больным</p> <ul style="list-style-type: none">а) простым герпесом в остром периодеб) простым герпесом в период обратного развития высыпанийв) рецидивирующим герпесом в период полной ремиссииг) рецидивирующим герпесом в период обострения <p>29. Какой механизм образования полостных элементов характерен для герпеса простого и опоясывающего?</p> <ul style="list-style-type: none">а) вакуольная дегенерация;б) акантолиз;в) баллонизирующая дегенерация;г) спонгиоз. <p>30. Целью симптоматической терапии при герпетической инфекции является:</p> <ul style="list-style-type: none">а) ограничить распространение очагов инфекции и предупредить их нагноениеб) противорецидивное действиев) санировать очаг вирусной инфекцииг) достичь иммунотерапевтического эффекта <p>31. Инфицирование 2 типом простого герпеса происходит при</p> <ul style="list-style-type: none">а) бытовом контактеб) половом контактев) гемотрансфузииг) внутриутробно <p>32. Типичное осложнение опоясывающего герпеса:</p> <ul style="list-style-type: none">а) парезб) параличв) невралгияг) анестезия <p>33. Разновидность сифилитической алопеции:</p> <ul style="list-style-type: none">а) мелкоочаговаяб) диффузнаяв) смешаннаяг) тотальная <p>34. Достоверный признак позднего врожденного сифилиса:</p> <ul style="list-style-type: none">а) бугорковая сыпь туловищаб) лабиринтная глухотав) седловидный носг) саблевидные голени
--	--

	<p>35. Удлинение инкубационного периода сифилиса наблюдается</p> <p>а) при сопутствующих инфекционных заболеваниях б) при биполярном расположении твердых шанкров в) при приеме антибиотиков в течение инкубационного периода г) при продолжении половой жизни с источником заражения</p> <p>36. Шанкр-панариций - это</p> <p>а) эрозия или язва на пальцах кистей б) увеличение в объеме фаланги пальца без дефекта и без признаков воспаления в) увеличение в объеме фаланги пальца без дефекта с признаками воспаления г) острое воспаление ногтевого валика</p> <p>37. Основные изменения при гистологическом исследовании вторичных сифилидов:</p> <p>а) в эпидермисе б) в дерме в) в подкожной клетчатке г) в мышцах</p> <p>38. Клинической разновидностью бугоркового сифилида является:</p> <p>а) серпигинирующий сифилид б) околосуставные узловатости в) сифилитическая эктима г) гуммозные инфильтраты</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p style="text-align: center;">Б 1.В.ОД.2«Дерматовенерология»</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 1</p> <p>Ж., 30 лет жалуется на высыпания на коже голени. Больна 2 года. Субъективных ощущений нет. Обращалась к дерматологу по месту жительства. Ставили диагнозы: экзема, псориаз, васкулит. Назначались ТГКС, антигистамины. Лечение не помогало. Не обследовалась. Здорова.</p> <p>При осмотре: кожный процесс носит ограниченный, асимметричный характер и локализуется на передней</p>
--	---

поверхности правой голени с переходом на внутреннюю поверхность. Представлен несколькими бляшками с нечеткими краями красного цвета, в центре имеются телеангиэктазии. Размер бляшек с ладонь ребенка и взрослого человека. Очаги в центре западают (фото 5).

Вопросы:

1. Какой диагноз?
2. Нужно ли проводить какое - то исследование?
3. Какое лечение необходимо назначить пациенту, согласно диагнозу?

Задача №2

Ж., 53 года жалуется на «наросты» на подошвах, боли при ходьбе. Заболела около 6 мес. Заболевание потихоньку прогрессировало. Очаги увеличивались в размерах. Смазывала смягчающими мазями, но это только немного облегчало состояние.

При осмотре: кожный процесс носит ограниченный симметричный характер и локализуется на подошвах, свод свободен от высыпаний. Процесс представлен диффузными очагами с роговыми массивными наслоениями, на этом фоне имеются глубокие трещины.

Вопросы:

1. Какой диагноз?
2. Нужно ли проводить какое - то исследование?
3. Какое лечение необходимо назначить пациенту, согласно диагнозу?

Задача № 3

М., 44 года жалуется на опухоли в области ануса. Болен несколько месяцев. Появление заболевания ни с чем не связывает. Предполагал, что это геморрой. Принимал 2 курса свечи Релиф, но эффекта нет. Субъективных ощущений не отмечает.

При осмотре: вокруг анального канала имеется множество узелков цвета кожи, размером от булавочной головки до чечевицы и вишни, с неровной поверхностью, расположенные на ножке.

Вопросы:

1. Какой диагноз?
2. Какое лечение необходимо назначить пациенту, согласно диагнозу?

Задача №4

Пациентка В, 59 лет, предъявляет жалобы на высыпания на коже шеи, подмышечных впадин в течении 3-х лет без субъективных ощущений.

Обследование: ожирение 2 степени, сахарный диабет 2-го типа, гипертоническая болезнь 3, риск 3, желчно-каменная болезнь

Объективно: на коже шеи, подмышечных впадин множественные (около 30) опухолевидные полипы на тонкой ножке размером от 1 до 10 мм.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Определите тактику обследования и лечения

Задача №5

На приём обратился пациент С, 45 лет с жалобами на высыпания в области туловища без субъективных ощущений. Месяц назад в этом месте отметил укус клеща.

Объективно: на коже туловища очаг гиперемии диаметром 17 см, с чуть размытыми границами, в центре одиночная гиперемированная папула, диаметром 5 мм.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Определите тактику обследования и лечения

Задача № 6.

На прием к врачу дерматовенерологу обратилась пациентка 16 лет с жалобами на высокую температуру (38-39 градусов), высыпания на лице, верхних конечностях. С грудного возраста страдает атопическим дерматитом. Неделю назад бабушка, живущая вместе с внучкой, переболела простым герпесом.

Объективно: на лице, кистях предплечьях имеются множественные оспенновидные элементы, местами с гнойным содержимым.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Лечение.

Задача №7.

В родильном доме у доношенной новорожденной девочки весом 2 кг обнаружены буллезные высыпания на ладонях и подошвах, серозные выделения из носа, дистрофия подкожно-жировой клетчатки.

Из анамнеза известно, что мать переболела вторичным сифилисом, получила курс лечения соответственно диагнозу, но не прошла профилактическое лечение по семейным обстоятельствам.

Вопросы:

1. План обследования.
2. Диагноз.
3. Лечение.

Задача №8

В кардиологическое отделение поступил пациент 73 лет с аневризмой аорты, недостаточностью аортальных клапанов, сердечной недостаточностью. При постановке ИФА – суммарные антитела обнаружены слабоположительные результаты с низким титром антител.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Лечение.

Задача №9

В дерматовенерологическое отделение направлен пациент 60 лет с жалобами на универсальное поражение кожи, субфебрильную температуру, общую слабость. Заболел месяц назад, когда после контакта с концентрированной соляной кислотой появилось покраснение кожи в месте контакта. По месту жительства амбулаторно был назначен преднизолон в дозе 40 мг в сутки. Поскольку эффекта от лечения не было, дозу увеличили до 90 мг в сутки, после чего развилась эритродермия с эксфолиативным шелушением.

Объективно: поражение кожи универсальное, представлено эритемой, инфильтрацией, лихенизацией, крупнопластинчатым шелушением. На коже спины имеется фолликулярный гиперкератоз, островки здоровой кожи. В области ладоней и подошв диффузная кератодермия, все ногтевые пластинки дистрофичны.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Обследование.
3. Лечение.

Задача №10

К дерматовенерологу обратилась пациентка 65 лет с жалобами на зудящие высыпания в области спины, предплечий, голеней. Заболела 3 года назад, когда впервые появились высыпания на коже конечностей.

Объективно наблюдались сгруппированные, розовые папулы и бляшки с геморрагическими корками и гиперкератозом на поверхности. Был диагностирован «Дерматоз Дюринга», проводилось лечение дапсоном 100 мг в сутки. Эффекта от лечения не было, напротив состояние прогрессивно ухудшалось. Была произведена биопсия кожи. Гистологическое исследование выявило вакуольную дегенерацию базальных клеток, акантоз, выраженный гранулез, гиперкератоз, полосовидную инфильтрацию дермы.

Вопросы:

	1. Диагноз. 2. Лечение.
--	----------------------------

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

15. 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

16. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

17. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести	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

критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
---------------------------------	---

18.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 «Дерматовенерология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и из перечня
УК	1	1-38	1-10	1-30	1-27	
ПК	1	2,3,4,5,6,7-38	1-10	1-13	1-27	
	2	2,7-23,25-27,29,31-34,36-38	1-10	13-30	5,7,9,10,23,25,27	
	5	2,7-23,25-27,29,31-34,36-38	1-10	1-30	8,12,14,18	
	8	1,3,4,5,6,17,19,22,24,28,30,35	1-10	14-30	18	

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Дерматовенерология»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.В.ОД.2</i>	«Дерматовенерология»	36

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.В.ОД.2</i> «Дерматовенерология»	<ol style="list-style-type: none">1. Себорея. Вульгарные акне.2. ерматиты, токсикодермии: этиопатогенез, клиника, диф. диагноз, лечение.3. Экзема. Общие принципы терапии больных экземой. Наружная терапия экземы.4. Розеолезно-эритематозные дерматозы.5. Ангииты: этиопатогенез, клиника, терапия, диф. диагностика.6. Псориаз: этиология, патогенез.7. Болезни кожи, связанные с нарушением пигментации.8. Болезни ногтей.9. Парапсориаз.10. Поражения кожи при общих инфекционных заболеваниях.11. Т-клеточные лимфомы.12. Коллагенозы. Красная волчанка. Склеродермия.13. Вирусные заболевания кожи.14. Дерматофитии.15. Нейрокутаные дерматозы.16. Дисплазии и наследственные атрофии кожи.17. Буллезные наследственные дерматозы.18. Острозаразные формы сифилиса.19. Третичный сифилис.20. Висцеральный и нейросифилис.
---	---

Перечень дискуссионных тем :

<p>Б 1.В.ОД.2 «Дерматовенерология»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Особенности патологии кожи и лечение дерматозов у детей2. Лазеро- и фототерапия в дерматологии3. Диагностика и лечение болезней волос4. Информационные технологии в дерматологии5. Фотостарение кожи6. Методы коррекции врожденных и приобретенных морфофункциональных нарушений покровных тканей7. Наследственные нарушения пигментации.8. Наследственные нарушения кератинизации.9. Пузырные дерматозы.10. Опухоли кожи
--	---

Темы рефератов

<p>Б 1.В.ОД.2 «Дерматовенерология»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Чесотка. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение, осложнения при лечении, профилактика, диспансеризация.2. Педикулез. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение, осложнения при лечении, профилактика, диспансеризация3. Туберкулезная волчанка. Клинические разновидности, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация.4. Скрофулодерма, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.5. Отрубевидный лишай, эпидемиология, клиника, лечение.6. Инфильтративно-нагноительная трихофития. Этиология, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика,
--	--

	<p>диспансеризация.</p> <p>7. Микроспория. Этиология, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация.</p> <p>8. Микозы стоп. Клинические разновидности, клиника, лечение, профилактика.</p> <p>9. Кандидозы кожи и слизистых оболочек. Клиника, лечение.</p> <p>10. Вирусные заболевания кожи (бородавки, остроконечные кондиломы, простой пузырьковый лишай и опоясывающий лишай). Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>11. Лепра. Этиология, клиника, лечение. Принципы борьбы с лепрой и ее профилактика.</p> <p>12. Условия заражения сифилисом. Пути передачи от родителей потомству. Влияние сифилиса на течение и исход беременности.</p> <p>13. Заразные проявления сифилиса. Определение. Клиника заразных проявлений по периодам.</p> <p>14. Общая характеристика первичного периода сифилиса. Характеристика продромальных явлений, предшествующих вторичному периоду.</p> <p>15. Клиника первичной сифиломы и сопутствующего склераденита. Дифференциальный диагноз.</p>
--	---

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»**

Перечень вопросов для устного собеседования:

1. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с катаральным синдромом.

2. Классификация гельминтозов. Клиника, диагностика и лечение трихинеллеза.
3. Клиническая классификация, диагностика и лечение холеры.
4. Методы специфической лабораторной диагностики инфекционных заболеваний
5. Принципы диагностики инфекционных заболеваний.
6. Грипп сезонный и пандемический. Лечение гриппа и других ОРВИ в амбулаторных условиях.
7. Клиническая картина острой фазы и хронической фазы описторхоза.
8. Эпидемиология аскаридоза. Клиническая картина аскаридоза
9. Современные представления о патогенезе чумы
10. Дифференциальная диагностика сальмонеллеза и холеры
11. Общие принципы, порядок организации и проведения противоэпидемических мероприятий при выявлении больного холерой
12. Алгоритм диагностического поиска при наличии у больного сыпи.
13. Алгоритм диагностического поиска, врачебная тактика при наличии у больного синдрома острого воспаления дыхательных путей.
14. Терапевтическая тактика при коклюше и паракоклюше у детей
15. Терапевтическая тактика при кори у детей
16. Терапевтическая тактика при краснухе у детей
17. Клинические проявления гельминтозов у детей, способы и средства дегельминтизации

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

1. Эпидемиологическая характеристика инфекций дыхательных путей.
2. Клиническая классификация дифтерии. Принципы терапии дифтерии
3. Методы диагностики гриппа
4. Постэкспозиционная профилактика бешенства. Профилактика бешенства
5. Постэкспозиционная профилактика столбняка. Профилактика столбняка
6. Микробиологическая характеристика вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)
7. Наиболее значимые иммунологические показатели в оценке тяжести и прогноза ВИЧ инфекции
8. Механизмы и пути передачи возбудителя. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции
9. Общая клиническая характеристика оппортунистических заболеваний. Классификация оппортунистических заболеваний
10. Осложнения описторхоза и лечение описторхоза
11. Осложнения аскаридоза. Лечение аскаридоза
12. Осложнения и лечение токсокароза
13. Дифференциальная диагностика дизентерии и холеры
14. Понятие «биотерроризм». Категории биологических агентов.

15. Правила диспансеризации и особенности реабилитации детей-реконвалесцентов инфекционных заболеваний
16. Специфическая и неспецифическая профилактика инфекционных заболеваний у детей
17. Национальный календарь профилактических прививок.

Банк тестовых заданий

<p>Б <i>1.В.ДВ.1</i> «Инфекционные болезни»</p>	<p>1. Токсин возбудителя скарлатины обладает тропизмом к: А. Вегетативно - эндокринной системе Б. Нервно - сосудистой системе В. Сердечно - сосудистой системе Г. Лимфатической системе Д. Всему перечисленному</p> <p>2. Коклюшем болеют: А. Дети в любом возрасте Б. Новорожденные и дети первых месяцев жизни В. Подростки Г. Взрослые Д. Все перечисленные</p> <p>3. Ведущими звеньями патогенеза при коклюше являются все перечисленные, кроме: А. Возбудитель попадает на слизистую оболочку верхних дыхательных путей Б. Токсин, выделяемый палочкой коклюша, постоянно действует на рецепторный аппарат дыхательных путей В. Токсин, выделяемый палочкой коклюша, действует на центральную нервную систему Г. Раздражение рецепторов дыхательных путей обуславливает кашель и приводит к возникновению очага раздражения в ЦНС Д. Неспецифические раздражители дополнительно действуют на доминантный очаг возбуждения</p> <p>4. Элементы патогенеза дифтерии: А. Фиксация коринебактерий на клетках тканей, их размножение, продукция экзотоксина Б. Увеличение регионарных лимфоузлов, отек подкожной клетчатки В. Поражение миокарда, капилляров Г. Поражение нервных клеток Д. Все перечисленное</p> <p>5. Наибольшей чувствительности к токсину дифтерии обладает: А. Сердечно - сосудистая система Б. Нервная система В. Надпочечники Г. Почки Д. Все перечисленное</p> <p>6. В патогенезе столбняка участвуют все перечисленные факторы, кроме: А. Повышения пропускной способности нервно-мышечных синапсов Б. Поражения жизненно - важных центров (дыхания и ядер вагуса) В. Гиперактивности симпатической нервной системы Г. Метаболического алкалоза</p>
---	--

Д. Метаболического ацидоза

7. Ранними кардинальными признаками болезни при столбняке являются все перечисленные, кроме:

А. Тетанические судороги

Б. Тризм

В. Сардоническая улыбка

Г. Дисфагии

Д. Мышечных болей

8. Основные критерии тяжести столбняка:

А. Длительность инкубационного периода и быстрота проявления судорог от начала болезни

Б. Выраженность судорожного синдрома

В. Температурная реакция, состояние сердечно - сосудистой системы

Г. Наличие осложнений

9. Нарушение дыхания при столбняке обусловлено всеми перечисленными факторами, кроме:

А. Тонического напряжения диафрагмы и межреберных мышц

Б. Уменьшения амплитуды дыхательных движений

В. Потери сознания

Г. Судорожных спазмов дыхательной мускулатуры

Д. Поражения дыхательного центра

10. Судорожный синдром при столбняке характеризуется всем перечисленным, кроме:

А. Тонического напряжения мышц

Б. Сильных болей в мышцах

В. Общих тетанических судорог

Г. Гиперкинезов

Д. Резкой тахикардии и потливости во время приступов

11. К возможным осложнениям, связанным с поражением мышц и судорогами при столбняке относятся:

А. Разрывы мышц, мышечные контрактуры

Б. Переломы трубчатых костей

В. Компрессионные переломы позвоночника

Г. Переломы нижней челюсти

Д. Все перечисленное

12. Основными звеньями патогенеза рожи являются:

А. Проникновение возбудителя в кожу или слизистые оболочки при нарушении их целостности

Б. Лимфогенный или гематогенный занос возбудителя в кожу из другого очага

В. Специфические изменения участка кожи, которая алергизирована и сенсибилизирована к возбудителю

Г. Развитие серозного или серозно-геморрагического воспаления

Д. Все перечисленное

13. Характеристика эритемы при роже:

А. Яркая равномерная окраска

Б. Четкие границы, тенденция к периферическому распространению

В. Возвышается над интактной кожей

Г. Края неправильной формы

Д. Все перечисленное

14. Для отека при роже характерны:

А. Отслойка эпителия

- Б. Образование пузырей различных размеров, заполненных серозным или геморрагическим содержимым
В. Наличие сопутствующих лимфангитов
Г. Мраморность кожи
Д. Все перечисленное
- 15. Возбудитель гриппа относится к:**
А. Ротавирусам
Б. Пикорнавирусам
В. Энтеровирусам
Г. Ортомиксовирусам
Д. Арбовирусам
- 16. Источником инфекции при гриппе является**
А. Больной человек
Б. Рековалесцент
В. Животные — резервуар вируса
Г. Птицы — резервуар вируса
Д. Все перечисленные
- 17. Ведущий механизм передачи гриппа:**
А. Аэрогенный
Б. Контактный
В. Фекально - оральный
Г. Трансмиссивный
Д. Артифициальный
- 18. Основными звеньями патогенеза гриппа являются:**
А. Внедрение вируса в клетку эпителия и репродукция вируса
Б. Вирусемия, токсемия
В. Поражение центральной и вегетативной нервной системы
Г. Снижение иммунологической реактивности организма и активизация эндогенной бактериальной флоры
Д. Все перечисленное
- 19. В патогенезе гриппа определяющее значение приобретают:**
А. Вирулентность вируса
Б. Общий токсикоз
В. Состояние защитных сил организма
Г. Резорбция гриппозного токсина
Д. Все перечисленное
- 20. К семейству ретровирусов относятся все перечисленные, кроме:**
А. Вирусы иммунодефицита человека
Б. Вирус Т - клеточной лимфомы человека
В. Вирус иммунодефицита обезьян
Г. Вирус ящура
Д. Вирус иммунодефицита кошек
- 21. Основные характеристики ВИЧ:**
А. Ретровирус
Б. Относится к лентивирусам
В. РНК - содержащий
Г. Содержит ревертазу (обратную транскриптазу)
Д. Все перечисленное
- 22. Отличительный признак всех ретровирусов, включая ВИЧ:**
А. Наличие поверхностной мембраны

- Б. Наличие РНК
 - В. Интеграция в геном клетки хозяина
 - Г. Наличие сердцевинной части
 - Д. Лимфотропность
- 23. Какая структурная единица ВИЧ обеспечивает синтез ДНК на матрице РНК вируса:**
- А. Внешний белок мембраны
 - Б. Белки сердцевинны вириона
 - В. Обратная транскриптаза
 - Г. Трансмембранный белок
 - Д. Все верно
- 24. Источником инфекции при ВИЧ являются больные:**
- А. В инкубационном периоде
 - Б. Острой ВИЧ - инфекцией
 - В. Хронической персистирующей лимфаденопатией
 - Г. Вирусоносители
 - Д. Все перечисленные
- 25. Вирус в заражающей дозе содержится в биологических жидкостях:**
- А. Кровь, моча
 - Б. Сперма, вагинальная слизь
 - В. Слюна, ликвор
 - Г. Грудное молоко
 - Д. Во всех вышеперечисленных
- 26. Максимальная продолжительность латентной форма ВИЧ — инфекции:**
- А. До 6 месяцев
 - Б. 6- 12 месяцев
 - В. 2 - 5 лет
 - Г. Более 10 - 15 лет
 - Д. Возможно пожизненно
- 27. Причинами формирования иммунодефицита при ВИЧ - инфекции является все вышеперечисленное, кроме:**
- А. Цитопатологического действия вируса
 - Б. Атрофии тимуса
 - В. Формирования синцитиев
 - Г. Образования аутоантител к иммунокомпетентным клеткам
 - Д. Нарушения функции макрофагов
- 28. Возбудитель микоплазменной инфекции относится к:**
- А. Грибам
 - Б. Бактериям
 - В. Вирусам
 - Г. Ко всему указанному
 - Д. Все перечисленные не соответствуют истине
- 29. Возбудитель микоплазменной инфекции может быть выделен из всех перечисленных биологических сред, кроме:**
- А. Крови
 - Б. Мокроты
 - В. Глоточного соскоба
 - Г. Носового секрета
 - Д. Из легочной ткани умерших
- 30. Возбудитель микоплазменной инфекции чувствителен ко**

	<p>всем перечисленным антибиотикам, кроме:</p> <p>А. Тетрациклина Б. Эритромицина В. Пеницилина Г. Ампициллина Д. Цефтриаксона</p> <p>31. Клинические формы микоплазменной инфекции:</p> <p>А. Острые Респираторные заболевания Б. Острые пневмонии В. Абактериальный уретрит Г. Менингеальные формы Д. Все перечисленные</p> <p>32. Инкубационный период при описторхозе составляет:</p> <p>А. 2-6 недель Б. 1-3 дня В. 50-180 дней Г. От 3 недель до 3 месяцев</p> <p>33. Препарат выбора при описторхозе</p> <p>А. Празиквантел Б. Триклабендазол В. Албендазол Г. Паромомицин</p> <p>34. К мерам профилактики описторхоза не относится:</p> <p>А. Качественная термическая обработка рыбы карповых пород перед употреблением ее в пищу Б. Проведение санитарно-просветительской работы среди населения в очагах описторхоза В. Вакцинация населения по эпидемическим показаниям Г. Охрана окружающей среды от фекального загрязнения</p> <p>35. К предрасполагающим факторам заболевания кандидозом не относится:</p> <p>А. ВИЧ-инфекция Б. Длительная антибактериальная терапия В. Онкологические заболевания Г. Проживание в странах с умеренным климатом</p> <p>36. Препаратом этиотропной терапии при аспергиллезе является:</p> <p>А. Амфотерицин В Б. Флуконазол В. Фурагин Г. Биопарокс</p> <p>37. Возбудитель криптококкоза:</p> <p>А. <i>C. neoformans</i> Б. <i>C. albicans</i> В. <i>C. parvum</i> Г. Все варианты</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

Задача № 1

Больной В., 26 лет, жалуется на общую слабость, головную боль, сухой

кашель, наличие сыпи на туловище. Болеет 5 дней. Сыпь на туловище заметил 3 суток назад. Объективно: увеличены шейные и подчелюстные лимфоузлы. Температура тела 39,0 ° С. Явления афтозного стоматита. На коже туловища, волосистой части головы везикулезная сыпь, местами — корочки. Тахикардия. В легких сухие хрипы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте необходимое лечение. Нуждается ли больной в оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе?
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача № 2

Больная С. 17 лет заболела остро. Обратилась к семейному врачу с жалобами на повышение температуры тела, общее недомогание. На 3-й день на туловище, лице, шее появились единичные элементы полиморфного сыпи: пятна, папулы, везикулы. Из анамнеза выяснено, что 2 недели назад была в гостях у родственников, где дети болели каким-либо заболеванием с сыпью.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте необходимое лечение. Нуждается ли больной в оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе?
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача № 3

Пациент С., 18 лет, жалуется на общее недомогание, повышение температуры тела до 38°С, жгучая боль в ротоглотке, которая усиливается при употреблении пищи. При объективном обследовании пальпируются увеличенные подчелюстные лимфатические узлы, на слизистой оболочке мягкого и твердого неба, миндалин, задней стенки

глотки — небольшие пузырьки заполнены прозрачной жидкостью, и эрозии. Больной отмечает, что болезнь началась через 5 дней после поцелуя с девушкой у которой подобные высыпания были на кайме губ.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте необходимое лечение. Нуждается ли больной в оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе?
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача № 4

Участковый педиатр был вызван к 7-летнему больному ребенку. Ребенок жалуется на высокую температуру, слабость, головную боль, боль при глотании. При осмотре: бледный носогубный треугольник, на коже живота, ягодиц, внутренних поверхностях рук и ног - 163 мелкоточечная ярко-красная сыпь, язык ярко-красный, миндалины увеличены и гиперемированы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте необходимое лечение. Нуждается ли больной в оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе?
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции

Задача № 5

У больного на пятый день после получения небольшой раны правой кисти при обработке земельного участка повысилась температура тела до 38 °С, появились мышечные боли, затруднение глотания, невозможность открыть рот, сардоническая улыбка.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Составьте план обследования.

4. Назначьте необходимое лечение. Нуждается ли больной в оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе?

5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача № 6

Больная А., 30 лет, обратилась к дерматовенерологу по поводу высыпаний на лице, спине, верхних конечностях. Из анамнеза: высыпания появились 2 недели назад. Представлены пузырями с серозно-гнойным содержимым, эрозиями. За последние 2 года подобные высыпания появлялись 3 раза, трудно поддавались лечению. При опросе выяснилось, что за последние полгода у пациентки было 2 рецидива герпеса. Из общих симптомов отмечает выраженную слабость, повышенную утомляемость, субфебрильную температуру. Пациентка в возрасте 20 лет вводила себе опиаты внутривенно.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Опишите патогенез основных синдромов.

3. Составьте план обследования.

4. Назначьте необходимое лечение. Нуждается ли больной в оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе?

5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции

Задача № 9

Пациент Л., 37 лет, в течение 4-х дней отмечает выраженный кожный зуд, усиливающийся в ночные часы. Обратился за медицинской помощью к терапевту поликлиники по месту жительства. При осмотре на боковых поверхностях пальцев рук, в межпальцевых складках выявлены слегка возвышающиеся над поверхностью кожи линии грязно-серого цвета, на коже живота, бедер, боковых поверхностях грудной клетки – множественные папуловезикулезные элементы диаметром до 3 мм, на локтях – наслоения гнойно-кровянистых корок.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Назначьте необходимое лечение.

4. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача № 10

Наташа Н., 1 год 9 мес., заболела 10 дней назад, утром, когда повысилась температура до 38,5° С, сохранялась в течение 2 дней, затем нормализовалась. Через 4 дня вновь повышение температуры до 38,6° С, девочка стала вялой, больше лежала в постели, плакала, когда ее брали на руки, перестала сидеть. Наблюдалась потливость рук и ног. Через 3 дня от повторного повышения температуры перестала ходить, не могла поднимать руки. Отмечалась выраженная потливость. Участковый врач направил девочку на госпитализацию. При поступлении в стационар температура тела 36,4° С. Пульс 116 в мин. Частота дыхания – 34 в мин. Общее состояние тяжелое. Девочка в сознании, очень вялая, лежит на спине, голову не держит, сидеть не может, конечности в позе «лягушки». Отчетливая атония мышц конечностей, больше нижних. Сухожильные рефлексы не вызываются. При плаче отмечается легкая асимметрия лицевой мускулатуры. Голос звонкий. Тоны сердца ясные, ритм правильный. В легких - сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Опишите патогенез основных синдромов.

3. Составьте план обследования.

4. Назначьте необходимое лечение.

5. Перечислите противоэпидемические мероприятия.

Задача № 11

Больной А., 10 лет, отметил появление слабости, повышение температуры тела до 37,30С, сыпь на коже туловища по типу крапивницы. Через 3 дня появился кашель с отхождением мокроты с прожилками крови, был госпитализирован. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки определяются инфильтративные изменения в обоих легких; в клиническом

анализе крови — эозинофилия. При микроскопии мокроты обнаружены личинки *A.lumbricoides*.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте необходимое лечение.
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

19. 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

20. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	21. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	22. Знание алгоритма решения
	23. Уровень самостоятельного мышления
	24. Аргументированность решения
	25. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

21. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная

- четырем критериям Хорошо (4)	корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов
-пяти или шести критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

22.Собеседование

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

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

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам м.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений) если примен
--	-------------------------	---	---------------------------------	---	---

						ИМО К РП!!!
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-37	1-11	1-17	1-17	
ПК	1	1-37	1-11	1,14	1-3,7,11	
	2	1-37	1-11	1,2,8,15	1-3,7,11	
	5	1-37	1-11	3,6,7,8,16,17	1-5,8,9,10,12,13	
	8	1-37	1-11	4,5,10-12,17	6,7,11,14-16,17	

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Инфекционные болезни»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.В.ДВ.1</i>	«Инфекционные болезни»	36

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.В.ДВ.1</i> «Инфекционные болезни»	<p>25. Грипп. Основные клинические синдромы. Диагностика. Принципы лечения.</p> <p>26. ОРВИ. Этиологическая структура. Клиника. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Принципы лечения.</p> <p>27. Корь. Современная эпидемическая ситуация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Профилактика.</p> <p>28. Краснуха. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Роль вируса краснухи в патологии плода.</p> <p>29. Герпесвирусные инфекции (герпетическая инфекция вирусами простого герпеса 1 -2 типов, опоясывающий герпес, ветряная оспа, цитомегаловирусная инфекция, Эпштейна-Барр вирусная инфекция).</p> <p>30. Дифтерия. Классификация. Дифференциальная диагностика локализованной формы. Причины летальности.</p> <p>31. Менингококковая инфекция. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика различных клинических форм. Медицинская помощь на догоспитальном этапе.</p> <p>32. Скарлатина. Патогенез. Классификация клинических форм. Клиника, диагностика.</p> <p>33. Коклюш и паракоклюш. Клиника, диагностика. Коклюш у привитых лиц.</p> <p>34. Легионеллез. Характеристика возбудителя. Клиника, диагностика, осложнения.</p> <p>35. Острые гепатиты (А,В,С). Эпидемиология.</p>
---	--

	<p>Механизмы, пути и факторы передачи. Патогенез. Патоморфологические изменения в печени. Клиника. Специфическая и неспецифическая лабораторная диагностика. Профилактика.</p> <p>36.Параклинические методы диагностики вирусных гепатитов. Биохимические методы. Маркеры синдромов цитолиза, холестаза. Инструментальные методы.</p> <p>37. Дифференциальная диагностика вирусных и других поражений печени.</p> <p>38.Хронические гепатиты и циррозы печени. Современная классификация хронических гепатитов. Патогенез. Динамика маркеров вирусов гепатитов В и С. Клиника и диагностика хронических вирусных гепатитов и циррозов печени.</p> <p>39.Вакцинопрофилактика вирусных гепатитов. Типы и характеристика вакцин. Схемы вакцинации гепатитов А и В.</p>
--	---

Перечень дискуссионных тем :

<p><i>Б 1.В.ДВ.1</i> «Инфекционные болезни»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вирусный гепатит дельта. Этиология. Особенности патогенеза. Клиника. Исходы. Лечение. Профилактика. 2. Вирусный гепатит Е. Клиника. Особенности течения у беременных. Лечение. Профилактика. 3. Вирусный гепатит С. Клиническая картина. Исходы. Факторы, способствующие прогрессированию болезни. Сочетание хронического ВГС и ВИЧ-инфекции. 4. Холера. Этиология. Биотипы возбудителя. Важнейшие биологические свойства возбудителей. Эндемические очаги холеры в мире. Эпидемиология. мероприятия. 5. Грипп. Международный контроль и прогнозирование эпидемий. Этиология. Изменчивость антигенной структуры вирусов гриппа.
---	--

Темы рефератов

<p><i>Б 1.В.ДВ.1</i></p>	<p>21.Госпитальные инфекции. Понятие. Клиника и</p>
---------------------------------	---

**«Инфекционные
болезни»**

- диагностика наиболее значимых
госпитальных инфекций. Принципы лечения.
22. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология.
Эпидемиология. Клиника. Диагностика.
Лечение. Особенности клиники у больных
ВИЧ-инфекцией.
23. Острые инфекционные эритемы. Общая
характеристика. Клиника. Диагноз и
дифференциальный диагноз. Лечение.
Профилактика.
24. Кандидоз. Особенности клиники при ВИЧ-
инфекции. Диагноз и его лабораторное
подтверждение. Лечение. Прогноз.
Профилактика.
25. Сибирская язва. Иммунитет. Клиника.
Формы сибирской язвы. Диагноз и его
лабораторное подтверждение.
Дифференциальный
диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
26. Бешенство. Патогенез и патологическая
анатомия. Клиника течение болезни. Диагноз
и дифференциальный диагноз. Исход.
Профилактика. Антирабические прививки. Л.
Пастер и его роль в разработке методов
прививок.
27. Аденовирусная инфекция. Этиология.
Эпидемиология. Патогенез. Основные
клинические формы болезни. Осложнения.
Диагноз. Использование методов
люминисцентной риноцистоскопии и
иммунофлюоресценции. Лечение.
Профилактика.
28. Хламидийная инфекция. Этиология.
Эпидемиология. Клинические формы болезни.
Диагноз. Лечение. Профилактика.
29. Инфекционный мононуклеоз. Этиология.
Эпидемиология. Патогенез. Клиника.
Варианты течения. Диагноз и
дифференциальный диагноз. Лечение.
Показания для применения антибиотиков и
кортикостероидов. Прогноз. Профилактика.
30. Пищевые токсикоинфекции. Этиология. Роль
условно-патогенных микробов, особенности
эпидемического процесса. Патогенез и
патологоанатомическая картина. Диагностика.

	Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
--	--

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ОНКОГЕМАТОЛОГИЯ»**

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p style="text-align: center;">Б 1.В.ДВ.2«Онкогематология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 28. Факторы риска, ранняя диагностика злокачественных новообразований в детском возрасте. 29. Факторы риска, патогенез, клинические проявления острого лейкоза, предлейкозных состояний. Опухолевый клон. Диагностика, лечение. 30. Опухоли ЦНС. Эпидемиология, факторы риска, патогенез. Начальные клинические симптомы повышения внутричерепного давления, общемозговые и очаговые симптомы при опухолях мозжечка, ствола головного мозга, полушарных опухолей, опухолей гипофиза. Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение. 31. Солидные опухоли, факторы риска, патогенез. Физические методы исследования. Стандарты визуализации опухолевого роста при подозрении на злокачественное новообразование, опухолевые маркеры. Терапия. 32. Система неинкапсулированных лимфатических скоплений и фолликулов (MALT –система). Факторы риска, патогенез увеличения лимфатических узлов. 33. Этапы диагностики (первичный диагностический комплекс); диагностические критерии отдельных вариантов лимфаденопатий. Современные подходы к лечению, реабилитационные мероприятия и диспансерное наблюдение. 34. Дифференциально - диагностический модуль при синдроме лимфаденопатии (увеличение лимфоузлов при опухолях из лимфатических структур, метастатическом поражении, других мезенхимальных опухолях и доброкачественных новообразованиях в области шеи). 35. Факторы риска, патогенез гемокоагуляционных нарушений. Семиотика и основные клинические синдромы при поражении органов кроветворения и состава периферической крови (клинические типы кровоточивости). 36. Лабораторные методы диагностики нарушения системы коагуляционного и тромбоцитарного звеньев гемостаза. Типы лейкомоидных реакций. 37. Факторы риска, патогенез гемолитических анемий. Клинические симптомы и лабораторные признаки, характеризующие гемолитический криз. 38. Диагностические критерии (клинические и лабораторные) наследственных гемолитических анемий. Современные подходы к лечению детей с синдромом лимфаденопатии, реабилитационные мероприятия и диспансерное наблюдение. 39. Приобретенная нейтропения (инфекционно-ассоциированная, перераспределительная нейтропения, лекарственная, иммунная нейтропения, неонатальная аллоиммунная нейтропения, аутоиммунная нейтропения, идиопатическая), патогенез, клиническая и лабораторная диагностика, терапевтическая тактика.
--	---

	<p>40. Патогенез, клиника наследственных синдромов и иммунодефицитных состояний, протекающих с увеличением селезенки (диагностика болезни Гоше, синдрома Вискотта–Олдрича и др.). Терапия.</p> <p>41. Аномалии развития и опухоли селезенки, гепатолиенальный синдром, причины нарушения кровотока в портальных и селезеночных венах, гиперспленизм. Патогенез, клиническая и лабораторная диагностика, особенности терапии и диспансерного наблюдения.</p> <p>42. Клинические симптомы и лабораторные признаки гиперспленизма.</p> <p>43. Факторы риска, патогенез тромбозов у детей (артериальные, венозные, тромбоэмболии, тромбозы микроциркуляторного русла). Клиника, ранняя диагностика, терапия.</p> <p>44. Железодефицитные анемии, факторы риска, патогенез, клиническая и лабораторная диагностика, терапевтическая тактика. Осложнения длительного дефицита железа, наследственные железодефицитные синдромы (резистентные к ферротерапии).</p> <p>45. Факторы риска, патогенез, клиника первичной перегрузки железом (наследственный гемохроматоз, ювенильный, у новорожденных, африканская перегрузка железом). Лабораторная диагностика, лечение перегрузки железом.</p> <p>46. Организация диспансерного наблюдения и реабилитационные мероприятия у пациентов с онкологической патологией.</p> <p>47. Организация диспансерного наблюдения и реабилитационные мероприятия у пациентов с гематологической патологией.</p>
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p align="center">Б 1.В.ДВ.2«Онкогематология»</p>	<p>1. Причины, патогенез увеличения лимфатических узлов. Группировка, клиника лимфаденопатий. Этапы диагностики (первичный диагностический комплекс); диагностические критерии отдельных вариантов лимфаденопатий. Современные подходы к лечению, реабилитационные мероприятия и диспансерное наблюдение.</p> <p>2. Дифференциально - диагностический модуль при синдроме лимфаденопатии (увеличение лимфоузлов при опухолях из лимфатических структур, метастатическом поражении, других мезенхимальных опухолях и доброкачественных новообразованиях в области шеи). Терапия, реабилитационные мероприятия и диспансерное наблюдение.</p> <p>3. Патогенез, клиника наследственного дефекта в мембране эритроцитов. Диагностические клинические и лабораторные критерии. Современные подходы к лечению, реабилитационные мероприятия и диспансерное наблюдение.</p> <p>4. Патогенез, клиническая и лабораторная диагностика дефицита внутриэритроцитарных ферментов, патологии гемоглобинов. Дифференциальный диагноз с другими причинами желтух, аутоиммунными и микроангиопатическими гемолитическими анемиями. Лечение, реабилитационные мероприятия и диспансерное наблюдение.</p> <p>5. Причины, патогенез, клиника гемолитического криза. Диагностика, основные принципы выведения из криза и профилактика кризов.</p> <p>6. Клиническая картина наследственного сфероцитоза,</p>
---	--

	<p>диагностические критерии (клинические и лабораторные).</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Хронический миелолейкоз (ХМЛ). Начальные клинические симптомы и изменения в анализе периферической крови. Морфологический субстрат опухоли (опухолевый клон клеток). Патогенез, стандарт диагностики, дифференциальный диагноз, терапия, осложнения. Диспансерное наблюдение. 8. Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз). Начальные клинические проявления в зависимости от локализации опухолевого конгломерата. Диагностические критерии опухолевого увеличения лимфатических узлов при болезни Ходжкина. Патогенез, стандарт диагностики, дифференциальный диагноз, терапия, осложнения. Диспансерное наблюдение. 9. Неходжкинские лимфомы. Морфологический субстрат опухоли. Начальные клинические симптомы в зависимости от первичного очага поражения. Патогенез, классификация, стандарт диагностики, дифференциальный диагноз, терапия, осложнения. Диспансерное наблюдение. 10. X-гистиоцитоз. Классификация. Морфологический субстрат опухоли. Начальные клинические проявления (изменения на коже, костной системы, поражение печени, селезенки, легких, костного мозга, увеличение периферических лимфатических узлов). Патогенез, классификация, стандарт диагностики, дифференциальный диагноз, терапия, осложнения. Диспансерное наблюдение. 11. Патогенез токсического действия железа, клиника приобретенной перегрузки железом (гематологические заболевания, пищевая перегрузка, хронические заболевания печени). Лабораторная диагностика, лечение. 12. Наследственная предрасположенность к развитию тромбозов (мутация в гене Vф., гене протромбина, гене МТГФР, аномалии физиологических антикоагулянтов), метаболические тромбофилии, тромбофилии при онкологических заболеваниях. Патогенез, клиническая и лабораторная диагностика, особенности терапии и диспансерного наблюдения. 13. Нейтропении при первичных иммунодефицитных состояниях. Патогенез, клиническая и лабораторная диагностика, терапевтическая тактика, особенности диспансерного наблюдения. 14. Врожденные нейтропении (агранулоцитоз Костмана, доброкачественная нейтропения, синдром Швахмана, циклическая нейтропения, синдром «ленивых лейкоцитов», синдром Чедиака-Хигаси). Патогенез, клиническая и лабораторная диагностика, особенности терапии и диспансерного наблюдения. 15. Семиотика и основные клинические синдромы при поражении органов кроветворения и состава периферической крови. Патогенез, семиотика геморрагического синдрома (клинические типы кровоточивости). Типы лейкоидных реакций. Лабораторные методы диагностики нарушения системы коагуляционного и тромбоцитарного звеньев гемостаза. 16. Факторы риска, патогенез, клиника, ранняя диагностика и лечение тромбозов у детей и подростков. 17. Антифосфолипидный синдром (причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение). 18. Посттромботический синдром патогенез, клиника, диагностика, лечение. 19. Организация диспансерного наблюдения и реабилитационные мероприятия у пациентов с онкологической патологией.
--	---

	20. Организация диспансерного наблюдения и реабилитационные мероприятия у пациентов с гематологической патологией.
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.В.ДВ.2«Онкогематология»</p>	<p>1. При каких анемиях детского возраста чаще развивается вторичная перегрузка железом:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. большая β- талассемия б. анемия Даймонда-Блекфана в. апластические анемии г. наследственный сфероцитоз <p>2. Какое значение имеет определение концентрации трансферриновых рецепторов для диагностики дефицита железа:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. установление истинного дефицита железа в тканях на фоне инфекции или воспаления б. установление истинного дефицита железа на фоне анемии при хронических заболеваниях в. установление дефицита ЭПО, других регуляторов эритропоэза. <p>3. Диагностический подход к больному ребенку с гемолитической анемией:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. выделить лабораторные критерии гемолиза б. осмотр больного с целью установления места разрушения эритроцитов (внутриклеточно, внутрисосудисто или смешанный гемолиз) в. сбор анамнеза г. лабораторная диагностика с описанием морфологии эритроцитов, проба Кумбса, электрофорез гемоглобинов, определение активности некоторых ферментов, миеелограмма, генная диагностика д. все перечисленное <p>4. Назовите состояния, при которых появляются мишеневидные эритроциты:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. синдром талассемии б. обструктивные болезни печени в. после спленэктомии г. на фоне лечения цитостатиками д. ферментопатии. <p>5. Какие анемии относятся к группе несфероцитарных гемолитических анемий:</p> <ol style="list-style-type: none"> а. дефицит фермента Г- 6- ФДГ б. дефицит пируваткиназы
---	---

	<p>в. дефицит гексокиназы г. акантоцитоз.</p> <p>6. Дайте определение аутоиммунной гемолитической анемии:</p> <p>а. разрушение эритроцитов антителами или иммунными лимфоцитами б. разрушение эритроцитов вследствие их повреждения в сосудах микроциркуляции в. разрушение эритроцитов МАК.</p> <p>7. Какая форма АИГА наиболее часто встречается в детском возрасте:</p> <p>а. образование тепловых Ig G – антител б. образование холодowych Ig M – антител в. образование антител класса IgG Доната-Ландштейнера.</p> <p>8. Наиболее важный лабораторный тест для постановки диагноза АИГА с тепловыми агглютинами:</p> <p>а. микроцитоз и сфероцитоз б. лейкоидная реакция миелоидного типа в. повышение ЛДГ г. прямая проба Кумбса.</p> <p>9. Факторы риска нейтропений:</p> <p>а. прием анальгетиков б. аутоиммунное заболевание в. острые инфекции</p> <p>10. Патогенез приобретенных иммунных нейтропений:</p> <p>а. повышенная деструкция нейтрофилов под воздействием ауто- или аллоантигранулоцитарных антител б. прием противосудорожных препаратов в. генетические заболевания</p> <p>11. Назовите наиболее частые причины вторичного тромбоцитоза.</p> <p>а. после спленэктомии б. воспалительные заболевания ЖКТ в. при хронической скрытой кровопотере г. реакция на лекарства д. после стресса.</p> <p>12. Патогенез геморрагического синдрома при болезни Шенлейна-Геноха обусловлен:</p> <p>а. тромбоцитопений б. дефицитом факторов свертывания крови в. патологией сосудистой стенки</p>
--	--

13. Факторы риска ДВС- синдрома.
- а. наследственный дефицит факторов свертывания
 - б. тромбоцитопатия
 - в. шоковые состояния**
 - г. передозировка антикоагулянтов
 - д. **тяжелые инфекции**
14. Факторы риска развития шока у детей со злокачественными новообразованиями.
- а. сепсис
 - б. желудочно-кишечное кровотечение**
 - в. острый панкреатит
 - г. кардиогенный шок
 - д. веноокклюзионная болезнь.
15. Тактика лечения лимфогангулематоза (лимфомы Ходжкина) зависит:
- а. от гистологического варианта
 - б. от стадии заболевания**
 - в. от возраста ребенка
 - г. всегда одинакова.
16. Наиболее частые типичные клинические проявления ГКЛ при поражении одной системы?
- а. единичные или множественные патологические очаги в плоских костях черепа, тазовых или в позвоночнике**
 - б. поражение кожи
 - в. вульвовагиниты
 - г. поражение ЦНС.
17. Какая терапия является наилучшей при ЖДА?
- а. коррекция дефицита пищевыми продуктами
 - б. вспомогательное лечение витаминами, препаратами меди, эригемом**
 - в. назначение препаратов железа по выбору:**
 - пероральными
 - парентеральными (в/м, в/в)
 - переливание эритроцитной взвеси.
18. Патогенез гистиоцитоза из клеток Лангерганса:
- а. соматические генетические аберрации, приводящие к активации сигнального пути MEK-ERK 7 в миелоидных дендритных клетках**
 - б. клональная пролиферация патологических клеток Лангерганса и**

	<p style="text-align: center;">аномальная регуляция взаимодействия клеток иммунной системы в очагах поражения</p> <p>в. появление одноклеточных опухолевых клеток и/или опухолевых клеток с большим количеством ядер (клетки Березовского-Рида-Штернберга) наряду с воспалительно-гранулематозной инфильтрацией</p> <p>19. Диспансерное наблюдение больных с ЖДА:</p> <p>а. в течение одного года с момента установления диагноза, перед снятием больного с диспансерного наблюдения выполняется общий анализ крови</p> <p>б. в течение двух лет с момента установления диагноза, перед снятием больного с диспансерного наблюдения выполняется анализ крови - определение концентрации сывороточного железа</p> <p>в. в течение трех лет с момента установления диагноза, перед снятием больного с диспансерного наблюдения выполняется анализ крови - определение концентрации сывороточного ферритина.</p> <p>20. Диспансерное наблюдение пациентов с лимфомой Ходжкина на 1-ом году от окончания химиолучевой терапии:</p> <p>а. клинический осмотр 4-8; ОАК – 4; ФВД-1; УЗИ-4; КТ, МРТ -2; гормоны щитовидной железы – 1; ЭКГ, ЭХО-КГ - 1</p> <p>б. клинический осмотр 4-8; ФВД-1; УЗИ-4; КТ, МРТ -2; ЭКГ, ЭХО-КГ - 1</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.В.ДВ.2«Онкогематология»</p>	<p>32. Задача № 1 (Врожденная эритробластопения (анемия Даймонда-Блекфана), тяжелая форма. Вторичная перегрузка железом. Нарушения мозгового кровообращения).</p> <p>Больная Ю, 10 лет. Госпитализирована в стационар в тяжелом состоянии в связи со снижением Hb до 58г/л. При поступлении — состояние тяжелое. Выражена бледность кожных покровов и слизистых, тахикардия, систолический шум над всей областью сердца анемического характера, увеличение печени (выступает из-под края реберной дуги до 6 см).</p> <p>Анамнез жизни: девочка родилась в срок, но с низкой массой тела — 1700. Беременность протекала с угрозой прерывания. На грудном вскармливании до 2-х лет, мясной прикорм с 6 мес. На 3-и сутки после рождения Hb снизился до 80г/л. Переливалась эритроцитная масса. В возрасте 2-х мес. в г.Ташкенте верифицирован диагноз врожденной эритробластопении (Анемия Даймонда-Блекфана). С возраста 5 мес. до 5</p>
--	--

лет получала преднизолон и гемотрансфузии. Hb удерживался в пределах 90-120 г/л. В возрасте 5 лет на фоне приема преднизолона Hb снизился до 23г/л. В последующие годы находилась на трансфузионной терапии каждые 6 недель. В августе 2013г. обследована КНР. Выявлено повышение сывороточного ферритина до 5000 мкг/л. Был назначен эксиджад 750 мг/сутки с 2013г. Доза эксиджада - 500 мг/сутки, получает до настоящего времени. Периодически дополнительно проводилась инфузия десферала по 500 мг. За 2 или 4 часа. В январе 2013г. возникло острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу с правосторонним гемипарезом. На МРТ головного мозга выявлены признаки ОНМК по смешанному типу в бассейне средней мозговой артерии справа, энцефалопатия с наличием зон ишемии, лакунарных инфарктов. Проведено лечение актовегином в/в, парацетам, магния сульфат в/в, кортан, реосорбилакт в/в, преднизолон 50 мг/сут.(3 мес.). На этом фоне Hb снизился до 58г/л, переливались отмытые эритроциты. Неврологические нарушения постепенно восстановились. В последующем сохранялась трансфузионная зависимость каждые 3 — 4 недели.

При поступлении в отделение- состояние тяжелое, беспокоит слабость, повышенная утомляемость, головная боль в правой височной области, выражена бледность кожных покровов и слизистых, без геморрагических проявлений. В сознании, на вопросы отвечает адекватно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, одышки нет, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, систолический шум над всей областью сердца, тахикардия, пульс 120 ударов в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык обложен у корня беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги до 3-х см, плотноватой консистенции. Селезенка не пальпируется. Нервная система – без очаговых и менингеальных симптомов. Стул оформлен. Мочеиспускание не нарушено.

Лабораторные показатели:

Клинический анализ крови - Hb - 59г/л, Эритроциты - $2,52 \times 10^{10}/л$, Лейкоциты.- $3,8 \times 10^9/л$, Ht - 18,0% MCV - 75fl, MCH - 23,4pg, MCHC - 312,0 г/л, тромбоциты - $207,0 \times 10^9/л$. СОЭ - 63 мм/час, сегментоядерные - 39, эозинофилы - 2 моноциты - 10, лимфоциты – 49, ретикулоциты - 3%

Биохимия крови: щелочн.фосфатаза - 195,8е/л, АЛТ - 149,0е/л, АСТ - 87,8е/л, ГГТ - 297,0 е/л, ЛДГ - 174,1, билирубин общ.- 12,7мкм/л, креатинин - 46,1 мкм/л, сывороточное железо - 39,9мкм/л, мочевины - 6,3 мм/л, трансферрин - 1,56 г/л, ферритин - 3390 нг/мл (норме 48 нг/мл)

Исследование полиморфизма генов свертывающей системы крови - выявлена мутация в гене МТГФР в гетерозиготном состоянии.

ЭХО-КГ - фракция выброса левого желудочка 77%. Умеренная легочная гипертензия - высокий СВ.

УЗИ брюшной полости: очаговой инфильтрации в печени, селезенке, поджелудочной железе, почках - не выявлено.

Общий анализ мочи - без патологии.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, осложнения.
2. Патогенез ведущих клинических синдромов.
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить.
4. Составьте план лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения.

2. Задача № 2 (Иммунная гемолитическая анемия. Острый внутрисосудистый гемолиз).

Больной К., 12 лет, доставлен в отделение машиной скорой помощи в крайне тяжелом состоянии: вялый, заторможен, на вопросы отвечает односложно, крайне замедленно.

Анамнез заболевания: Мальчик заболел 4 дня тому назад, когда повысилась температура до 38,9, на 2-е сутки выделялась моча темного цвета. Быстро нарастала бледность кожных покровов, слабость, сохранялась высокая лихорадка до 5 дней. Получал жаропонижающие препараты, ципрофлоксацин перорально. Однако состояние не улучшалось.

Анамнез жизни: Родился 1-м ребенком в семье. Масса при рождении 3850,0, Беременность и роды протекали без особенностей. На грудном вскармливании до 1 года. Рос и развивался хорошо. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана, Из перенесенных заболеваний отмечает ветряную оспу, ангину, редко – ОРВИ. Наследственность не отягощена.

Лекарственной и пищевой непереносимости не выявлено.

При поступлении – на фоне тяжелого общего состояния отмечалась резко выраженная бледность кожных покровов и слизистых, умеренная иктеричность кожи и склер, без геморрагических проявлений. Отеков, пастозности нет. Из периферических лимфатических узлов пальпировались заднешейные с обеих сторон, мягко-эластической консистенции, умеренно болезненные, размером до 1 см. в диаметре. Слизистая зева гиперемирована, зернистая. Дыхание везикулярное, тоны сердца слегка приглушены, систолический шум над всей областью сердца, анемического характера, тахикардия до 130 уд. в 1 мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Моча темного цвета, кал окрашен.

Лабораторно:

Группа крови А (II) Резус положительная, ССDee Kell отриц.

Проба Кумбса прямая и непрямая положительная. Рекомендовано переливание эритроцитной массы индивидуально подобранного донора.

ИФА на маркеры вирусов гепатита В и С, ВИЧ, сифилис – результат отрицательный;

Общий анализ мочи: белок 0,33 г/л, Л.10-12 в п/зр., кристаллы гемосидерина не обнаружены (5-й день болезни);

Биохимия крови: АЛТ - 20,9е/л, АСТ - 45,0е/л, билирубин общ. - 60,5 мкм/л, прямой - 9,9мкм/л, непрямой - 51,5 мкм/л; мочевины - 5,6 мм/л, креатинин - 57,8 мкм/л, сывороточное железо - 37,9 мкм/л, общий белок - 64,7г/л;

Коагулограмма: протромбиновое время - 20,4 сек, тромбиновое время - 18,6 сек, АЧТВ - 27,7 сек., фибриноген - 3,1 г/л, РФМК - положит.

Клинический анализ крови: Hb - 37г/л, эритроциты - 1,16 × 10/л, Лейкоциты - 26,8 × 10/л, Ht - 10,3% , тромбоциты - 509,0 тыс. ретикулоциты - 38%, миелоциты- 1, юные- 1, палочкоядерные – 4, сегментоядерные – 61, эозинофилы – 1, базофилы- 1, моноциты- 2, лимфоциты – 29, СОЭ - 81 мм/час.

Пунктат костного мозга: умеренно клеточный, с преобладанием клеток миелоидного ряда, бластов 0,4%, клеток эритроидного ряда 0,8% (разведен периф. кровью), МГКЦ не обнаружены.

УЗИ брюшной полости – без патологии, печень и селезенка не увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Причины, патогенез данного заболевания.
3. Стандарт обследования: лабораторные тесты, подтверждающие диагноз.
4. Тактика ведения больного на данном этапе.

3. Задача № 3 (Врожденная циклическая нейтропения. Врожденная циклическая нейтропения. Первичный иммунодефицит. Артрит правого коленного сустава).

Больная О, 2-х лет, впервые обратились с жалобами на увеличение периферических лимфатических узлов, рецидивирующий стоматит и гингивит. С возраста 1 мес – гнойничковые элементы на коже туловища и волосистой части кожи головы. С возраста 1г 3 мес, частые ОРВИ, бронхит, пневмония. Неоднократно лечилась антибиотиками, полиоксидоний. Период выздоровления не затягивается (7-10 дней). До 1 года – частый жидкий стул, без патологических примесей.

Анамнез жизни: Мама во 2-м браке. В первом браке - двое здоровых детей.

Во 2-м браке 3-я беременность – замершая. В 14 недель искусственное прерывание. Во время «замершей» беременности мама прошла обследование. Подтвержден диагноз АФС (повышенный риск тромбоза). Получала курантил, аспирин. Через 6 мес наступила 4-я беременность данной девочкой. Беременность протекала без токсикоза. На протяжении срока беременности принимала курантил. Роды в срок, естественным путем. Закричала сразу. К груди приложена в родильном зале, на грудном вскармливании до 1 года. Прикорм с 6 мес. В психомоторном развитии не отставала. В возрасте 2 г 3 мес стала произносить отдельные слова.

Отец девочки часто болел ОРВИ, пневмонии до 14 лет (3 раза в год), лечился стационарно. После 14-летнего возраста – практически здоров.

Наследственность по линии матери не отягощена, по линии отца – у бабушки сахарный диабет 2-го типа.

При осмотре: Состояние девочки удовлетворительное, ребенок активный, контактный. Умеренная бледность, пальпируются все группы периферических лимфатических узлов. Слизистая полости рта с единичными афтами, умеренной гиперплазией и гиперемией десен. Слизистая зева гиперемирована, умеренная гипертрофия миндалин. Косолапость слева, внутри суставной выпот в области правого коленного сустава, функция не нарушена, кожа над суставом не гиперемирована, но горячая на ощупь, держится около 5 мес. Дыхание везикулярное. Тоны сердца отчетливые. Пульс ритмичный, 92 удара в 1 мин. Печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул в настоящее время оформлен. Титр антител к ЦМВ повышен.

Лабораторные данные:

С возраста 1 мес у девочки циклическое колебание количества нейтрофилов (от 550 клеток до 1760 в 1 мкл). **Колебания гранулоцитов в 1 мкл:**

2016г. в возрасте 1 мес - 1200,0 в 2 мес. – 1760,0

2017г – возраст 1,5г – 1200,0

1г.7 мес. – 550,0

1г.8 мес - 640,0 после ВВИГ на протяжении 3-х дней – повышение до 2180,0

2018г. – возраст 2 года – на фоне пневмонии гранулоцитов 280,0 получает антибиотики.

2 года 2 мес. – 540,0 – 536,0 . После ВВИГ – 2160,0. Получает полиоксидоний.

2г.3,5 мес. – 770,0. В иммунограмме – снижение количества В-лимфоцитов.

Задание:

1. Выделите основные клинические симптомы у ребенка.

2. Причины, патогенез данного заболевания.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить.
5. Составьте план лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения.

4. Задача № 4 (Хронический миелолейкоз. Взрослый вариант. Rh +, хроническая фаза).

Больная Ю, 11 лет. Поступила в отделение с жалобами на боли в животе, слабость.

Анамнез заболевания: несколько дней назад девочка обнаружила уплотнение в животе, появились боли, повысилась температура до 38° С. С подозрением на острый панкреатит госпитализирована в ДХО 2 КБ №7, за время наблюдения данных за хирургическую патологию не выявлено. На УЗИ брюшной полости выявлена гепатоспленомегалия, диффузные изменения в структуре печени, селезенки. В общем анализе крови эрит. $2,88 \times 10^{12}$, Hb 95 г/л, гиперлейкоцитоз до $80,0 \times 10^9$ со сдвигом влево до молодых форм. Ребенок переведен в ДОГЦ.

Анамнез жизни: От 2-й беременности, протекавшей без патологии, роды 2-е в срок. Масса при рождении 3500,0. Грудное вскармливание до 1 года. Привита по календарю. Перенесенные заболевания: в/оспа, дифтерия глотки в 1997г. Туберкулез, вен. заболевания отрицает. Лекарственной, пищевой аллергией не страдает.

Объективные данные: Состояние при поступлении средней тяжести. Астенического телосложения. Кожные покровы чистые, выраженная бледность, периорбитальные тени. Периферические лимфатические узлы мелкие по всем группам. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, селезенка +18 см из-под края реберной дуги, болезненная при пальпации, плотной консистенции, мало подвижная.

Проведено обследование

Группа крови 0 (1) Rh положительный

Кровь из ВИЧ, HbsAg, HCV, реакцию Вассермана, реакции микропреципитации и сифилис отриц.

Общий анализ крови: Hb - 93 г/л эритроциты - $3,22 \times 10^{12}$, ретикулоциты - 15%, Лейкоциты - $188,0 \times 10^9$ бласты - 5, миелоциты - 6, метамиелоциты - 13, п/я - 19, сегментоядерные - 39, эозинофилы - 8, базофилы - 4, лимфоциты - 2, моноциты - 2, Тромбоциты - $681,0 \times 10^9$, СОЭ 3 мм/ч.

Биохимия печени: кадмиевая проба - отриц. Тимоловая - 3,6 ед, общий билирубин - 10,8 мкм/л, АЛТ - 0,5 ммоль/л, АСТ - 0,6 ммоль/л, щелочная фосфатаза 1,9 мкг/л, ГГТ - 0,4 мкг/л

Биохимия почек: креатинин - 0,053 мкм/л, ост. азот - 19,6 ммоль/л, мочевина - 3,7 ммоль/л.

Костный мозг (03.11.06):

Бласты - 4,8

Нейтрофилы

Промиелоциты - 6,2

Миелоциты - 12,6

Метамиелоциты - 19,2

Палочкоядерные - 10,4

Сегментоядерные - 15,0

Базофилы - 4,8

Лимфоциты - 4,2

Моноциты - 0,8

Эритробласты - 4,0

Базофильные - 0,4

Полихроматофильные - 0.4

Оксифильные - 3.2

Мегакарициты оксифильныеполихроматофильныебазофильные.

Соотношение лейко/эритро - 22.8/1, индекс созревания нейтрофилов - 1.5, индекс созревания эритробластов - 0.9

Иммунофенотипирование: выделяются бластные клетки с иммунофенотипом CD 34+/HLA-DR+/CD33+/. Данный иммунофенотип в наибольшей степени соответствует миелоидной дифференцировке бластных клеток.

ПЦР методом Real-Time: обнаружена высокая экспрессия гена bcr-abl.

1. Причины, патогенез данного заболевания.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить.
4. Составьте план лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения.

5. Задача № 5 (Острый промиелоцитарный лейкоз, М3 вариант, период развернутых клинических проявлений, высокий риск).

Больная Х., 11 лет поступила в отделение с жалобами на повышенную утомляемость, непостоянную фебрильную лихорадку на протяжении 4-х недель.

Анамнез жизни: Девочка от 1-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания, роды в срок, масса при рождении 3200,0. Период новорожденности протекал без особенностей, на грудном вскармливании до 1 года. Росла и развивалась хорошо. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ до 2-х лет, ветряная оспа в 6 лет, ларинготрахеит, перелом правой плечевой кости.

Наследственность не отягощена.

Анамнез заболевания: Считает себя больной на протяжении последних 4-х недель, когда появились катаральные симптомы со стороны верхних дыхательных путей, умеренная гиперемия слизистой зева, повысилась температура до 38,6°. Лечилась анафероном, состояние улучшилось, однако через 4 дня вновь подъем температуры до фебрильных цифр. Лечение флемоксином без особого эффекта, лихорадка продолжалась преимущественно в вечернее время. В ан. периф. крови через 2 недели от начала заболевания отмечалась тенденция к лейкопении (2,9-2,3×10⁹/л). Гранулоцитопения, относительный лимфоцитоз, тенденция к тромбоцитопении (72 тыс., Hb 100г/л). Принимала лейкопид, а затем была направлена на консультацию к гематологу.

При поступлении состояние средней тяжести, умеренная бледность кожных покровов с восковидным оттенком, единичный экхимоз в области правого предплечья до 0,5 см, умеренная гиперемия слизистой зева, пальпировались единичные заднешейные, подмышечные и паховые лимфоузлы до 0,5 – 1 см, подвижные, эластичные, безболезненные. Костно-мышечная система без патологии. Дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены, тоны сердца отчетливые, пульс ритмичный 80 уд. в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги до 2-х см., селезенка не пальпируется.

Лабораторные данные:

Анализ периферической крови: Лейкоциты - 2,2×10⁹/л, эритроциты - 4,15×10¹²/л, Hb - 117г/л, тромбоциты - 65,0×10⁹/л, ретикулоциты - 8%, СОЭ - 16 мм/час, гранулоцитов 0,4×10⁹/л, бластные - 7%, с.12, лимфоциты - 81.

Пунктат костного мозга: тотальная инфильтрация бластными клетками

миелоидной природы, вариант Мз, в цитоплазме бластов обильная мелкая зернистость, покрывающая ядро, обнаружены палочки Ауэра в большом количестве. Миэлопероксидаза и липиды резко положительны, гликоген положительный в диффузной форме.

Ликвор б/цв, прозрачный, цитоз 3/3 в 1 мкл, белок 0,2 г/л;

Коагулограмма –протромбиновое время 22,9сек., тромбиновое время 21 сек., АЧТВ 29,6 сек., фибриноген 0,6г/л, РФМК отриц., Д-димеры 2,5 мкг/мл.

Биохимия крови: общ.белок 82г/л, альбумины 51,3г/л; АЛТ 11,6е/л, АСТ 19,9е/л, Г-ГТ 13,2е/л, ЛДГ 232,8е/л, билирубин общ.13,4 мкм/л, мочевины 5,4 мм/л, креатинин 76,1 мкм/л, щелочная фосфатаза 160,6е/л, мочевиная кислота 272,1 мкм/л.

Группа крови O(1) резус положительная.

Цитогенетическое исследование: выявлена транслокация (15;17), ген RARA.

Проточная цитофлюориметрия, иммунофенотипирование: большинство клеток миелоидного происхождения с иммунофенотипом CD33+, CD13+;

1. Причины, патогенез данного заболевания.
 2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
 3. Поставьте клинический диагноз.
 4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить.
 5. Составьте план лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения.
6. Задача № 6 (Дефицитная анемия с комплексным патогенезом(дефицит железа, фолиевой кислоты), тяжелая форма. Белково-энергетическая недостаточность. Транзиторный гипотиреоз в возрасте 5 мес.).
Большая Э., 10 мес.
Госпитализирована в отделение в тяжелом состоянии с выраженной бледностью кожных покровов, отказом от еды, склонностью к запорам, отставанием в психомоторном развитии.
Ребенок от 2-й беременности, доношенный, масса при рождении 3250,0. Беременность протекала без токсикоза. 1-й ребенок в семье, 3 года, здоров. До 1-й беременности мама в 15 лет лечилась стационарно по поводу тяжелой степени железодефицитной анемии. Во время 2-й беременности Hb у мамы - 120г/л. Девочка родилась бледной, крик слабый, по шкале Апгар 8 баллов. До 3-х месяцев находилась на грудном вскармливании и в массе прибавляла хорошо. В виду гипогалактии у матери с 3-х месячного возраста переведена на искусственное вскармливание козьим и коровьим молоком. С 5 мес. отстает в развитии. Масса тела в 10 мес. 7200,0.
В возрасте 5 мес. обследовалась у эндокринолога по поводу транзиторного гипотиреоза. Два месяца принимала L-тироксин в дозе 12,5 мг/сут. В родильном доме привита против туберкулеза и гепатита «В». Другие прививки на 1-м году жизни не получала.
Наследственность не отягощена.
Перенесенные болезни – частые ОРВИ, бронхит в 3 мес. Антибиотиками не лечилась. Лекарственной и пищевой аллергии не выявлено.
При поступлении: состояние тяжелое, резкая бледность кожных покровов, тургор тканей снижен, зубов 0/2, большой родничок 2,5x2 см., края податливые, выражены лобные и теменные бугры, облысение затылка, рахитические четки на ребрах. Сидит самостоятельно, не стоит, не произносит отдельных слогов. Дыхание пуэрильное, одышки нет. Тоны сердца отчетливые, тахикардия, систолический шум над областью сердца

анемического характера. Пульс 160 уд. в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, мягко-эластической консистенции, селезенка + 1,5 см, подвижная. Стул со склонностью к запорам, мочеиспускание свободное.

Лабораторные данные:

Клинический анализ крови: Hb - 30г/л, эритроциты - $2,32 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты - $16,9 \times 10^9/л$, тромбоциты - $809,0 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 21%, нормоциты - 1%, MCV - 53fl, MCH - 13,1pg, MCHC - 24%, СОЭ - 20 мм/час, сегментоядерные - 26, моноциты - 6, лимфоциты - 65, эозинофилы - 1, базофилы - 1, плазмат. кл. - 1;

Общий анализ мочи: белок - 0,28г/л, Л.- 20-30 в п/зр., эритроц. - 3-4 в п/зр, слизь 2+;

Группа крови А(II) Резус положит.(подгруппная-альфа, бета) ;

Биохимия крови: АЛТ - 21е/л, АСТ - 29е/л, Г-ГТ - 8 е/л, ЛДГ - 236 е/л, билирубин общий - 5,5 мкм/л, мочевины - 5,6 мм/, креатинин - 29,5 мкм/л, щелочная фосфатаза - 166е/л.

Пунктат костного мозга: полиморфный, клеточный, МГКЦ в достаточном количестве, бластов 3%, клеток эритроидного ряда 27,8% с нарушением гемоглобинизации и с признаками дизэритропоэза.

ИФА на маркеры вирусов гепатита «В» и «С», ВИЧ, сифилис – результат отрицат.

Обмен железа: ОЖСС 75 мкм/л, ЛЖСС 54,0 мкм/л, коэффициент насыщения плазмы железом 12%, сывор. Железо 1,5 мкм/л, ферритин сывор. Крови 10мг/л.

1. Причины, патогенез данного заболевания.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить.
5. Составьте план лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения.

7. Задача № 7 (Острый лимфобластный лейкоз Л1 вариант, В-клеточная линия с экспрессией миелоидных антигенов, промежуточный риск, период развернутых клинических проявлений).

Больная Д., 8 лет госпитализирована в детское отделение с жалобами непостоянные головные боли, боли в позвоночнике, похудание, длительный субфебрилитет.

Анамнез жизни: Девочка от 1-й беременности, протекавшей на фоне пиелонефрита у матери. Роды в срок, масса при рождении 3150,0. Вскармливание искусственное. Росла и развивалась хорошо. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана. Наследственность неотягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ 1 – 2 раза в год.

Анамнез заболевания: Считает себя больной на протяжении последних 6 мес., когда стала часто болеть ангиной. Из зева высеян золотистый стафилококк и обнаружено повышение титра антител к вирусу простого герпеса I, II типа. Лечилась антибиотиками. Состояние улучшилось. Спустя 2 мес. отмечает повышенную утомляемость, ухудшение аппетита, похудание, непостоянная субфебрильная и фебрильная лихорадка. Принимала парацетамол, нурофен. В ан. периф. крови отмечалось повышение лейкоцитов до 22 тыс., эозинофилия до 30-50%.

Консультирована гематологом, гастроэнтерологом, инфекционистом. Установлен диагноз: Хронический тонзиллит декомпенсированная форма, дискинезия желчевыводящих путей, холестаза, лямблиоз. Проведено 3 курса лечения (немозол, аллохол), но состояние не улучшалось. Продолжалась непостоянная лихорадка, похудание, на 5-м мес. от начала заболевания усилились головные боли, появились боли в спине, сформировался кифосколиоз грудно-поясничного отдела позвоночника, на МРТ картина диспластических изменений в грудном и поясничном отделах позвоночника. Неврологом установлено наличие прогрессирующей мышечной дистрофии. Заподозрена болезнь Шаурмана Мау. Проводилось симптоматическое лечение. В ан. периф. крови эозинофилия 22%, СОЭ 19 мм/час.

После повторного осмотра гематолога Ребенок направлен на стационарное обследование.

При поступлении (на 7-м мес. от начальных симптомов): состояние средней тяжести. Температура тела 37,4, с повышением в вечернее время до 38,5°C. Девочка истощена (дефицит массы 20%) Периферические лимфатические узлы пальпируются шейные, 2-го размера. Суставы не изменены, выражен сколиоз, лордоз. Дыхание везикулярное, слегка ослаблено в нижних отделах. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца отчетливые, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка у края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены. Умеренная ригидность затылочных мышц.

Предположительный диагноз?

Дифференциальный диагноз?

Стандарт обследования?

Обследование.

Клинический анализ крови: Лейкоциты - $11,5 \times 10^9$ /л, эритроциты - $3,92 \times 10^{12}$ /л, Hb – 105 г/л, Ht - 30,7% тромбоциты - $301,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 55 мм/час, юные-1, палочкоядерные - 10, сегментоядерные - 33, эозинофилы – 33 (максим. 51%), моноциты- 4, лимфоциты - 22.

Группа крови O (1) Резус положит.

Общий анализ мочи: без патологии, уд.вес 1020.

Биохимия крови: общ. Белок - 53,4г/л, альб.- 27,7г/л, амилаза - 10е/л, СРБ - 45,5мг/л; АЛТ - 8,7е/л, АСТ - 9,5 е/л, ЛДГ - 148,1 е/л, Г-ГТ - 10,4 е/л, щелочная фосфатаза - 49,1е/л; глюкоза - 3,69мм/л, билирубин общ. - 5,3мкм/л, мочевины - 4,4 мм/л, креатинин - 44,7мкм/л, сыв. Fe - 10,8мкм/л, Са - 1,98 мм/л, Р - 1,27 мм/л, Mg - 0,61мм/л, К - 5,08мм/л.

Пунктат костного мозга: умеренно клеточный, мноморфный, бластные клетки 57,6%, лимфоидные 5,2%, моноцитов 0,6%, клеток эритроидного ряда 15,0%, мегакариоциты в небольшом количестве. Бластные клетки- мезогенерации, с высоким ядерно- цитоплазматическим индексом, расположение ядра эксцентрично, ядро округлое и овальное, полиморфизм ядер умеренный, структура хроматина тонкопетлистая, наличие нуклеол – О-1 с четкими контурами; контуры цитоплазмы ровные, окраска умеренно базофильная, без вакуолизации, зернистость в цитоплазме отсутствует, палочки Ауэра не обнаружены.

Цитохимические реакции: МПО и липиды отрицательные, на PAS-положительная в гранулярной форме. Заключение: в пунктате бластные клетки вероятно лимфоидной природы.

Проточная цитофлюориметрия: CD 19+/CD10+ 79%, CD22+/CD19+ 77%; CD38+64%; CD33+/CD13- 80%. Заключение: Данный иммунофенотип в наибольшей степени соответствует В-лимфобластному лейкозу с aberrантной экспрессией CD33.

Трепанобиопсия: гиперпластический костный мозг. Представлен тремя

ростками гемопоэза. Гиперплазия гранулоцитарного ростка. Жировой ткани <10%.

Ликвор: прозрачный, бесцветный, цитоз 1/3, белок 0,15г/л.

Иммуногистохимия костного мозга: фенотип бластных клеток не удалось установить из-за небольшого их количества (около 20%).

КТ органов грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства: В легочной ткани выявляется диффузное утолщение междольковых перегородок и стенок бронхов с наличием милиарных, мелко- и среднеочаговых перилимфатических образований, образующих в нижней доле левого легкого зону очагово-сливной инфильтрации. Визуализируются множественные увеличенные лимфоузлы в зоне сканирования: с обеих сторон аксиллярные до 1,3 см, над- и подключичные, трахеобронхиальные и бронхопульмональные до 1 см., переднее-верхнего средостения до 0,8см, забрюшинные до 1,4 см., множественные мезентериальные до 0,7см. Умеренная гепатоспленомегалия, диффузная неоднородность контрастного усиления паренхимы селезенки. Выявляются признаки диффузного разрежения костной ткани костей скелета в зонах сканирования по типу диффузного остеопороза с наличием компрессионных переломов тел большинства нижнегрудных и поясничных позвонков 1 степени, явных очагов литической деструкции не обнаружено.

Цитогенетика: При исследовании методом FISH tr(12;21), tr(9;22), tr(1;19), перестроек гена MLL, делеции Sp не обнаружено.

1. Причины, патогенез данного заболевания.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить.
5. Составьте план лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения

8. Задача № 8 (наследственный сфероцитоз, хронический субкомпенсированный гемолиз).

Больной В., 10 лет

Поступил в клинику с жалобами на выраженную иктеричность кожи и склер, слабость, бледность, потемнение мочи.

Анамнез жизни: Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с умеренным токсикозом и угрозой прерывания. Родился в срок, по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричал сразу, Масса при рождении 3150,0. К груди приложен в родильном зале, грудь взял при первом прикладывании, сосал хорошо. На грудном вскармливании находился до 1г. 2 мес.

Рос и развивался соответственно возрасту.

Профилактические прививки проводились согласно календарного плана.

Наследственность: у мамы ребенка в 2-х летнем возрасте верифицирован диагноз наследственной микросфероцитарной гемолитической анемии. В возрасте 9 лет выполнена спленэктомия. 2-й ребенок в семье здоров.

Анамнез заболевания: В периоде новорожденности перенес неонатальную желтуху с 3-го по 10-й день. Билирубин повышался до 260 мкм/л за счет непрямого фракции. Проводилась фототерапия. Выписан из родильного дома на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии. В возрасте 17 дней ребенок пожелтел, непрямого билирубин повысился до 280 мкм/л, гемоглобин снизился до 85г/л. Переливалась дважды эритроцитная масса. Повторный гемолитический криз развился в возрасте 1г.7 мес. Гемоглобин снижался до 95г/л, проводилось симптоматическое лечение. В последующие годы жизни кризы

повторялись каждые 6 мес., характеризовались усилением желтухи кожи и склер, гемоглобин удерживался в пределах от 95 до 125г/л. Проводилось симптоматическое лечение. В настоящее время госпитализирован в связи с возникновением болевого синдрома в области левой реберной дуги.

При поступлении: Состояние средней тяжести. Выражена бледность, умеренная иктеричность кожи, краевая иктеричность склер. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отмечается аномальное строение ушных раковин, готическое небо, сандалевидная щель. Дыхание везикулярное. Тоны сердца отчетливые, пульс ритмичный, 80 ударов в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/55 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, умеренная венозная сеть в верхнем эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги до 3,5 см., умеренной плотности, безболезненная. Селезенка, плотной консистенции выступает из-под края реберной дуги до 7 см. Размеры по Курлову: 7-10/23см.

Стул окрашен. Моча насыщенно-желтого цвета.

Лабораторные данные:

Клинический анализ крови: Лейкоциты - $5,9 \times 10^9$ /л, эритроциты - $2,82 \times 10^{12}$ /л, Hb - 99г/л, Ht - 0,246, тромбоциты - $365,0 \times 10^9$ /л, ретикулоциты - 98,0%, СОЭ - 5 мм/час, сегментоядерные - 40%, моноциты - 13%, лимфоциты - 47%. Выражена тенденция к микроцитозу, сфероцитоз, минимальная осмотическая резистентность – 0,57%, максим. 0,38%.

Пунктат костного мозга: клеточный, полиморфный, бластные клетки 2,6%, МГКЦ в небольшом количестве функционально активные, лимфоциты 3,6%, эритроидный ряд 45,2%, с признаками мегалобластности. Костномозговые индексы: лейко/эритро 2,5:1, индекс созревания нейтрофилов 0,6; индекс созревания эритробластов 0,87.

Биохимия крови: щелочная фосфатаза - 142,1е/л, АЛТ- 14,1е/л, АСТ - 33,9е/л, Г-ГТ - 8,4е/л, билирубин прямой - 8,7мкм/л, непрямой - 36,0мкм/л, ЛДГ- 399,5е/л, креатинин - 47,1 мкм/л, мочевины - 1,9 мм/л, мочевины кислота - 307,4 мкм/л, глюкоза - 5,53мм/л, общий белок - 63,6г/л, сывороточное железо - 12,5 мкм/л, ферритин сыворотки - 182,5 мкг/л, трансферрин - 1,46 г/л.

Общий анализ мочи: белок 0,08г/л, осадок без патологии.

Задание:

1. Перечислите причины гемолиза в периоде новорожденности.
2. Патогенез данного заболевания.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить.
5. Составьте план лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения.

9. Задача № 9 (Острый лимфобластный лейкоз, Л-2 вариант, период развернутых клинических проявлений, стандартный риск).

Больная О., 6 лет. поступила в гематологическое отделение с жалобами на умеренную бледность кожных покровов, нарастающую слабость, повышенную утомляемость, отеки на лице.

Анамнез жизни: Родилась 1-м ребенком в семье. Беременность и роды протекали без осложнений. Масса при рождении 2950,0. Грудное вскармливание до 3-х мес. Росла и развивалась хорошо. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана, без осложнений. Туберкулез и вен. заболевания в семье отрицаются. Лекарственной и пищевой аллергии не выявлено.

Перенесенные болезни: ОРВИ редко, в легкой форме. Наследственность

не отягощена.

Анамнез заболевания: Около 6 недель тому назад девочка переболела гриппом с высокой лихорадкой. Лечилась симптоматическими средствами и жаропонижающими препаратами. Состояние улучшилось. При прохождении медицинской комиссии перед оформлением в школу в анализе крови выявили снижение гемоглобина. Не лечилась. Последние 2 недели стала нарастать слабость, умеренная бледность, отечность лица. Госпитализирована в нефрологическое отделение с подозрением на развитие гломерулонефрита. В анализе периферической крови выявлено умеренное снижение гемоглобина, лейкопения за счет гранулоцитопении и ускоренная СОЭ. Мочевой осадок без патологии. Для дальнейшего обследования девочка переведена в гематологическое отделение.

При поступлении: состояние средней тяжести, умеренная бледность. Кожные покровы чистые, без геморрагических проявлений. Отмечается умеренная отечность лица, особенно верхних век, пастозность голеней, суставы не изменены. Пальпируются все группы периферических лимфатических узлов, плотной консистенции, безболезненные, размером от 0,5 до 1,0 см, не спаяны между собой и окружающими тканями. Слизистая зева не гиперемирована, миндалины не выступают из-за дужек. Грудная клетка не деформирована. Перкуторно над легкими легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца отчетливые, мягкий систолический шум на верхушке, пульс ритмичный, 86 ударов в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 95/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, симметричен, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, доступный глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги до 3,5 см, плотноватой консистенции, селезенка не пальпируется. Нервная система без очаговых и менингеальных симптомов. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Лабораторные данные:

Клинический анализ крови: Нб - 82,0 г/л, эритроциты - $2,48 \times 10^{12}$ /л, Нт - 0,226, ретикулоциты - 12%, Лейкоциты - $1,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты - $111,0 \times 10^9$ /л, MCV - 91 fl, MCH - 33,0 pg, RDW - 15,9%, бластные - 3, палочкоядерные - 1, сегментоядерные - 21, эозинофилы - 3, моноциты - 5, лимфоциты - 67, СОЭ 58 мм/час.

Группа крови А(II) Резус положительная

Биохимия крови: щелочная фосфатаза 105,8 е/л, АЛТ 10,6 е/л, АСТ 36,4 е/л, Г-ГТ 13,7 е/л, ЛДГ 539,5 е/л, билирубин общ. 5,5 мкм/л, общ. белок 77,1 г/л, креатинин 53,3 мкм/л, мочевина 3,4 мм/л, мочевая кислота 467,2 мкм/л, СРК 8,46 мг/л, сывороточное железо 16,5 мкм/л;

Общий анализ мочи общ. уд.вес 1005, белок не обн. ,мочевой осадок без патологии.

Ликвор – прозрач., бесцв., цтоз 1 клетка в 1 мкл. Белок 0,24 г/л

Пунктат костного мозга: тотальная метаплазия бластными клетками, МГКЦ не найдены. Бластные клетки мезогенерации, ядерно-цитоплазматический индекс умеренный и высокий, ядро округлое, расщепленное, поиморфизм ядер умеренный, структура хроматина тонкодисперсная, цитоплазма умеренно базофильная, без вакуолизации, зернистость в цитоплазме отсутствует.

Цитохимические реакции: на МПО – отриц., на липиды отриц. на PAS – положит. В 3% бластов, в гранулярной форме.

УЗИ брюшной полости: печень 111x47 мм, эхоплотность обычная, эхоструктура однородная. Желчный пузырь 34x20 мм, овоидный, гомогенный, четкий контур. Пожелудочная железа – однородная,

обычной экзогенности. 13×15×10мм. Селезенка 80×33, обычной экзогенности, мелкозернистая. Мочевой пузырь без особенностей. ПОЧКИ: правая 84×33мм, паренхима 11мм, левая 84×33мм, паренхима 11 мм, обе ротированы под углом 45градусов в положении стоя.

Заключение: Увеличение размеров печени, поджелудочной железы. Ротация обеих почек.

Рентгенография органов грудной клетки: Легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Легочный рисунок в прикорневых зонах несколько усилен. Корни структурны. Конфигурация средостения не нарушена. Плевральные синусы свободны. Костно-деструктивных изменений не выявлено.

1. Причины, патогенез ведущих клинических симптомов.
2. Сформулируйте клинический диагноз с учетом выполненных лабораторных исследований.
3. Какие дополнительные исследования еще необходимо провести.
4. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
5. Составьте план лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения.

10. Задача № 10 (Ишемически- геморрагический инсульт в правом полушарии головного мозга. Гиперкоагуляционный синдром на фоне наследственной тромбофилии (мутация Vф. Лейдена). Последствия : левосторонний спастический гемипарез, Расходящееся косоглазие правого глаза, Судорожный синдром).

Больная А., 2г. 8 мес. поступила в отделение с жалобами на неуверенную походку, расходящееся косоглазие правого глаза.

Анамнез жизни: Девочка от 1-й беременности, роды оперативные на сроке 30-31 неделя беременности. Масса при рождении 1120,0, по шкале Апгар 6/7 баллов. Беременность протекала с угрозой прерывания, на фоне гестационного пиэлонефрита в 28 недель, ОРВИ во 2-й половине беременности, хронической гипоксии плода, двукратного обвития пуповиной вокруг шеи. При рождении состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности, перенесенной асфиксии, незрелости. Находилась на респираторной поддержке назального СРАР в ОРИТ на протяжении 7 дней, периодически давала апноэ. Затем переведена в ОПН с диагнозом: ишемия головного мозга 2 степени, гипертензионный синдром, синдром нарушенного мышечного тонуса. Выписана под наблюдение детской поликлиники в 2,5 мес. Вскармливание искусственное.

В дальнейшем физическое развитие соответствовало возрасту, отмечалась задержка речевого развития. Из профилактических прививок получила только против кори, краснухи, паротита в возрасте 2 года. Детский сад посещает с 2-х лет. Перенесенные болезни: частые ОРВИ после оформления в детский сад. Наследственность: В семье у женщин по линии матери невынашивание беременности (выкидыши, недоношенность).

Анамнез заболевания: После оформления в детский сад девочка стала часто болеть ОРВИ. В возрасте 2г. 5 мес. на фоне очередной ОРВИ с высокой лихорадкой возникли клонико-тонического характера судороги, потеря сознания. С подозрением на нейроинфекцию была госпитализирована в инфекционную больницу, выполнена люмбальная пункция, патологии не выявлено и девочка переведена в ДАРО б-цы №7 в коматозном состоянии. При КТ головного мозга выявлена субдуральная гематома правой гемисферы с латеральной дислокацией срединных структур. При контрольном КТ через 7 дней - картина ишемического поражения. В ДАРО проводилась интенсивная терапия в остром периоде нарушения мозгового кровообращения, состояние улучшилось, а для дальнейшего лечения переведена в неврологическое отделение. Неврологический статус: Девочка в сознании, понимает обращенную речь, ходит с поддержкой. Расходящееся косоглазие справа, гнусавый оттенок

	<p>голоса, мышечный тонус в левых конечностях повышен по спастическому типу. В верхней правой конечности – тремор. Сухожильные рефлексy S>D повышены. Походка гемипаретическая. В плане выяснения причины ишемического инсульта, учитывая наследственный анамнез, было проведено исследование полиморфизма генов свертывающей системы крови. Была выявлена гетерозиготная мутация ф.V – Лейдена. В неврологическом отделении проводилось лечение: депакин, диакарб, аспаркам, мексидол, кортексин. При гемостатическом обследовании выявлен гиперкоагуляционный синдром. Рекомендовано лечение тромбофилии в гематологическом отделении.</p> <p>При поступлении: состояние средней тяжести, активна, гипервозбудима. Ходит самостоятельно, при ходьбе покачивается, тремор пальцев рук справа, расходящееся косоглазие справа, мышечный тонус в левых конечностях повышен по спастическому типу, походка гемипаретическая. Кожные покровы и слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Тоны сердца отчетливые. Пульс ритмичный. Живот участвует в акте дыхания, симметричен, при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.</p> <p>Лабораторные данные: <i>Клинический анализ крови:</i> Лейкоциты - $9,1 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты - $5,13 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb - 110г/л, Ht - 0,369, тромбоциты - $370,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 3 мм/час, ретикулоциты - 1%, сегментоядерные - 40, эозинофилы - 15, моноциты - 9, лимфоциты - 36, MCV - 71,9fl, MCH - 21,4pg, MCHC - 298, RDW-SD 46.3fl. <i>Биохимия крови</i> - щелочная фосфатаза - 231,8е/л, АЛТ - 12,0е/л, АСТ - 22,1е/л, Г-ГТ - 6,9е/л, ЛДГ - 264,9е/л, билирубин общ. - 5,2 мкм/л, общ. белок - 59,2г/л, альбумины - 38,1г/л, креатинин - 46,5 мкм/л, мочеви́на - 2,6 мм/л, моче́вая кислота - 283,3 мкм/л, СРБ - 1,59мг/л, Fe- 4,4мкм/л, Ферритин - 17,1 мг/л, трансферрин - 2,77г/л. <i>Коагулограмма:</i> протромбиновое время - 16,9 сек, тромбиновое время - 15,0 сек, АЧТВ - 27,4 сек, фибриноген - 2,0г/л, РФМК - полож. Д-димеры >2,5 мкг/мл. <i>Общий анализ мочи</i> – осадок не изменен.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте клинический диагноз на основании данных анамнеза и объективного осмотра. 2. Какие неблагоприятные факторы из наследственного анамнеза указывают на наличие тромбофилии. 3. Патогенез клинических синдромов у данного ребенка. 4. Перечислите лабораторные показатели тромбогенной опасности. 5. Современные подходы к антикоагулянтной терапии при тромбогенной ситуации. 6. Составьте план реабилитации и диспансерного наблюдения.
--	---

ФОС для базовой части производственной (клинической) практики

Темы индивидуальных заданий

1. определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного; провести дифференциальную диагностику основных аллергических заболеваний и иммунопатологии, обосновать клинический диагноз;
2. разработать схему, план и тактику ведения больного в сложных клинических случаях, обосновать дифференциальный диагноз, показания и противопоказания к назначению специфической и неспецифической терапии;

3. разработать план подготовки больного к иммунотерапии аллергенами, определить соматические противопоказания;
4. определить необходимость специальных методов исследования (постановки кожных тестов с аллергенами, проведение провокационных тестов, функциональных, лабораторных, рентгенологических), организовать их выполнение и провести интерпретацию их результатов;
5. оценить уровень содержания иммуноглобулина Е (IgE) общего и специфических;
6. обосновывать назначение иммунотерапии разными аллергенами и разными методами (подкожная, локальная);
7. провести дифференциальную диагностику аллергических заболеваний (крапивница, атопический дерматит и др.) и иммунопатологических состояний (иммунодефициты, аутоиммунные заболевания и др.) с заболеваниями органов дыхания и средостения, ЛОР-органов, заболеваниями кожи, инфекционными заболеваниями; организовать перевод больных в профильные больницы и стационары;
8. использовать методики распознавания и лечения следующих неотложных состояний: анафилактический шок, инфаркт миокарда, инсульт, черепно-мозговая травма, «острый живот», внематочная беременность, гипогликемическая и гипергликемическая кома, клиническая смерть;
9. организовать комплексную реабилитацию больных аллергическими заболеваниями и иммунопатологией в стационарных, амбулаторных условиях;
10. правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни аллергологического больного;
11. выявить характерные признаки имеющегося пульмонологического заболевания, в том числе у лиц молодого возраста и у пожилых;
12. провести дифференциальную диагностику пульмонологических заболеваний (хроническая обструктивная болезнь легких, пневмонии, саркоидоз, бронхообструктивный синдром) с бронхиальной астмой, экзогенным аллергическим альвеолитом, легочными эозинофилиями);
13. обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований;
14. оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи, мокроты и других биологических сред, данные рентгеноскопии и рентгенографии, ЭКГ, ЭХО-графии, КТ и МРТ в диагностике патологического процесса и определении его активности;
15. обосновать показания к назначению больному пульмонологическим заболеванием антибактериальных препаратов, муколитиков, бронхолитиков, ингаляционных глюкокортикостероидов;
16. разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии при различных

иммунопатологических состояниях (крапивница, ангиоотек, атопический дерматит др.);

17. провести комплексное лечение больного с учетом соматического состояния пациента, включающее режим, диету, медикаментозные средства, заместительную и поддерживающую терапию, физиотерапию.

Вопросы для устного собеседования

1. Порядок оказания помощи больным с аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами.
2. Положения об организации деятельности отделения аллергологии и иммунологии.
3. Стандарты оснащения кабинета врача аллерголога-иммунолога поликлиники.
4. Медицинская экспертиза больных с аллерго- и иммунопатологией.
5. Назовите правила интерпретации иммунограмм, особенности забора крови для иммунологических исследований.
6. Назовите клиническую классификацию иммунодефицитов (ИДС).
7. Перечислите причины возникновения первичной и вторичной иммунологической недостаточности.
8. Приведите классификацию первичных ИДС с их клиническими особенностями.
9. Назовите принципы лечения первичных ИДС.
10. Приведите классификацию вторичных ИДС с их клиническими особенностями
11. Охарактеризуйте принципы диагностики вторичных иммунодефицитных состояний.
12. Назовите принципы иммунокоррекции вторичных ИДС.
13. Охарактеризуйте особенности иммунореабилитации при ВИД и меры профилактики.
14. Охарактеризуйте механизм терапевтического эффекта моноклональных антител в лечении аутоиммунных заболеваний.
15. Перечислите и охарактеризуйте виды иммунотерапии.
16. Охарактеризуйте клинические и лабораторные критерии к назначению иммунотерапии.
17. Иммуносупрессия: определение, виды, классы иммуносупрессоров. Осложнения иммуносупрессивной терапии.
18. Иммунокоррекция (иммунная инженерия, гормоны, медиаторы иммунной системы, фармакологические средства).

19. Заместительная иммунотерапия. Иммуноглобулинотерапия. Показания, виды препаратов иммуноглобулинов, схемы применения. Препараты цитокинов в клинической практике.
20. Современные методы иммунопрофилактики. Стратегия вакцинации в России и за рубежом.
21. Охарактеризуйте основные этапы обследования больных с аллергопатологией.
22. Назовите виды кожных и провокационных проб, показания и противопоказания к их проведению.
23. Перечислите лабораторные методы диагностики аллергии.
24. Назовите основные принципы лечения аллергических заболеваний.
25. Охарактеризуйте особенности лечения больных в остром периоде аллергического заболевания?
26. Перечислите фармакологические и нефармакологические методы воздействия на иммунологическую стадию.
27. Перечислите основные средства, применяемые в патохимическую стадию в зависимости от типа аллергической реакции.
28. Перечислите виды лечения, проводимые в стадии ремиссии.
29. Охарактеризуйте АСИТ: виды, механизм терапевтической эффективности, показания и противопоказания к проведению, схемы.
30. Назовите особенности патогенеза, клиники и диагностики аллергической бронхиальной астмы (БА).
31. Современные подходы к лечению БА.
32. Астматический статус: клиника, диагностика, лечение.
33. Клинические особенности и диагностика сезонного и круглогодичного аллергического ринита (АР).
34. Современные принципы лечения АР.
35. Охарактеризуйте этиопатогенез пищевой аллергии. Классификация и характеристика пищевых аллергенов,
36. Клиническая проявления пищевой аллергии.
37. Назовите принципы диагностики, лечения и профилактики пищевой аллергии.
38. Аллергические дерматиты: общие понятия, классификация.
39. Клиника, диагностика и лечение атопического дерматита.
40. Клиника, диагностика и лечение контактно-аллергического дерматита.
41. Классификация и этиопатогенез различных форм крапивницы, дифференциальный диагноз, лечение.
42. Классификация и этиопатогенез различных форм ангиоотечек, дифференциальный диагноз, лечение.

43. Назовите определение анафилактического шока. Какие этиологические факторы могут привести к развитию анафилактического шока?
44. Охарактеризуйте стадии развития анафилактического шока.
45. Охарактеризуйте клиническую симптоматику анафилактического шока в зависимости от степени тяжести. Перечислите возможные после шоковые осложнения.
46. Перечислите неотложные мероприятия при анафилактическом шоке.
47. Назовите основные меры профилактики анафилактического шока.
48. Охарактеризуйте этиопатогенез и особенности клинической картины сывороточной болезни.
49. Назовите принципы лечения и профилактики сывороточной болезни.
50. Назовите классификацию побочного действия лекарственных препаратов.
51. Охарактеризуйте особенности патогенеза лекарственной аллергии.
52. Проведите дифференциальный диагноз

Практические навыки

1. – проведения кожных аллергических проб (тест уколом (prick – test), скарификационные, внутрикожные, аппликационные);
2. – проведения провокационных аллергических тестов (конъюнктивальный, назальный, ингаляционный, подъязычный, холодовой, тепловой, тест с физической нагрузкой);
3. – приготовления двукратных и десятикратных разведений аллергенов для диагностики и лечения;
4. – приготовления разведений метахолина, гистамина и других неспецифических медиаторов аллергии для проведения бронхомоторных тестов;
5. – проведения бронхомоторных тестов;
6. – проведения спирометрии и оценки полученных результатов;
7. – проведения измерений пикфлоуметрии;
8. – проведения аллергенспецифической иммунотерапии разными аллергенами и разными методами (подкожная, локальная);
9. – проведения теста торможения естественной миграции лейкоцитов *in vivo* с медикаментами;
10. – проведения градуированной провокации с местными анестетиками (подбор препарата);
11. – проведения диагностики пищевой аллергии с помощью элиминационных диет и провокационного орального теста;

- 12.– проведения небулайзерной терапии при обострении бронхиальной астмы;
- 13.– проведения ингаляционной терапии с помощью различных форм доставки лекарственных препаратов при бронхиальной астме;
- 14.– оказания неотложной помощи при острых аллергических реакциях (анафилактический шок, тяжелое обострение астмы, острая крапивница, ангиоотек и др.);
- 15.– правильной оценки результатов специальных методов обследования (ультразвуковые, рентгенологические, магнитно-резонансной и компьютерной томографии).

**ФОС для вариативной части производственной (клинической)
практики**

Раздел: Пульмонологическое отделение

Примерные темы индивидуальных заданий

1. Эпидемиология заболеваний органов дыхания. Информационные системы в организации лечебно-профилактической работы
2. Динамическое наблюдение за больными с заболеваниями органов дыхания и/или повышенным риском заболевания
3. Образовательные программы для больных заболеваниями легких
4. Организация специализированной пульмонологической помощи населению
5. Методы исследования функции внешнего дыхания. Спирометрия: показания, правила проведения и оценки результатов. Варианты нарушения легочной вентиляции (рестриктивный, обструктивный, смешанный). Фармакологические пробы. Пикфлоуметрия. Бодиплетизмография.
6. Методы исследования системы кровообращения у пульмонологического больного: электрокардиография, эхокардиография.
7. Рентгеноанатомия органов грудной клетки. Рентгеносемиотика при заболеваниях органов дыхания.
8. Бронхоскопия: виды, показания, противопоказания
9. Клинические методы обследования больных с заболеваниями органов дыхания
10. Дифференциальный диагноз при боли в грудной клетке
11. Дифференциальный диагноз при легочном инфильтрате

12. Дифференциальный диагноз при легочной диссеминации
13. Диагностика и оказание помощи при неотложных состояниях
14. Диагностика плеврального выпота. Дифференциальный диагноз при плевральном выпоте
15. Бронхообструктивный синдром, диагностика. Дифференциальный диагноз при синдроме бронхиальной обструкции

Примерные вопросы для устного собеседования

1. Острый бронхит: распространенность, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
2. Хронический бронхит: этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение.
3. Пневмонии: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Особенности этиологии, диагностики, лечения внебольничных, нозокомиальных пневмоний, пневмоний у лиц с иммунодефицитными состояниями, пневмоний у пожилых пациентов. Осложнения пневмоний.
4. Бронхоэктазы, бронхоэктатическая болезнь: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение
5. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ): определение, этиология, патогенез, классификация, клинические варианты, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение в фазе стабильного течения и при обострении, профилактика.
6. Дыхательная недостаточность. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная и функциональная диагностика, лечение.
7. Эмфизема легких: этиология, патогенез, виды эмфиземы, клиника, тактика лечения
8. Бронхиолит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
9. Бронхиальная астма: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, базисная терапия, лечение обострения, МСЭ, реабилитация. Особенности клиники, диагностики, лечения астмы у пожилых пациентов. Особенности клиники, диагностики и лечения бронхиальной астмы у детей и подростков.

10. Профессиональная астма: этиологические факторы, особенности клиники и диагностики, синдром реактивной дисфункции дыхательных путей.
11. Поражения легких при системных заболеваниях соединительной ткани: системной красной волчанке, системной склеродермии, ревматоидном артрите. Поражения легких при системных васкулитах.
12. Поражения легких, вызванные лекарственными средствами: патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
13. Саркоидоз органов дыхания: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
14. Синдром апноэ во сне: виды, степени тяжести, клиника, диагностика, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, лечение.
15. Аномалии и пороки развития органов дыхания: классификация, морфологические особенности диагностика.
16. Муковисцидоз: эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация.
17. Пневмоторакс: причины, классификация, клиника, диагностика, неотложная помощь.
18. Легочное кровотечение: причины, диагностика, лечение.
19. Отек легких: виды, причины, патогенез, клиника, диагностика, неотложная помощь.
20. Острый респираторный дистресс-синдром: этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.

Практические навыки

1. Проведение сбора жалоб и анамнеза
2. Проведение осмотра больного
3. Проведение пальпации
4. Проведение перкуссии
5. Проведение аускультации
6. Проведение сбора мокроты для бактериологического и цитологического исследования
7. Взятие мазков со слизистой оболочки глотки и носа для вирусологического исследования
8. Проведение спирометрии и оценки полученных результатов
9. Проведение бронходилатационных проб;
10. Проведение измерений пикфлоуметрии;
11. Проведение пульсоксиметрии;

12. Проведение проб с физической нагрузкой (6-ти минутная шаговая пробв, велоэргометрия и т.д.)
13. Навык работы со шкалой Борга, опросником Малера и др. при оценке наличия и степени тяжести одышки
14. Навык работы со шкалой ВАШ, опросниками при оценке выраженности и степени тяжести кашля
15. Навык работы с опросниками АСQ, АСТ для оценки контроля течения бронхиальной астмы
16. Проведение небулайзерной терапии при бронхиальной астме и ХОБЛ
17. Умение обучить больного использованию небулайзерной терапии
18. Проведение позиционного дренажа бронхов
19. Навык работы с кислородными приборами
20. Навык работы с электроотсосом

Раздел: Кожно-венерологический диспансер

Примерные темы индивидуальных заданий

1. Оценить степень тяжести состояния больного, определить объем необходимой первой и неотложной помощи и оказать ее;
2. На основании жалоб и клинических проявлений выявить симптомы заболевания и поставить предварительный диагноз;
3. Составить план необходимого обследования дерматологического больного;
4. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования;
5. Провести дифференциальную диагностику болезней кожи, формулировать и обосновывать клинический диагноз;
6. Определить показания к госпитализации;
7. Составить план лечения больных дерматозами с учетом индивидуальных и патогенетических особенностей развития заболевания;
8. Разработать план реабилитационных и профилактических мероприятий при болезнях кожи;
9. Определить трудоспособность (временную или стойкую нетрудоспособность) и показания для направления больного на ВКК и ВТЭК;
10. Заполнить и вести медицинскую учетно-отчетную документацию и владеть современными информационными технологиями по учету

заболеваемости и ведению медицинской документации в установленном порядке;

11. Диагностировать и дифференцировать клинические проявления заболеваний кожи у детей;
12. Интерпретировать результаты лабораторного исследования у детей с кожными заболеваниями;
13. Составить план необходимого обследования и лечения детей с кожными заболеваниями;

Примерные вопросы для устного собеседования

1. Основы диагностики кожных болезней
2. Принципы лечения кожных больных
3. Дерматиты и токсидермии, клиника, диагностика и лечение
4. Профессиональные болезни кожи, клиника, диагностика и лечение
5. Красная волчанка, клиника, диагностика и лечение
6. Васкулиты, клиника, диагностика и лечение
7. Дерматомиозит, клиника, диагностика и лечение
8. Зудящие дерматозы, клиника, диагностика и лечение
9. Фотодерматозы, клиника, диагностика и лечение
10. Пузырные дерматозы, клиника, диагностика и лечение
11. Экзема, клиника, диагностика и лечение
12. Атопический дерматит, клиника, диагностика и лечение
13. Псориаз, клиника, диагностика и лечение
14. Дерматозы, связанные с нарушением микроциркуляции, клиника, диагностика и лечение
15. Лекарственные поражения кожи, клиника, диагностика и лечение
16. Поражения кожи при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ, диагностика и лечение

Практические навыки

1. Опрос пациента, сбор анамнеза.
2. Проведение клинического обследования больных дерматозами, новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой.
3. Визуальный осмотр (первичный) и пальпация кожных покровов и слизистых оболочек.

4. Проведение осмотра пораженных кожных покровов с использованием дерматоскопа.
5. Определение диагностических признаков и симптомов.
6. Проведение дополнительных инструментальных/ специальных исследований.
7. Взятие биоптата кожи для проведения патоморфологического исследования.
8. Получение клинического материала для лабораторных исследований.
9. Направление на лабораторные исследования.
10. Направление для проведения серологических исследований (RPR, РМП, РИФ, ИФА, РПГА, РИБТ).
11. Направление для проведения инструментальных (ультразвукового, рентгенографического и др.) / специальных (спино-мозговая пункция) исследований.
12. Проведение дифференциальной диагностики и установление диагноза. Оценка тяжести состояния пациента и показаний к госпитализации.
13. Оформление медицинской документации с описанием объективного состояния больного, динамики клинической картины заболевания, результатов лабораторных и инструментальных исследований.
14. Оценка динамики состояния кожи и ее придатков в процессе проводимых медицинских манипуляций при наличии медицинских показаний с целью коррекции лечения. Формирование плана лечебной помощи пациенту.
15. Проведение лечебных и реабилитационных процедур и манипуляций.
16. Назначение лекарственной терапии больным дерматозам, микозами гладкой кожи и ее придатков.
17. Назначение лекарственной терапии больным с инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями.
18. Оформление заключения для пациента. Оценка тяжести состояния пациента и показаний к госпитализации.
19. Оформление медицинской документации с описанием объективного состояния больного, динамики клинической картины заболевания, результатов лабораторных и инструментальных исследований.
20. Рекомендации по уходу за кожей и ее придатками.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«КЛИНИЧЕСКАЯ БИОХИМИЯ»

12.1 БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Водно-электролитный баланс.

1. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы
- b. Мышечной слабостью
- c. Повышенным тонусом мышц
- d. Артериальной гипертензией

2. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы
- b. Расстройства функций ЦНС
- c. Гиперволемиа
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемиа

3. Отрицательный водный баланс (гипогидратация) наблюдается при следующих патологических состояниях:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Сахарный диабет
- b. Отеки
- c. Эксикоз
- d. Вторичный гиперальдостеронизм
- e. Несахарный диабет

4. В палату интенсивной терапии реанимации поступает больной 30 лет, масса тела 70 кг.

Диагноз: астматический статус.

Из данных клинико-лабораторного обследования: жалобы на удушье, сильную жажду, сухость во рту, затруднение вдоха и особенно выдоха; одышка, плохое отхождение мокроты; ЧДД 36 в 1 минуту, в легких аускультативно: сухие хрипы, зоны ослабления и отсутствия дыхания; АД 140/100, пульс 100 ударов, спавшиеся с трудом пунктируемые вены; содержание в крови натрия 160 ммоль/л, калия 5,7 ммоль/л, показатель гематокрита 45%; диурез 400 мл в сутки, относительная плотность мочи 1030.

Установите тип дисгидрии.

5. Больному N за сутки перелито 783мл физиологического раствора. Сколько Na⁺ получил больной в этом объеме.

6. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипонатриемии

- b. Уменьшения объема циркулирующей крови
- c. Возбуждения симпатического отдела нервной системы
- d. Увеличения артериального давления
- e. Ренина
- f. Увеличения осмотического давления крови
- g. Гипернатриемии

7. Больному К за сутки перелито 575мл физиологического раствора. Сколько NaCl получил больной в этом объеме.

8. Перемещение воды между клеточным и внеклеточным секторами организма определяется изменением осмотического давления внеклеточной жидкости.

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

9. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гиповолемия вследствие сгущения крови
- b. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- c. Повышение температуры тела
- d. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза
- e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза
- f. Осмотическое давление плазмы в норме
- g. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы
- h. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы

10. Наибольшее количество воды (в % от массы тела) содержится в организме:

Выберите один ответ:

- a. взрослой женщины
- b. подростка 14 лет
- c. новорожденного
- d. взрослого мужчины
- e. пожилого человека

11. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы
- b. Расстройства функций ЦНС
- c. Гиперволемиа
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемия

12. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы
- b. Мышечной слабостью
- c. Повышенным тонусом мышц
- d. Артериальной гипертензией

Кислотно-основные состояния

1. Больной с гломерулонефритом.

Показатели		Реф.интервал
pH	7.23	7,36-7,44
pCO ₂	34 мм.рт.ст.	40± 5мм Hg
SB	16 ммоль/л	20-26 ммоль/л
AB	13 ммоль/л	19-25 ммоль/л
BE	11.0 ммоль/л	±2.3 ммоль/л
Титрационная кислотность мочи	8 мл щелочи	10-30 мл щелочи
Аммиак мочи	8 ммоль/л	20-50 ммоль/л

Выберите наиболее подходящие объяснения изменений лабораторных показателей

Выберите один или несколько ответов:

a. Показатель pH (7.23) резко смещен в кислую сторону и находится за пределами нормы (7.36-7.42), что заставляет предполагать наличие у больного некомпенсированного алкалоза

b. Данные о показателе BE (-11.0 ммоль/л при норме -3.3 -+2.3) свидетельствует о полном исчерпании щелочных резервов крови.

c. Показатели AB и SB ниже нормы. Для правильного решения задачи особенно важно резкое снижение уровня показателя AB, что свидетельствует о неспособности бикарбонатного буфера компенсировать ацидоз.

d. Диагноз: некомпенсированный выделительный ацидоз

e. Диагноз некомпенсированный смешанный ацидоз

f. Показатели ТК и аммиака мочи значительно ниже нормы. При столь выраженном ацидозе это может означать только одно – почки не в состоянии выполнять свою функцию выведения из организма кислых продуктов метаболизма

g. Показатель pCO₂ (34 мм.рт.ст.) находится в пределах нормы (32.5-46.6 мм.рт.ст.). Следовательно, оснований предполагать газовый характер ацидоза у нас нет.

2. Выберите единственный верный ответ.

К причинам негазового алкалоза относят:

Выберите один ответ:

a. неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, хлордиарею.

b. сахарный диабет, хлордиарею, неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты.

c. неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, сахарный диабет.

3. Верно ли, что респираторный алкалоз развивается при горной болезни?

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

4. Вычислить pH раствора, содержащего 0,001 М HCl

Ответ:

5. Сколько % составляет буферная емкость белкового буфера от общей буферной емкости крови.

**Патохимия обмена пуриновых и пиримидиновых нуклеотидов.
Гиперурикемия. Нуклеиновые кислоты. Репликация и репарация ДНК.**

1. Глицин является предшественником:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Глутатиона
- b. Порфиринов
- c. Холестерина
- d. Креатина
- e. Непарных желчных кислот

2. Метотрексат:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Не активен в отношении быстро растущих клеток
- b. Ингибитор синтеза пуринов
- c. Ингибитор синтеза тимидилата
- d. Активатор синтеза пуринов
- e. Бактериостатический препарат
- f. Активен в отношении быстро растущих клеток

3. Витамины, участвующие в метаболизме Сер и Гли:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Тиамин
- b. Фолиевая Кислота
- c. Рибофлавин
- d. Биотин

4. Формальдегид образуется:

Выберите один ответ:

- a. При восстановлении этанола
- b. При окислении метиленового мостика в H₄-ТГФ
- c. При окислении уксусной кислоты
- d. При окислении этанола
- e. При восстановлении метанола
- f. Пиридоксин

5. Соединения, для синтеза которых необходимы одноуглеродные фрагменты:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Адреналин
- b. Глицин
- c. Урацил
- d. Парные желчные кислоты
- e. Норадреналин
- f. Тимин
- g. Глюкоза

Нарушения обмена и транспорта холестерина. Атеросклероз. Оценка риска осложнений атеросклероза.

1. Первым коммерческим статином был

Ответ:

2. Общепринятая современная классификация гиперлипопроteinемий была предложена в 1965г

Ответ:

3. Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением

Выберите один ответ:

1. синдрома печеночно-клеточной недостаточности;
2. синдрома цитолиза;
3. синдрома холестаза;
4. мезенхимально-воспалительного синдрома;
5. синдрома портальной гипертензии.

4. Антисмысловые олигонуклеотиды (АСО)

Выберите один или несколько ответов:

- a. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы рибонуклеиновой кислоты (РНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;
- b. Мипомерсен - препарат на основе АСО блокирует ген апоВ-100 и предотвращает транскрипцию РНК апо-В100;
- c. Мипомерсен - препарат на основе АСО специфически связывает мРНК апоВ-100 и предотвращает транслокации мРНК для формирования функционального апо-В100;
- d. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;
- e. in vivo подвергаются быстрой деградации под действием нуклеаз;
- f. они целиком или частично связываются с рибонуклеиновой кислотой (РНК) и препятствуют дальнейшей трансляции мРНК в белок;
- g. в связи с малыми размерами резистентны к действию нуклеаз;
- h. они целиком или частично связываются с дезоксирибонуклеиновой кислотой (ДНК) и тем самым препятствуют экспрессии гена;

5. Биологическая роль ненасыщенных жирных кислот

Выберите один ответ:

1. предшественники простагландинов;
2. участие в поддержании кислотно-основного равновесия;
3. иммунный ответ;
4. являются предшественниками кортикостероидов;
5. транспортная функция.

6. Укажите целевой уровень хЛНП у мужчины 42 лет с высоким кардиальным риском

Выберите один ответ:

- a. менее 3,5 ммоль/л;
- b. не более 1,8 ммоль/л;
- c. не более 3,5;
- d. менее 2,5 ммоль/л;
- e. менее 5,5 ммоль/л.

Заключительный тест

1. Гипокальциемия приводит к повышению нервно-мышечной возбудимости и развитию судорог?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

2. В норме рН артериальной крови колеблется в пределах:

Выберите один ответ:

- a. 7,45-7,55
- b. 7,25-7,35
- c. 7,35-7,45

3. Прием одновременно с аторвастатином сока грейпфрута может сказаться на фармакокинетике препарата.

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

4. Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

5. Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

6. Гликогенез преобладает над гликогенолизом в печени при:

Выберите один ответ:

- гепатозах
- гипоксии
- гепатитах
- циррозе печени
- гликогенозах

7. Больному N за сутки перелито 1482мл физиологического раствора. Сколько Na⁺ получил больной в этом объеме.

Ответ:

Выберите единицу измерения

Выберите...

- грамм
- мг

8. Синтез дезоксирибонуклеотидов происходит путем синтеза de novo из 2 - дезоксианалога ФРПФ

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

9. Назовите эндогенный лиганд рецепторов ORL₁?

Ответ:

10. Болевая чувствительность - возникает только под действием повреждающего фактора: боли носят острый режущий характер, обладают точной локализацией, но к ней можно приспособиться (явление адаптации). Это более новый путь болевой чувствительности.

11. цАМФ является вторичным посредником для рецепторов к следующим гормонам:

Выберите один или несколько ответов:

- a. ТТГ
- b. Кальцитонин
- c. окситоцин
- d. ангиотензин
- e. Глюкагон

12. Реакцию превращения 3-фосфоглицерата в серин катализирует:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Фосфорилаза В
- b. Карбонат дегидратаза
- c. Серин гидроксиметилтрансфераза
- d. Серин фосфатаза
- e. Серин аминотрансфераза
- f. Фосфоглицерат киназа

13. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

14. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

15. Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением

Выберите один ответ:

- a. мезенхимально-воспалительного синдрома
- b. синдрома цитолиза
- c. синдрома холестаза
- d. синдрома печеночно-клеточной недостаточности

е. синдрома портальной гипертензии

16. Из чего состоят кристаллы, откладывающиеся при хронической подагре в тканях и суставах?

Выберите один ответ:

- a. Ураты
- b. Оксалаты
- c. Гидроксиапатиты
- d. Карбонат кальция

17. К экстраренальным путям элиминации электролитов из организма относятся:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Кожа
- b. Ротовая полость (гиперсаливация)
- c. Желудочно-кишечный тракт (диарея)
- d. Органы дыхания
- e. Сосудистое русло (например, острая кровопотеря)

18. Формула расчета значений хЛНП была предложена

Ответ:

19. Вычислить рН раствора, содержащего 0,001 М HCl

Ответ:

20. Верно ли, что при активации опиоидных рецепторов происходит ингибирование аденилатциклазы?

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

21. Быстрая боль направляется через Аδ-волокна, которые заканчиваются в сегменте I заднего рога спинного мозга. Здесь вторые по порядку в этом пути, передаточные нейроны вступают в дальнейший контакт и поднимают сигнал через позвоночные столбы. Эти волокна затем пересылают сигнал в вентролатеральные ядра таламуса.

22. Оттуда третьи нейроны связываются с соматосенсорными полями коры головного мозга. Быстрая боль легко локализуется, если Аδ-волокна стимулируются совместно с тактильными рецепторами.

23. Больной 3. 26 лет. Жалобы на слабость, утомляемость, апатию. Периодические мышечные параличи и боли в мышцах. Брадикардия. В детстве неоднократно лечился стационарно по поводу рецидивирующего нефрита. Гипертония 1 ст. Постоянно принимает эналаприл и верошпирон. Для уточнения генеза заболевания назначено определение чресканальцевого калиевого градиента. Уровень калия в сыворотке - 6 ммоль/л, в моче - 60,7 ммоль/л. Осмолярность плазмы 297мосм/кг, мочи - 657мосм/кг. Рассчитать чресканальцевый калиевый градиент.

Ответ:

24. Всасывание липидов происходит преимущественно в

Выберите один ответ:

- a. полости рта
- b. тонком кишечнике
- c. во всех отделах ЖКТ
- d. толстом кишечнике
- e. желудке

25. Величина онкотического давления крови определяется:

Выберите один ответ:

- a. низкомолекулярными азотистыми соединениями
- b. ионами
- c. углеводами
- d. белками
- e. липидами

26. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Повышение температуры тела
- b. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза
- c. Осмотическое давление плазмы в норме
- d. Гиповолемия вследствие сгущения крови
- e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза
- f. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- g. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы
- h. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы

27. Под влиянием ПАБК антибактериальное действие сульфаниламидов:

Выберите один ответ:

- a. Не Влияет
- b. Снизится
- c. Изменяется в зависимости от дозы или концентрации
- d. Усилится

28. Микросомальный триглицерид-переносящий белок – МТТР (Microsomal Triglyceride Transfer Protein):

Выберите один или несколько ответов:

- a. Субъединица М МТТР важнейший компонент ЛВП
- b. блокирует синтез холестерина на уровне образования мевалоната
- c. имеет важное значение для сборки и секреции апоВ-содержащих липопротеинов
- d. Lomitapide активирует МТТР в печени
- e. Субъединица PDI проявляет дисульфид изомеразную активность
- f. состоит из двух субъединиц (М и PDI)

29. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипернатриемии
- b. Уменьшения объема циркулирующей крови
- c. Увеличения артериального давления
- d. Гипонатриемии
- e. Возбуждения симпатического отдела нервной системы

f. Ренина

g. Увеличения осмотического давления крови

30. Верно ли, что сахарный диабет относят к причинам возникновения негазового алкалоза?

Выберите один ответ:

Верно

Неверно