

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Дата подписания: 27.10.2023 13:12:44
Уникальный программный код:
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb07446

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

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

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практикам

Наименование дисциплины: **Педиатрия**

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

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

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

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2020, 2021, 2022 годов поступления (актуализированная редакция)

Волгоград, 2023

Разработчики программы:

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

Актуализация рабочей программы обсуждена на заседании кафедры протокол № 5 от « 16 » мая 2022 года

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

 /И.И. Шшишморов/

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

Актуализация рабочей программы согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолГМУ, протокол № 1 от « 29 » августа 2022 года

Председатель УМК

 /О.В. Магницкая/

Начальник управления учебно-методического, правового сопровождения и производственной практики

 /О.Ю. Афанасьева/

Актуализация рабочей программы утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от « 29 » августа 2022 года

Секретарь Ученого совета

 /Е.С. Александрина/

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

А) ФОС для производственной (клинической) практики

Раздел: Детская эндокринология

Примерные темы индивидуальных заданий

Темы индивидуальных заданий по каждой нозологической форме в детской эндокринологии

1. определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного; провести дифференциальную диагностику основных заболеваний, обосновать клинический диагноз;
2. разработать схему, план и тактику ведения больного в сложных клинических случаях, обосновать дифференциальный диагноз, показания и противопоказания к назначению медикаментозной терапии;
3. определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных и инструментальных), организовать их выполнение и;
4. провести интерпретацию результатов лабораторных методов диагностики;
5. провести интерпретацию результатов инструментальных методов диагностики;
6. использовать методики распознавания и лечения неотложных состояний;
7. организовать комплексную реабилитацию педиатрических больных в стационарных, амбулаторных условиях;
8. правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни педиатрического больного;
9. выявить характерные признаки имеющегося заболевания;

10. обосновать показания к назначению антимикробных препаратов;
11. разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии при различных заболеваниях у детей;
12. 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 медицинской помощи педиатрическим эндокринологическим больным
2. Положения об организации деятельности эндокринологического отделения.
3. Стандарты оснащения кабинета врача-эндокринолога в поликлиники.
4. Экспертиза временной нетрудоспособности в эндокринологии.
5. Клинические рекомендации (протоколы лечения эндокринологических больных).
6. Показания к госпитализации.
7. Сахарный диабет 1 типа. Осложнения. Основные патогенетические механизмы их развития. Клинические проявления. Диагностика. Прогноз. Профилактика.
8. Диетотерапия сахарного диабета. Понятия (Гликемический индекс. Расчет питания. Хлебные единицы.)
9. Диабетические комы. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь. Прогноз. Профилактика. Диспансеризация.

10. Ожирение. Определение. Этиология. Группы риска. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. Диспансеризация.

11. Гипотиреоз. Эпидемиология. Врожденный гипотиреоз. Причины. Патогенез. Критерии диагноза. Возрастные особенности клинических проявлений и течения гипотиреоза. Диагностические критерии. Лечение. Прогноз. Профилактика. Диспансеризация и реабилитация.

12. Гипертиреоз. Диффузный токсический зоб. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Профилактика. Прогноз.

13. Тиреотоксический криз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложная терапия. Прогноз. Профилактика. Диспансеризация и реабилитация.

14. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Основные причины, патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Острая надпочечниковая недостаточность. Основные причины, патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложная терапия. Диспансеризация и реабилитация

Практические навыки

- 1 Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке.
- 2 Оценить физическое развитие ребенка.
- 3 Оценить нервно-психическое развитие ребенка.
- 4 Алгоритм оказания неотложной помощи при судорожном синдроме.
- 5 Восстановление проходимости дыхательных путей. Методика проведения. Показания и противопоказания.
- 6 Проведение аускультации легких, интерпретация аускультативной картины.

- 7 Алгоритм оказания неотложной помощи при гипогликемической коме.
- 8 Алгоритм оказания неотложной помощи при кетоацидотической коме.
- 9 Алгоритм оказания неотложной помощи при гипертермическом синдроме.
- 10 Проведение аускультации сердца, интерпретация аускультативной картины.
- 11 Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе, контроль эффективности, условия прекращения проведения реанимационных мероприятий.
- 12 Оценка результатов лабораторного и инструментального обследования у детей с эндокринной патологией.
- 13 Оценки результатов функционального обследования органов и систем
- 14 Проведение пальпации живота, интерпретация пальпаторной картины.
- 15 Методика измерения и оценки артериального давления у детей различного возраста.
- 16 Принципы расчета инфузионной терапии у детей с эндокринной патологией.
- 17 Оценить результаты рентгенографического исследования органов грудной клетки.
- 18 Неотложная помощь при отеке легких.
- 19 Неотложная помощь при коллапсе.
- 20 Неотложная помощь при острой сердечной недостаточности.
- 21 Неотложная помощь при гипертоническом кризе.
- 22 Неотложная помощь при приступе желудочковой тахикардии.

- 23 Алгоритм оказания неотложной помощи при геморрагическом шоке.
- 24 Провести объективное обследование больного с целью выявления клинических симптомов.
- 25 Алгоритм оказания неотложной помощи при брадикардии.
- 26 Применение глюкометра и оценка данных глюкометра.
- 27 Дефебриляция с помощью автоматических и штатных ручных дефебриляторов.
- 28 Расчёт доз лекарственных препаратов, используемых при оказании неотложной медицинской помощи.
- 29 Расчёт скорости введения инфузионных растворов и инотропных препаратов.

Примеры тестовых заданий.

1. К метаболическим маркерам гипогликемии относится:
 - а. низкое содержание сахара в крови**
 - б. высокое содержание сахара в крови
 - в. повышение концентрации в крови кетоновых тел
 - г. положительная реакция мочи на ацетон
2. Особенности клинических проявлений диффузного токсического зоба у детей:
 - а. преобладание нарушений в нервно-психической сфере**
 - б. изолированные нарушения сердечного ритма
 - в. частое сочетание с аутоиммунной орбитопатией
 - г. преобладание узловых форм зоба
3. Недостаточность минералокортикоидов вызывает:
 - а. артериальную гипотонию**
 - б. отеки
 - в. запоры
 - г. артериальную гипертензию
4. Неотложная терапия при острой недостаточности надпочечников включает:
 - а. стероидные гормоны**
 - б. препараты калия -
 - в. сердечные препараты
 - г. препараты кальция
5. Ожирение не является фактором риска развития:
 - а. сахарного диабета и гипертонической болезни**

- б. тиреотоксикоза
 - в. гипотонии
 - г. желчно-каменной болезни
6. Недостаточность тиреоидных гормонов (гипотироксинемия) приводит к развитию:
- а. метаболических нарушений, снижению скорости окислительных процессов и активности ферментных систем, повышению трансмембранной клеточной проницаемости, накоплению в тканях недоокисленных продуктов обмена**
 - б. повышению трансмембранной клеточной проницаемости, накоплению в тканях недоокисленных продуктов обмена
7. Диспансерное наблюдение детей с врожденным гипотиреозом включает проведение:
- а. ЭКГ В течение 1-го года жизни**
- ЭКГ В течение 1-го месяца жизни

Банк ситуационных клинических задач

1. **Задача № 1.** (Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный с кетоацидозом)
 Девочка, 11 мес. Ребенок от 2 беременностей, 2 родов. Вес при рождении 3250, рост 51 см. Беременность протекала физиологично. Всю беременность мать ребенка получала йодпрофилактику (йодомарин), в 4 триместре по поводу анемии принимала фенюльс. Неонатальный период без особенностей. В 4 месяца перенесла ОРВИ, по поводу которой проводилась симптоматическая терапия. Грудное вскармливание до 6 месяцев, в дальнейшем искусственное адаптированными смесями. В 10 месяцев обратились в поликлинику с жалобами на отсутствие прибавки в массе тела. Ребенок обследовался по поводу дисбактериоза в поликлинике. В течение 2 недель мать отмечает ухудшение состояния ребенка: появилось беспокойство, срыгивания с неприятным запахом, частые мочеиспускания. При поступлении: Состояние средней степени тяжести. Ребенок капризный, во время осмотра плачет, негативен. Температура 37,3°C. Кожные покровы сухие. В области надбровных дуг, подбородка гиперемия. Губы яркие, сухие, единичные корочки, язык яркий, «малиновый». Зев: гиперемия миндалин, задней стенки глотки, лакуны расширены, налетов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия до 140 ударов в минуту. Дыхание жестковатое, одышка 26 в минуту. Живот умеренно вздут в эпигастральной области, пальпация затруднена из-за выраженного беспокойства ребенка. Стул неоформленный, 4-6 раз в сутки, диурез учащен. Клинический анализ крови: Нв -101г/л, эр -3,8 Е/л, Ц.П.- 0,8 L -12,0 г/л, п/я- 5%, с/я- 30%, э- 2%, л- 55%, м 8%, СОЭ- 17 мм/ч. ОАМ: цвет желтый, прозрачный, уд. вес- 1037, рН- 5,0, белок - отр., сахар- 4%., ацетон +++++, лейкоц. 3-4 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок- 60,2 г/л, общ. билирубин - 7,5 мкмоль/л, прямой -0 мкмоль/л, холестерин- 5,4 ммоль/л, К -3,5 ммоль/л, Na -132,0 ммоль/л., глюкоза -19,3 ммоль/л, щелочная фосфатаза □ 243 ммоль/л., АСТ-1,23, АСТ 1,32.
1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз
 2. Составьте план обследования
 3. Укажите основные принципы лечения
2. **Задача № 2.** (Сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, фаза декомпенсации с кетоацидозом).
 Больной К, 17 лет. В течение 11 лет страдает сахарным диабетом 1 типа. 3 дня назад заболел ангиной, стала нарастать жажда, появились сильные боли в животе, частая рвота. Доставлен в хирургическую клинику с диагнозом «острый аппендицит».

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Кожные покровы сухие, язык сухой, обложен желтовато-коричневым налетом. Выраженная гипотония мышц, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие, пульс 120 ударов в мин., слабого наполнения. АД 80/55 мм рт.ст. Живот резко болезненный при пальпации, особенно справа в подвздошной области, напряжен, положительный симптом Щеткина.

Клинический анализ крови: лейкоциты - $22,0 \times 10^9$, п/я - 18%, с/я - 80%, мон. - 2%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70,2 г/л, К - 3,2 ммоль/л, Na - 132,0 ммоль/л, глюкоза - 32 ммоль/л, АСТ-45 ЕД (N до 35), АСТ 52 ЕД (N до 40).

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Укажите основные принципы лечения

3. **Задача № 3.** (Диффузный токсический зоб 2 степени, легкое течение)

Девочка 13 лет, вес 45 кг. Обратилась с жалобами на раздражительность, периодически появляющееся чувство жара, усиление аппетита, несмотря на это снижение массы тела, за последние 1,5 месяца 3 кг.

Анамнез заболевания: считает себя больной 3 – 4 месяца, когда появились слабость, раздражительность, быстрая утомляемость. Обратилась к эндокринологу и была госпитализирована для обследования.

Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: частые ангины, бронхит, ветряная оспа.

Аллергологический анамнез: лекарственной и пищевой непереносимости нет.

Наследственный анамнез: родители здоровы, у дяди (по матери) ДЗТ.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, активна, слегка возбуждена.

Температура тела $37,1^{\circ}$ С. Астенического телосложения. Кожа чистая, гипергидроз. Стойкий красный дермографизм. Тургор тканей сохранен, подкожно-жировой слой истончен. Щитовидная железа видна на глаз, пальпаторно 2 степени, мягкой консистенции, диффузная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-16/мин. Тоны сердца усилены, ритмичные, в т.Боткина и на верхушке слабый систолический шум. Пульс 98 уд. в мин., ритмичный. АД 125/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформлен, 1 раз в сутки.

Мочепускание свободное. Вторичные половые признаки отсутствуют. Неврологический статус: сознание ясное, подвижна, эмоционально лабильна, раздражительна, иногда плаксива.

Глазные щели расширены, зрачки правильной формы, небольшой экзофтальм. Слабо положительный симптом Грефе, выраженный симптом Розенбаха (дрожание век при смыкании). Выражен тремор вытянутых пальцев рук. Сухожильные рефлексы повышены. Вес 35 кг, рост 152 см.

Данные обследования:

Общий анализ крови: эр. $4,0 \times 10^{12}$ /л, Нб-120 г/л, ц.п. 0,82, Лейк.- $4,06 \times 10^9$ /л, баз.0, эоз.1, п/яд.3, с/яд.68, лимф.45, мон.б, СОЭ 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1022, сахар, белок - нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., эп.пл.1-2 в п/зр., цилиндр - нет, слизь 0.

Кровь на гормоны: ТТГ 0,061 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т₃ - 9,3 мМЕ/л (N 2,5-5,8 мМЕ/л), Т₄ - 29,8 мМЕ/л (N 11,5-23,0 мМЕ/л).

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Необходимое дообследование.
2. Назначьте лечение.
3. Составьте план диспансерного наблюдения.

4. **Задача № 4.** (Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма)

Мальчик, 14 дней, от 5-й беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась рождением здорового ребенка, вторая и третья беременности – мед. абортми, четвертая - выкидышем в 10 недель. Настоящая беременность протекала с ранним гестозом, во втором триместре беременности мать лечилась в стационаре по поводу угрозы выкидыша. Роды с родостимуляцией. Ребенок кричал сразу, масса тела при рождении 4150,0 г, длина 52 см, к груди приложен на 3 сутки. Сосал удовлетворительно, но обильно срыгивал. Масса тела на 7-й день жизни 3850,0. Ребенок был переведен в стационар на 12-й день жизни при явлениях нарастания экзикоза и токсикоза. При поступлении масса тела 3030,0 г. Состояние ребенка тяжелое, крик слабый. Подкожно-жировой слой отсутствует, кожа сухая, морщинистая. Страдальческое выражение лица. Запавшие глаза, "синевы" под глазами. Живот умеренно вздут, с выраженной венозной сетью. Печень и селезенка увеличены. Половые органы сформированы правильно, по

мужскому типу, половой член несколько увеличен в размерах, пигментация мошонки усилена. Мышечная гипотония. Рефлексы угнетены. Тремор рук. Стул 8 раз в сутки, разжижен. Клинический анализ крови: Hb - 234 г/л, Л - $10,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ 4 мм/ч, КОС: рН - 7,30, рСО₂ - 36 мм. рт. ст., ВЕ - 7 ммоль/л, Биохимический анализ крови: К - 8,4 ммоль/л, Na - 80 ммоль/л. Суточная экскреция 17-КС с мочой - 3,2 мг/сут.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите причины, опишите патогенез заболевания.
3. Опишите характерную клиническую картину данного заболевания.
4. Укажите критерии диагностики.
5. Окажите неотложную помощь.
6. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.

5. **Задача № 5.** (Ожирение экзогенно-конституционального генеза).

Мальчик 10 лет. Жалобы: на избыточный вес, повышенный аппетит, быструю утомляемость. Анамнез заболевания: ребенок родился с крупной массой, на первом году жизни ежемесячная прибавка в массе была выше нормы. Масса в 1 год - 15 кг. На протяжении всего периода детства страдает избыточной массой. Ребенок очень любит сладости, кондитерские изделия, мучное, каши, картофель. В питании себя не ограничивает. Больше калорий получает во второй половине дня. Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей без осложнений, с массой при рождении 3900 г. Роды первые в срок, без особенностей. На естественном вскармливании до 5 мес. В нервно-психическом развитии не отставал. Привит - по календарю. Из перенесенных заболеваний корь, ангина, грипп. Наследственный анамнез: отец и родной брат с избыточной массой тела. Хронических заболеваний в семье нет.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, активный. В контакт вступает легко. Телосложение правильное, гиперстеническое. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Подкожно-жировой слой развит избыточно, равномерно распределен по всей поверхности тела. Периферические лимфатические узлы подчелюстные, паховые I-II размера, эластичной консистенции, подвижные, безболезненные. Костно-мышечная система без патологических изменений. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. Пульс 78/мин., хорошего наполнения и напряжения. АД 110/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех областях. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Мочиспускание свободное, соответственно возрасту. Формула полового развития: Ах 0, Р 0. Антропометрические данные: масса тела 47 кг, рост 146 см.

Данные обследования:

Общий анализ крови: эр. $4,3 \times 10^{12}$ /л, Hb 120 г/л, ЦП 0,87, Лейк. $6,8 \times 10^9$ /л, э-1%, п/я-4, с/я-81, л-28, м-6, СОЭ 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во 150,0 мл., цвет с/ж., прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1015, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., эп.пл. 0 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 0.

Анализ мочи по Нечипоренко: Лейк. - 100, Эр-0.

Анализ крови на сахар (натощак): 4,5 ммоль/л.

Сахарная кривая: натощак-4,5 ммоль/л, через 30 мин.-6,0 ммоль/л, через 60 мин.-7,0 ммоль/л, через 90 мин.-6,7 ммоль/л, через 120 мин.-5,0 ммоль/л.

Анализ мочи на сахар: кол-во-200,0 мл, сахар - отрицат., ацетон-отрицат.

Холестерин крови: 4,6 ммоль/л.

Экскреция 17-КС с мочой: 3,5 мг/сут при диурезе 850,0 мл.

Экскреция 17-ОКС с мочой: 1,5 мг/сут (1-5,6).

Копрограмма: оформлен., корич., Лейк. 1-2 в п/зр, Эр.- нет, нейтральный жир, жирные кислоты, клетчатка - нет, яйца гельминтов и простейшие - не обнаружены.

Окулист: глаз. дно в норме. Поля зрения: снаруж 90 град., кнутри-65,верху-50,книзу-70.

Рентгенография черепа: форма черепа округлая, турецкое седло не изменено.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите причины заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФТИЗИАТРИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

1. Возбудитель туберкулёза и его свойства.
2. Источники, пути заражения туберкулёзом.
3. Патогенез туберкулеза. Первичный и вторичный периоды туберкулёзной инфекции.
4. Роль социальных и медико-биологических факторов в развитии туберкулеза. Группы риска по заболеванию туберкулезом.
5. Классификация туберкулёза. Основные принципы и разделы классификации, построение диагноза.
6. Вакцинация и ревакцинация ВСГ. Методика проведения вакцинации. Показания, противопоказания, техника введения вакцины, осложнения.
7. Диагностика туберкулеза в условиях общей лечебной сети.
8. Особенности анализа жалоб и анамнестических данных больного туберкулезом.
9. Объективное обследование больного туберкулезом легких.
10. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов.
11. Диаскинтест. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов.
12. Методы рентгенологического исследования органов грудной клетки, их информативность для диагностики туберкулёза легких.
13. Определение микобактерий туберкулёза в патологическом материале.
14. Значение инструментальных и инвазивных методов исследования при туберкулезе различных локализаций.
15. Особенности общего анализа крови и мочи в зависимости от клинической формы и фазы туберкулезного процесса.
16. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика первичного туберкулёзного комплекса.

17. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.
18. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулезной интоксикации у детей и подростков.
19. Туберкулез ЦНС. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика.
20. Основные методы и принципы комплексного лечения туберкулёза.
21. Этиотропная терапия туберкулеза.
22. Санаторно-курортное лечение туберкулёза органов дыхания.
23. Критерии клинического излечения и исходы при туберкулезе органов дыхания.

Банк тестовых заданий

1. К основным группам детей, подверженных риску заразиться туберкулезом, относятся все перечисленные, кроме
 - 1) невакцинированных БЦЖ
 - 2) недоношенных, часто и длительно болеющих детей
 - 3) живущих в очагах туберкулезной инфекции
 - 4) не имеющих послевакцинального знака
 - 5) перенесших туберкулез
2. Группами "риска" по туберкулезу для подростков являются все перечисленные, кроме
 - 1) перенесших ранее локальный туберкулез
 - 2) давно инфицированных
 - 3) из очагов туберкулезной инфекции
 - 4) курящих
 - 5) работающих и занимающихся спортом

3. "Суперинфекция" при туберкулеза - это

- 1) заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм
- 2) заболевание, возникшее вследствие экзогенного инфицирования
- 3) заболевание, наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем

4. "Эндогенная реинфекция" - это

- 1) активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции
- 2) возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм
- 3) активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции

5. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются

- 1) дефекты в профилактической работе
- 2) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре
- 3) небрежное отношение больного к своему здоровью
- 4) незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки)
- 5) все перечисленное

6. "Случай туберкулеза", по критериям ВОЗ - это

- 1) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него
- 2) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах
- 3) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде

гигантоклеточной гранулемы с казеозным некрозом

4) заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии

7. Бактериовыделитель - это

1) больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом

2) больной, выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз

3) больной туберкулезом, выделяющий микобактерии всеми лабораторными методами исследования

4) все перечисленные варианты

8. Основными методами выявления туберкулеза у детей является

1) массовая туберкулинодиагностика

2) флюорография

3) обследование на туберкулез групп риска

4) обследование на туберкулез лиц, обратившихся к фтизиатру

9. Основной метод выявления туберкулеза у подростков - это

1) туберкулинодиагностика

2) обследование по контакту

3) флюорография

4) обследование по обращаемости

10. Массовую туберкулинодиагностику среди детей следует проводить

1) 1 раз в 6 месяцев

2) 1 раз в 1 год

3) 4 раза в 1 год

4) 1 раз в два года

11. Флюорографическое обследование подростков должно проводиться
 - 1) 1 раз в 1 год
 - 2) 1 раз в 2 года
 - 3) 2 раза в 1 год
 - 4) в зависимости от эпидситуации и профориентации подростка

12. Систематическое флюорографическое обследование населения на туберкулез проводится
 - 1) с 10-летнего возраста
 - 2) с 12-летнего возраста
 - 3) с 15-летнего возраста
 - 4) с 18-летнего возраста
 - 5) выбор возраста определяется эпидемической ситуацией

13. Выборочное обследование на туберкулез часто болеющих детей и подростков проводится
 - 1) врачом-терапевтом
 - 2) фтизиатром
 - 3) врачами-специалистами

14. Противотуберкулезными мероприятиями, которые осуществляет общая педиатрическая сеть, являются все перечисленные, кроме
 - 1) массовой туберкулинодиагностики
 - 2) вакцинации БЦЖ и ревакцинации БЦЖ
 - 3) раннего выявления туберкулеза
 - 4) дообследования детей из группы риска

15. Жалобы больного туберкулезом
 - 1) специфичны для этого заболевания и позволяют по ним провести

дифференциальную диагностику с другой легочной патологией

2) имеют черты специфичности и позволяют заподозрить туберкулез органов дыхания

3) неспецифичны и не позволяют с уверенностью судить о природе заболевания

16. Условия жизни больного

1) не оказывают существенного влияния на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса

2) оказывают существенное влияние на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса

3) оказывают только некоторое влияние на риск заболеть туберкулезом и совсем мало влияют на его течение

17. Семейный анамнез представляет для фтизиатра интерес с точки зрения

1) наличия или отсутствия контакта с родственниками, больными заразной формой туберкулеза

2) семейной предрасположенностью к данному инфекционному заболеванию

3) как контакта с родственником, больным туберкулезом, так и семейной предрасположенностью к бронхолегочным заболеваниям

18. Формы туберкулеза легких, протекающие с массивным размножением микобактерий туберкулеза в тканях и выраженной экссудативной реакцией в очаге (очагах) поражения выявляются с помощью

1) клинических методов исследования

2) флюорографических методов исследования

3) лабораторных методов исследования

19. Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий

туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно

- 1) клиническим методом исследования
- 2) флюорографическим методом исследования
- 3) лабораторным методом исследования

20. Туберкулезу органов дыхания более свойственно

- 1) острое начало заболевания
- 2) подострое начало заболевания
- 3) бессимптомное начало заболевания

21. Так называемый "первичный туберкулезный комплекс" - это

- 1) первичный туберкулез, характеризующийся наличием туберкулезных изменений в легких
- 2) туберкулез, характеризующийся наличием инфильтрата в легких, воспалительной дорожки к корню легкого и регионарным лимфаденитом
- 3) туберкулез первичного периода, характеризующийся наличием очага или инфильтрата в легком, воспалительной дорожки и регионарным лимфаденитом

22. Для первичного туберкулезного комплекса наиболее характерны морфологические изменения в виде всего перечисленного, кроме

- 1) экссудативных реакций
- 2) продуктивных реакций
- 3) казеозного некроза в легких
- 4) казеозного некроза в лимфатических узлах корня легкого

23. Для неосложненного первичного комплекса наиболее характерен

- 1) сухой кашель

- 2) влажный кашель
- 3) боли в груди
- 4) синдром интоксикации

24. Первичный туберкулезный комплекс необходимо дифференцировать

- 1) с раком легкого с метастазами в лимфатические узлы легкого
- 2) с острой пневмонией
- 3) с пороком развития легкого
- 4) с эозинофильным инфильтратом

25. При лечении больных первичным туберкулезным комплексом необходимо учитывать все следующие особенности химиотерапии этих больных, кроме

- 1) выбора препарата с учетом возможной первичной лекарственной устойчивости МБТ
- 2) подбора химиопрепаратов с учетом наличия казеозного некроза
- 3) удлинения сроков химиотерапии с учетом замедленного заживления туберкулеза в лимфатических узлах
- 4) учета того, что у больного молодого возраста ранее никогда не применялись химиопрепараты

26. Кальцинаты в лимфатических узлах при заживлении первичного туберкулезного комплекса

- 1) формируются всегда
- 2) не формируются
- 3) формируются в порядке исключения
- 4) формируются при выраженном казеозном некрозе

Задача 1.

У больной А., 7 лет выявлена слабость, утомляемость, снижение аппетита,

плохой сон, повышенная потливость, особенно в ночное время, повышение температуры тела до 37,00С в вечернее время суток. Заболевание обнаружено при обследовании по поводу гиперергической пробы Манту.

Пробы Манту с 2 ТЕ: в возрасте 1 год – 8 мм.; в возрасте 2 года – 8 мм.; в возрасте 3 года – 7 мм.; в возрасте 4 года – 6 мм.; в возрасте 5 лет – 6 мм.; в возрасте 6 лет – 4 мм.; в возрасте 7 лет – 19 мм.

Из анамнеза выяснено: БЦЖ в родильном доме - рубчик 4 мм. Ре-бёнок из очага туберкулезной инфекции. Отец болен хронической деструктивной формой туберкулёза лёгких МБТ (+).

Объективно: Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторно: по всем полям ясный лёгочный звук. ЧД - 18 в мин. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 88 в мин. АД - 100\70.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: Нв - 156 г\л; Эр - $4,2 * 10^{12}$; лейкоциты - $6,4 * 10^9$; п - 4, с - 56, э - 7, б - 0, л - 21, м - 12; СОЭ -25мм\ч.

Общий анализ мочи: Кол-во: 110,0 мл; цвет: соломенно-желтый; прозрачная; относительная плотность: 1020; белок: не обнаружен; глюкоза: отрицательная; лейкоциты: единичные в поле зрения.

Анализ промывных вод желудка на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный. Методом посева: отрицательный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается

Проба Манту с 2 ТЕ через 72 часа: папула – 19мм.

Диаскин – тест через 72 часа: папула 20 мм

Задание:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Задача 2.

Больной К., 3-х лет предъявляет жалобы на озноб, головную боль, общую слабость, повышенную температуру тела до 39, 0 °С, сухой кашель. Из анамнеза выяснено, что ребенок из очага туберкулезной инфекции. Вакциной БЦЖ привит по возрасту. Заболел остро. Проба Манту в 2017г. 17 мм.

Объективно: грудная клетка правильной формы. ЧД – 26 в 1 мин. При сравнительной и топографической перкуссии определяется легочный звук с тимпаническим оттенком по всем полям. Аускультативно дыхание ослабленное, на его фоне прослушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца ясные, тахикардия. ЧСС – 118 в 1 мин., пульс – 118 в 1 мин., ритм правильный. АД – 120/80 мм.рт.ст.

Лабораторные и инструментальные исследования.

Общий анализ крови: эритроциты – 4, 5 x 10¹², Нв – 132 г/л, лейкоциты – 11, 0 x 10⁹, эозинофилы – 2, n – 6, с – 64, лимфоциты 15, моноциты – 13, СОЭ – 38 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100 мл. прозрачная, соломенно-желтого цвета, реакция – кислая, уд. вес – 1018, белок – 0, 033% , цилиндры (+)

Общий анализ мокроты: характер — слизистая, цвет – светлая, L — 3-5 в п/з, эр. — нет.

Анализ мокроты на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный.

Методом посева: отрицательный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается

Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная.

Диаскин – тест: отрицательный.

Задание:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Задача 3.

У больной Б., 4-х лет выявлены кашель с небольшим количеством мокроты, повышение температуры тела до 37,20С в вечернее часы в течение длительного времени, слабость, потливость, одышка. При постановке Пробы Манту с 2 ТЕ обнаружена гиперергическая реакция на туберкулин – папула 19 мм.

Из анамнеза выяснено: БЦЖ в роддоме - рубчик 6 мм. Ребёнок из очага туберкулёзной инфекции. Данные о предыдущих пробах Манту отсутствуют.

Объективно: Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. При перкуссии притупление легочного звука в парастернальной области, больше справа. ЧД - 16 в мин. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 84 в мин.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: Нв - 120 г\л; Эр – $3,2 \cdot 10^{12}$; лейкоциты – $6,7 \cdot 10^9$; п - 2, с - 43, э - 4, м - 2; л - 49, СОЭ -17мм\ч.

Общий анализ мочи: Кол-во: 110,0 мл; цвет: соломенно-желтый; прозрачная; относительная плотность: 1020; белок: не обнаружен; глюкоза: отрицательная; лейкоциты: единичные в поле зрения.

Анализ мокроты на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный.

Методом посева: положительный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула – 19мм.

Диаскин – тест: папула 21 мм

Трахеобронхоскопия: слизистая оболочка без видимых изменений.

Задание:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Задача 4.

У больной М., 7 лет при поступлении жалобы отсутствуют. Выявлен по контакту с матерью, больной деструктивной формой туберкулеза МБТ (+). При постановке Пробы Манту с 2 ТЕ обнаружена гиперергическая реакция на туберкулин – папула 19 мм.

Из анамнеза выяснено: БЦЖ в роддоме - рубчик 6 мм. Ребёнок из очага туберкулёзной инфекции. Данные о предыдущих пробах Манту отсутствуют.

Объективно: Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. При перкуссии притупление легочного звука в парастернальной области, больше справа. ЧД - 16 в мин. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 84 в мин.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: Нв - 120 г\л; Эр – $3,2 \cdot 10^{12}$; лейкоциты – $6,7 \cdot 10^9$; п - 2, с - 43, э - 4, м - 2; л - 49, СОЭ -17мм\ч.

Общий анализ мочи: Кол-во: 110,0 мл; цвет: соломенно-желтый; прозрачная; относительная плотность: 1020; белок: не обнаружен; глюкоза: отрицательная; лейкоциты: единичные в поле зрения.

Анализ мокроты на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный.

Методом посева: отрицательный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула – 18мм.

Диаскин – тест: папула 16 мм

Трахеобронхоскопия: слизистая оболочка без видимых изменений.

Задание:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Задача 5.

У больной С., 6 лет выявлены кашель с небольшим количеством мокроты, повышение температуры тела до 37,20С в вечернее часы в течение длительного времени, слабость, потливость, одышка. Заболевание обнаружено при обследовании по поводу гиперергической пробы Манту. Календарь проб проб Манту с 2 ТЕ: 2014г.-7мм.; 2015г.-6мм.;2016г.-6мм.; 2017г.-5мм.; 2018г.-19мм.

Из анамнеза выяснено: БЦЖ в роддоме - рубчик 6 мм. Ребёнок из очага туберкулёзной инфекции.

Объективно: Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. При перкуссии притупление легочного звука в парастернальной области, больше справа. ЧД - 16 в мин. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные,

ритмичные. Пульс 84 в мин.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Общий анализ крови: Нв - 120 г\л; Эр – $3,2 * 10^{12}$; лейкоциты – $6,7 * 10^9$; п - 2, с - 43, э - 4, м - 2; л - 49, СОЭ -17мм\ч.

Общий анализ мочи: Кол-во: 110,0 мл; цвет: соломенно-желтый; прозрачная; относительная плотность: 1020; белок: не обнаружен; глюкоза: отрицательная; лейкоциты: единичные в поле зрения.

Анализ мокроты на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный.

Методом посева: положительный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула – 17мм.

Диаскин – тест: папула 15 мм

Трахеобронхоскопия: слизистая оболочка без видимых изменений.

Задание:

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-32	1-5, вопрос 1,2,3,4	1-23
ПК	1	1-26	-	1-4, 6-12,16-19
	2	8-26	-	6,7,10-12,16-19
	5	1-26	1-5, вопрос 1,2,3	3,5,6,8-19
	8	27-32	1-5, вопрос 4	20-23