Подписано цифровой подписью: Есин Е.В.
DN: cn=Есин Е.В., o=ФГБУ ДПО "ЦГМА",
ou=Администрация Ректор,
email=esin@cgma.su, c=RU
Дата: 2024.09.06 13:11:01 +03'00'

Приложение 3

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
для проведения аттестации
по программам высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре
(аспирантура, ординатура)

по направлению 31.00.00 «Клиническая медицина»
специальности 31.08.19 Педиатрия
(шифр и наименование)

Фонд оценочных средств разработан на основании ФГОС ВО по специальности 31.08.19 Педиатрия

Разработчики ФОС:

№ п.п.	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1.	Чорбинская Светлана Алексеевна	д.м.н., профессор	заведующий кафедрой семейной медицины и терапии	Кафедра семейной медицины и терапии
2.	Степанова Ирина Ираклиевна	к.м.н., доцент	доцент, завуч кафедры семейной медицины и терапии	Кафедра семейной медицины и терапии
3.	Степанов Андрей Алексеевич	д.м.н., профессор	Профессор кафедры семейной медицины и терапии	Кафедра семейной медицины и терапии
4.	Вехова Наталья Валерьевна	к.м.н.	Доцент кафедры семейной медицины и терапии	Кафедра семейной медицины и терапии
По методическим вопросам				
1.	Стахи Татьяна Александровна	К.п.н, доцент	Начальник отдела	Отдел обеспечения образовательной деятельности

Структура ФОС

1. Паспорт ФОС;
2. Перечень зачетно-экзаменационных материалов (билеты, вопросы, задания, тесты, рефераты и др.):
   - вступительные испытания;
   - входное оценивание;
   - текущая аттестация;
   - промежуточная аттестация;
   - итоговая аттестация;
3. Комплект оценочных средств для всех видов аттестации
4. Описание показателей, шкал оценивания
5. Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

ПАСПОРТ ФОС по 31.08.19 Педиатрия

КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Профессиональный стандарт (ПС) и трудовая функция (ТФ)
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	1.1.1. Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними. 1.1.2. Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению 1.1.3. Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	2.1.1. Формулирует и разрабатывает на основе поставленной проблемы проектную задачу и способ ее решения через реализацию проектного Управления 2.1.2. Разрабатывает план реализации проекта с учетом возможных рисков реализации и возможностей их устранения, планирует необходимые ресурсы 2.1.3. Осуществляет мониторинг хода реализации проекта, корректирует отклонения, вносит дополнительные изменения в план реализации проекта, уточняет зоны ответственности участников проекта
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	3.1.1. Вырабатывает стратегию командной работы и на ее основе организует отбор членов команды для достижения поставленной цели 3.1.2. Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений 3.1.3. Разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон; создает рабочую атмосферу, позитивный эмоциональный климат в команде
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	4.1.1. Устанавливает контакты и организует общение в соответствии с потребностями совместной деятельности, используя современные коммуникационные технологии 4.1.2. Составляет в соответствии с нормами русского языка деловую документацию разных жанров 4.1.3. Организует обсуждение результатов исследовательской и проектной деятельности на различных публичных мероприятиях на русском языке, выбирая наиболее подходящий формат.

		4.1.4. Представляет результаты исследовательской и проектной деятельности на различных публичных мероприятиях, участвует в академических и профессиональных дискуссиях на иностранном языке
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	5.1.1. Оценивает свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные), целесообразно их использует 5.1.2. Выбирает и реализует с использованием инструментов непрерывного образования возможности развития профессиональных компетенций и социальных навыков 5.1.3. Выстраивает гибкую профессиональную траекторию с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности, динамично изменяющихся требований рынка труда и стратегии личного развития

7.2. Программа ординатуры устанавливает следующие общепрофессиональные компетенции:

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Профессиональный стандарт (ПС) и трудовая функция (ТФ)
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	1.1. Ведет документационное обеспечение профессиональной деятельности с учетом современных информационных технологий. 1.2. Использует в профессиональной деятельности алгоритмы решения стандартных организационных задач с использованием информационных технологий. 1.3. Осуществляет эффективный поиск информации, необходимой для решения задач профессиональной деятельности, с использованием правовых справочных систем и профессиональных баз данных
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1.1.1. Владеть алгоритмом выявления приоритетных проблем и разработки проекта комплексных медико-профилактических мероприятий 1.1.2.Уметь проводить оценку эффективности профилактических мероприятий для целевых групп населения
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую	1.1.1. Знать нормативные документы, касающиеся образовательной деятельности 1.1.2. Владеть методикой преподавания

	деятельность	дисциплин профиля для различных возрастных групп и уровня образования. 1.1.3. Владеть коммуникативными навыками для общения с различными группами населения. 1.1.4. Уметь провести занятия по профилю специальности
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	**4.1 Знать** методику сбора информации о состоянии здоровья. Методику клинического обследования. Анатомо-функциональные особенности органов и систем в возрастном аспекте. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Педиатрия». Клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи. Стандарты оказания медицинской помощи по профилю «Педиатрия». МКБ 10 **4.2 Уметь** осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» (или его законного представителя). Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» (или его законного представителя). Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты. Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия». Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты: - измерение артериального давления на периферических артериях; - исследование уровня глюкозы в крови - суточное мониторирование артериального давления (СМАД) - пульсоксиметрию - чтение спирограмм - определение лодыжечно-плечевого индекса - проведение ортостатической пробы - пневмотахометрию - снятие и расшифровка электрокардиограммы. Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов. Обосновывать направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «Педиатрия» к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов. Оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием по профилю «Педиатрия». Устанавливать диагноз с

		учетом МКБ пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «Педиатрия». Проводить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «Педиатрия», используя алгоритмы постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «педиатрия» при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях **4.3 Владеть с**бором жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «Педиатрия». Анализ информации, полученной от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «Педиатрия» (или его законного представителя). Проведение физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы). Оценку тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «Педиатрия». Определение диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний по профилю «Педиатрия». Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований. Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «Педиатрия» на лабораторные и инструментальные обследования при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «Педиатрия» к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Проведение дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «Педиатрия» используя алгоритмы постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра

		(далее – МКБ). Устанавливать диагноз с учетом МКБ. Определение медицинских показаний для направления пациента при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара. Определение медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи и направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь в соответствии с Порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	**5.1. Знать.** Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Педиатрия». Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, нормативные акты, определяющие деятельность медицинских работников. Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и (или) состояниях у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых по профилю «Педиатрия», медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные Методы немедикаментозной терапии, лечебного питания пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи **5.2. Уметь.** Составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической

		картины заболевания и (или) состояния по профилю «педиатрия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), с учетом стандартов медицинской помощи. Назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациенту с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «Педиатрия». Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «Педиатрия». Направлять пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и (или) состояния по профилю «Педиатрия» для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. **5.3. Владеть.** Разработка плана лечения с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «Педиатрия» и факторов риска его развития. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «Педиатрия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «педиатрия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. Оценивать эффективности и безопасности немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «Педиатрия». Направление пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и (или) состояния по профилю «Педиатрия» для оказания специализированной медицинской помощи в

		стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов	**6.1. Знать.** Основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия», порядок медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия». Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия», в том числе индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов. **6.2. Уметь.** Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения. Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия». Участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. **6.3. Владеть.** Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия» в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения. Составление плана по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия» в соответствии с порядком

		организации медицинской реабилитации детей и подростков. Оценку эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитаций пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия» в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации.
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	**7.1. Знать.** Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия» и по уходу, оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности. Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде. Оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия» для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы. Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия» и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы. **7.2. Уметь.** Определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю «Педиатрия» членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия». Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия» для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы. **7.3. Владеть.** Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия» и по уходу, оформление и выдача листов нетрудоспособности. Подготовку и оформление необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия» для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. Направление пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия» на медико-социальную экспертизу.

	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигеническому просвещению населения	**8.1. Знать.** Правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий. Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ предупреждения употребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела. Принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний. Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (предварительных) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний. **8.2. Уметь.** Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) Определять медицинские показания для направления к врачу-специалисту. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции. Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы предупреждения употребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела. Проводить и контролировать профилактические медицинские осмотры населения и диспансеризацию с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «Педиатрия», основных факторов риска их развития. Проводить и контролировать диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия». Назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний и (или) состояний по профилю «Педиатрия», в том числе социально значимых. **8.3. Владеть.** Организация и осуществление профилактики неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «Педиатрия», и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни.

		Оформление и направление в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания. Формирование программ оценки эффективности профилактической работы с детьми различных возрастно-половых групп (его законными представителями). Организацию диспансеризации и проведение профилактических медицинских осмотров детского населения с учетом возраста, состояния здоровья в соответствии с нормативными правовыми актами. Проведение и контроль профилактических медицинских осмотров детского населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «Педиатрия», основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами. Проведение и контроль диспансерного наблюдения пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия» в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми.
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	**9.1. Знать.** Правила оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю, «Педиатрия», в том числе в форме электронного документа. Алгоритм ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях. Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет". Знать принципы организации деятельности медицинского персонала. **9.2. Уметь.** Составлять план работы и отчет о своей работе. Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия» для оценки здоровья прикрепленного населения. Использовать в своей работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала. Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну. **9.3. Владеть.** Составление плана работы и отчета о своей работе. Анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия» для оценки здоровья прикрепленного

		населения. Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документооборота. Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в сфере здравоохранения.
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	**10.1. Знать.** Методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей). Методику физикального обследования пациентов разных возрастов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы). Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания. Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации. **10.2. Уметь.** Распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме. Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме. Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации. **10.3. Владеть.** Оценка состояния пациентов, требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме. Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме. Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при, состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме.

Программа ординатуры устанавливает следующие профессиональные компетенции:

Наименование	Код и наименование	Профессиональный стандарт (ПС) и трудовая

категории (группы) общепрофессиональных компетенций	общепрофессиональной компетенции выпускника	функция (ТФ)
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен проводить диагностику заболеваний и (или) состояний у пациентов по профилю «педиатрия»	1.3.1. Знает основные деонтологические нормы и законы; 1.3.2. Знает основы медицинского права Российской Федерации; 1.3.3. Знает Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; 1.3.4. Знает Федеральные и локальные нормативные и законодательные акты (законы, приказы, СанПиНы, распоряжения), регламентирующие работу врача, подходы к диагностике и пр. 1.3.5. Знает ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». 1.3.6. Знает Российские и международные документы, регулирующие защиту прав и охрану здоровья детей; 1.3.7. Знает порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «педиатрия», клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи; 1.3.8. Знает анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности, закономерности функционирования здорового организма ребенка в различные периоды детства и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; 1.3.9. Знает особенности регуляции функциональных систем организма ребенка в различные периоды детства в норме и при патологических процессах; 1.3.10. Знает методику сбора и оценки жалоб, всех видов анамнеза (анамнез жизни с акушерским анамнезом, в том числе время прикладывания к груди в родзале, продолжительности грудного вскармливания, начала смешанного, искусственного вскармливания, сроков введения прикорма и реакции на продукты прикорма; вакцинальный, анамнез заболевания, наследственный с построением генеалогического древа, аллергологический, эпидемиологический); 1.3.11. Знает особенности этиологии, патогенеза, диагностики, клинического течения заболеваний (патологических состояний) и возможные варианта их исхода у детей с учетом возраста и исходного состояния здоровья; 1.3.12. Знает методику физикального обследования ребенка по органам и системам, с оценкой тяжести состояния по заболеванию, самочувствия, физического, полового и психомоторного (нервно-психического у детей старшего возраста) развития; 1.3.13. Знает основы детской и подростковой

		психологии и психиатрии; 1.3.14. Знает методы лабораторных и инструментальных обследований, используемые в педиатрической практике, правила подготовки к ним и интерпретации их результатов в зависимости от возраста и пола; 1.3.15. Знает медицинские показания для направления на лабораторное и инструментальное обследование; 1.3.16. Знает медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам; 1.3.17. Знает методику и алгоритм проведения диагностических манипуляций, таких как: - определение размеров большого родничка; - антропометрия (измерение роста на горизонтальном и вертикальном ростомере; взвешивание; измерение окружности головы и груди); - оценка физического развития по центильным и сигмальным таблицам; - расчет индекса массы тела (ИМТ); - оценка полового развития подростка; - подсчет частоты пульса и дыхания, термометрия; - пульсокиметрия; - измерение артериального давления на периферических артериях (на верхних и нижних конечностях); - пикфлоуметрия; - проба Штанге; - проба Генча; - проба Шалкова; - ортостатическая проба; - отоскопия; - передняя риноскопия; - катетеризация мочевого пузыря у мальчиков и девочек; - исследование уровня глюкозы крови при помощи глюкометра; - мазок со слизистой зева и носа; - бакобследование на дифтерию; - соскоб на энтеробиоз и критерии интерпретации полученных результатов; 1.3.18. Знает перечень показаний и противопоказаний для направления пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» на очередной этап выхаживания и (или) лечения, санаторно-курортное лечение и пр., а также правила и порядок оформления соответствующей медицинской документации; 1.3.19. Знает методику обоснования и формулировки клинического диагноза с учетом действующей международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) 1.3.20. Умеет устанавливать контакт с ребенком (и/или его законным представителем); 1.3.21. Умеет осуществлять сбор жалоб, всех видов

		анамнеза (жизни, заболевания, аллергологический, наследственный, эпидемиологический, вакцинальный) у детей или у их законных представителей; 1.3.22. Умеет интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента или у его законного представителя; 1.3.23. Умеет проводить полное физикальное обследование детей различных периодов детства; 1.3.24. Умеет оценивать общее состояние и самочувствие ребёнка, состояние по заболеванию; 1.3.25. Умеет проводить диагностические манипуляции: - определение размеров большого родничка; - антропометрия (измерение роста на горизонтальном и вертикальном ростомере; взвешивание; измерение окружности головы и груди); - оценка физического развития по центильным и сигмальным таблицам; - расчёт индекса массы тела (ИМТ); - оценка полового развития подростка; - подсчет частоты пульса и дыхания, термометрия; - пульсокиметрия; - измерение артериального давления на периферических артериях (на верхних и нижних конечностях); 1.3.26. Умеет анализировать и интерпретировать полученные при физикальном обследовании результаты; 1.3.27. Умеет определять соотношение между паспортным и биологическим возрастом детей и подростков, проводить антропометрию, оценивать физическое и психомоторное развитие ребенка, анализировать и интерпретировать полученные результаты; 1.3.28. Умеет составлять план дополнительного обследования; 1.3.29. Умеет обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных обследований пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; 1.3.30. Умеет объяснять пациенту (его законному представителю, осуществляющему уход за пациентом) правила подготовки к лабораторным и инструментальным обследованиям и цель их назначения, а также правила пользования термометром, пикфлоуметром, аппаратами для суточного мониторирования ЭКГ и АД и другими приборами, используемыми для диагностики; 1.3.31. Умеет интерпретировать и анализировать лабораторные и инструментальные обследования пациента по профилю «педиатрия» с учетом возрастно-половых норм;

		1.3.32. Умеет обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам 1.3.33. Умеет интерпретировать и анализировать заключения, полученные от врачей-специалистов; 1.3.34. Умеет осуществлять динамическое наблюдение за пациентом, находящимся на стационарном лечении. Анализировать динамику заболевания; 1.3.35. Умеет применять медицинские изделия, которые входят в стандарт оснащения отделения в соответствии с порядком оказания медицинской помощи; 1.3.36. Умеет пользоваться действующей международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); 1.3.37. Умеет проводить дифференциальную диагностику заболеваний; 1.3.38. Умеет формулировать диагноз в соответствии с общепринятой для данной нозологической формы классификации и действующей МКБ, используя методологию и алгоритм постановки диагноза; 1.3.39. Умеет определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях. 1.3.40. Владеет навыками сбора жалоб, всех видов анамнеза (жизни, заболевания, аллергологический, наследственный, эпидемиологический, вакцинальный) у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия» и/или его законных представителей; 1.3.41. Владеет навыками интерпретации и анализа информации, полученной от пациента (его законных представителей) с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия». 1.3.42. Владеет навыками проведения полного физикального обследования пациента: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, оценка тяжести состояния по заболеванию и (или) состоянию по профилю «педиатрия». 1.3.43. Владеет навыками определения диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний у пациента по профилю «педиатрия». 1.3.44. Владеет навыками обоснования предварительного диагноза и составление плана обследования (лабораторных исследований и инструментальных обследований, консультаций смежных специалистов) пациента по профилю «педиатрия»; 1.3.45. Владеет навыками составления плана дополнительного обследования (лабораторных исследований и инструментальных обследований,

		консультаций смежных специалистов) пациента по профилю «педиатрия». 1.3.46. Владеет навыками направления пациента на консультацию к врачам-специалистам; Владеет навыками интерпретации и анализа физикальных данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, 1.3.47. Владеет навыками интерпретации заключений, полученных от врачей-специалистов. 1.3.48. Владеет навыками проведения дифференциальной диагностики и установление заключительного диагноза в соответствии с общепринятой клинической классификацией и действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее МКБ).
	ПК-2 Способен назначать и проводить лечение пациентам с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», контролирует его эффективность и безопасность	**Знать:** – порядок оказания медицинской помощи пациентам по профилю «педиатрия»; – стандарты, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»; – нормативно-правовую базу по оформлению рецептов на лекарственные препараты, в том числе сильнодействующие и иммунобиологических лекарственных средства, продукты лечебного питания; – правила выписывания рецептов; – методы лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»; – виды режима двигательной активности в зависимости от тяжести состояния по заболеванию и стадии заболевания; – механизм действия, лечебные и побочные эффекты лекарственных препаратов, детского и лечебного питания, косметики, средств ухода, а также их взаимодействие и эффекты при одновременном назначении нескольких лекарственных средств; медицинские показания и противопоказания к их назначению у детей (в том числе, off-label); – возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, а также условия хранения лекарственных препаратов; – характеристику лечебных столов и показания для их назначения; – виды искусственного питания пациента; – показания и противопоказания для назначения каждого вида искусственного питания; – тактика проведения каждого вида искусственного питания; – классификацию и перечень продуктов для энтерального питания и показания для его

		назначения; – классификацию лечебных смесей (заменителей грудного молока) для искусственного вскармливания детей 1 года жизни, их характеристику, состав и показания для назначения; – формы выпуска лекарственных средств, их способы введения и доставки; – национальную программу оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ; – национальную программу оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в РФ; – национальную программу «по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России (и использованию витаминных и витаминно-минеральных комплексов и обогащенных продуктов в педиатрической практике)»; – перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, утвержденный Правительством РФ; – современные данные доказательной медицины по эффективности методов лечения, лекарственных препаратов, продуктов питания; – методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний у детей; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные; – способы предотвращения или устранения побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших при лечении пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»; – правила оформления дефектур, документов о побочных проявлениях после иммунизации; правила асептики и антисептики **Уметь:** – составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины заболевания и (или) состояния; – назначать вид лечебно-охранительного режима (режима двигательной активности) пациенту в зависимости от тяжести состояния по заболеванию, характера и стадии заболевания; – назначать лекарственные препараты, медицинские изделия, лечебное питание, косметику и средства ухода ребенку; – рассчитывать дозу лекарственного средства (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), продуктов питания, с учетом возраста, веса ребенка, характера, стадии и тяжести заболевания; – назначать кратность и оптимальный способ введения, длительность приема; оценивать эффективность и безопасность

		применения лекарственных препаратов (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), медицинских изделий и лечебного питания – назначать немедикаментозное лечение ребенку. – назначать лечебные молочные смеси для вскармливания детей 1 года жизни с хроническими и наследственными заболеваниями. – назначить и рассчитать объем энтерального и парентерального питания. – оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения у пациента. – анализировать действие лекарственных препаратов по совокупности их фармакологического воздействия на организм в зависимости от возраста ребенка. – разъяснять пациенту, его законным представителям и лицам, осуществляющим уход за ним, необходимость и правила приема медикаментозных средств, продуктов детского и лечебного питания и лечебной косметики, проведения немедикаментозной терапии и применения диетотерапии. – выписывать рецепты для лекарственных средств списка А, Б, продуктов лечебного питания, пациентов льготных категорий. – обосновывать назначение лекарственных препаратов off-label, оформлять соответствующую документацию. проводить простейшие лечебные манипуляции: - обработка пупочной ранки - утренний туалет новорожденного и грудного ребенка - гигиенический массаж новорожденного - закапывание капель в глаза, нос - лекарственная клизма - очистительная клизма промывание желудка - использование дозированного ингалятора - использование спейсера - использование небулайзерного ингалятора и обучить им родителей (или законных представителей) ребенка, младший мед.персонал осуществляющих уход за ребенком **Владеть**: – навыками разработки плана лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины; – навыками организации режима дня и лечебно-охранительного режима пациента, находящегося на стационарном лечении; – навыками назначения лекарственных средств (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), медицинских изделий, лечебного питания, лечебной косметики и средств ухода; – навыками назначения пациентам лекарственных средств off-labe;

		– навыками оценки эффективности применяемых у пациента лекарственных средств (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), медицинских изделий и лечебного питания, лечебной косметики и средств ухода; – навыками назначения немедикаментозного лечения (лечебная гимнастика, физиотерапевтическое лечение, курсовой прием минеральной воды, лечебное питание и пр.); навыками оценки эффективности и безопасности немедикаментозного лечения
	ПК-3 Способен оказывать скорую медицинскую помощь детям в экстренной и неотложной формах на госпитальном этапе	**Знать** – особенности этиологии, патогенеза, диагностики и клинического течения неотложных состояний у детей с учетом возраста и исходного состояния здоровья; – клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания; – критерии диагностики неотложных состояний у пациентов по профилю «педиатрия»; – правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; – методику и алгоритм проведения неотложной помощи пациентам по профилю «педиатрия» на госпитальном этапе; методику и алгоритм проведения экстренной помощи пациентам по профилю «педиатрия»; **Уметь:** – определять степень тяжести угрожающего состояния и прогноз для жизни. – оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания) госпитальном этапе; – оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной формах ребенку с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при развитии нежелательных (побочных) реакций при введении лекарственных средств на госпитальном этапе; – применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в неотложной и экстренной формах на госпитальном этапе. – выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации. оформлять необходимую сопроводительную медицинскую документацию и транспортировать (сопровождать) ребенка на следующий этап оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах. **Владеть:** – навыками оценки состояния, требующего

		оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах. – навыками определения медицинских показаний для оказания ребенку экстренной и неотложной медицинской помощи. – навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. – навыками оказания медицинской помощи в экстренной форме на госпитальном этапе при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания). 3.14 применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной и экстренной формах госпитальном этапе
	ПК-4. Способен выявлять и оценивать клиническое значение и курабельность биомеханических компонентов патогенеза состояний и заболеваний у детей разного возраста, контролировать эффективность проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий, проводить профилактические мероприятия	**ПС 306н ТФ А/01.7, А/02.7, А/03.7, А/04.7** 4.1 Знает патогенез биомеханических нарушений у детей 4.2 Знает влияние биомеханических нарушений на состояние здоровья детей разного возраста при наличии различной, в том числе, мультидисциплинарной патологии и без таковой. 4.3 Знает клинические признаки наличия биомеханических нарушений у детей разного возраста 4.4 Знает физикально выявляемые признаки наличия клинически значимой биомеханической патологии (статико-динамические нарушения, блоки, гипермобильность, триггерные точки) 4.5. Знает инструментально определяемые признаки биомеханической патологии 4.6. Знает показания и противопоказания к мануальной и остеопатической коррекции таких изменений 4.7. Умеет выявлять наличие у пациента клинически значимой биомеханической патологии. с применением базовых возможностей мануальной, остеопатической и инструментальной диагностики 4.8 Владеет навыками определения показаний к направлению пациента на консультацию врача-мануального терапевта 4.9. Владеет навыками определения показаний к направлению пациента на консультацию врача-остеопата 4.10 Владеет навыками определения показаний к направлению пациента на консультацию врача-мануального терапевта 4.11 Владеет навыками оценки клинической эффективности коррекции выявленных биомеханических изменений.

	ПК-5. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями	**ПС 306н ТФ А/01.7** Проводит обследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями с целью установления диагноза **Знать:** 5.3.1 Этиологию, эпидемиологию и патогенез инфекционных заболеваний; 5.3.2. Современные классификации, клиническую симптоматику инфекционных заболеваний; 5.3.3. Методы диагностики инфекционных заболеваний; 5.3.4. МКБ; 5.3.5. Медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов лабораторной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. **Уметь:** 5.3.6. Обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; 5.3.7. Интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; 5.3.8. Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом мкб, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть: 5.3.9. Навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

		5.3.10. Навыками обоснования и постановки диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ).

ПАСПОРТ ФОС

N п/п	Контролируемые модули/разделы/темы	Коды и этапы формирования компетенций	Оценочные средства (наименование) по видам аттестации			
			Входная	Текущая	Промежуточная	Итоговая
1.	Педиатрия	УК-1 ОПК 4-10 ПК -1, 2	Приложение 1: тестовые задания	Приложение 2: тестовые вопросы, ситуационные задачи, практические навыки	Приложение 3: тестовые задания, ситуационные задачи, практические навыки	Приложение 11: тестовые задания, билеты, практические навыки
2.	Общественное зхдоровье и здравоохранение	УК-1,2,3 ОПК-1, 2, 3, 8, 9, 10			Приложение 4 тестовые задания, ситуационные задачи	
3.	Педагогика	УК-1,3 ОПК-3			Приложение 5 тестовые задания, ситуационные задачи	
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций	ОПК-10			Приложение 6 тестовые задания, ситуационные задачи	
5.	Онконастороженность	УК-1 ОПК-5, 10			Приложение 7 тестовые задания, ситуационные задачи	
6.	Конфликтология	УК-1, 4 ОПК-4, 10			Приложение 8 тестовые задания, ситуационные задачи	
7.	Инфекционные болезни у детей	ОПК 4 ПК-5			Приложение 9 Тестовые задания	
8.	Биомеханические аспекты патогенеза педиатрической патологии	УК-1 ОПК 4, 5, 6 ПК-4			Приложение 10 Тестовые задания, ситуационные задачи, практические навыки	
9.	ЛОР патологии в практике врача-педиатра	ОПК 4, 5			Приложение 11 Тестовые	

					задания, ситуационные задачи, практические навыки	
10.	Клиническая практика	УК-1, 2, 3, 4, 5 ОПК-3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ПК-4, 5			Приложение 12 Тестовые задания, ситуационные задачи, практические навыки	Приложение 13

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ФОРМА ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ДЛЯ ВСТУПИТЕЛЬНОГО ЭКЗАМЕНА

ФГБУ ДПО «ЦГМА»
Кафедра семейной медицины и терапии
Программа - ординатура
Специальность 31.08.19 Педиатрия

Задание для тестового контроля: выберите 1 правильный ответ

1. Везикулярное дыхание выслушивается
- а) на вдохе
- б) на выдохе
- в) **на вдохе и первой трети выдоха**
- г) на вдохе и первых двух третях выдоха
- д) на протяжении всего вдоха и всего выдоха

2. При заболеваниях щитовидной железы нежелательно назначение
- а) хинидина
- б) изоптина
- **в) кордарона**
- г) лидокаина

3. Калийсберегающим свойством обладает
- а) урегит
- б) фуросемид
- **в) верошпирон**
- г) гипотиазид

4. Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является
- а) вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей
- б) переохлаждение
- в**) вирусно-бактериальная инфекция**
- г) курение

5. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью
- **а) спирографии, пневмотахографии**
- б) бронхоскопии
- в) исследования газов крови
- г)рентгенографии легких

6. При аускультации легких у больных пневмонией можно выявить
- а) ослабленное дыхание при отсутствии хрипов
- б) сухие хрипы
- в) крупнопузырчатые влажные хрипы
- г) мелкопузырчатые влажные хрипы
- д) крепитирующие хрипы
- е) **все перечисленное**

7. Основными признаками экссудативного плеврита являются
- а) притупление перкуторного легочного звука в области, соответствующей локализации плеврального экссудата
- б) ослабление дыхательных шумов при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука
- в) смещение органов средостения в сторону, противоположную пораженному легкому
- г) **все перечисленные**

8. Патогномоничным для стенокардии является
а) загрудинная боль при физической нагрузке
б) иррадиация в левую руку, челюсть
в) депрессия на ЭКГ сегмента S-T на 1 мм и более
г) все вышеперечисленное

9. Достоверным ЭКГ признаком перенесенного инфаркта миокарда является
а) патологический зубец Q в 2 соседних отведениях
б) инверсия зубца Т
в) нарушение сердечного ритма
г) депрессия сегмента ST

10. Непосредственной причиной возникновения приступа стенокардии может быть
а) волнение
б) выход на холод
в) физическая нагрузка
г) повышение артериального давления
д) **все перечисленное**

11. Для митрального стеноза характерна следующая аускультативная симптоматика:
а) ослабление I тон на верхушке сердца
б) акцент II тона на верхушке сердца
в) ритм галопа
г) **мезодиастолический и пресистолический шумы на верхушке сердца**

12. Артериальная гипертензия характеризуется
а) **повышением систолического АД выше 140 мм рт ст**
б) повышением диастолического АД выше 80 мм рт ст
в) тахикардией более 100 уд/мин
г) брадикардией менее 50 уд/мин

13. Наиболее достоверными электрокардиографическими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются
а) глубокий зубец Q в отведениях V_4-V_6
б) элевация сегмента ST в грудных отведениях
в) депрессия сегмента ST в грудных отведениях
г) **синдром S_1-Q_3**

14. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерно
а) головная боль
б) боль в сердце, сердцебиение
в) тошнота, рвота
г) гипергликемия
д**) все перечисленн**ое

15. Мерцательная аритмия встречается наиболее часто
а) при ревматическом митральном пороке сердца
б) при атеросклеротическом кардиосклерозе
в) при тиреотоксикозе
г) при алкогольной миокардиодистрофии
д) **при всех перечисленных состояниях**

16. Приступы Морганьи - Адамса - Стокса возникают
а) **при AV –блокаде III степени**
б) при фибрилляции предсердий
в) при инфаркте миокарда
г) во всех перечисленных случаях

17. Дисфагия может наблюдаться
а) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
б) при ахалазии кардии
в) при склеродермии
г) при раке пищевода
д) при всех перечисленных заболеваниях

18. Пептический эзофагит (рефлюкс-эзофагит) возникает в следствие заброса в пищевод
а) желудочного сока
б) желчи
в) кишечного содержимого
г) всего перечисленного

19. Наиболее частым физикальным признаком цирроза печени является
а) пальпируемая печень
б) **асцит**
в) бледность кожных покровов
г) пятна Лукина-Либмана

20. Приступ желчной колики сопровождается
а) острой болью в правом подреберье
б) рвотой
в) лихорадкой
г**) всем перечисленным**

21. Верошпирон может вызывать
а) гинекомастию у мужчин
б) нарушение месячного цикла у женщин
в) гирсутизм
г) гиперкалиемию
д) все перечисленные нарушения

22. Из перечисленных клеточных элементов периферической крови роль неспецифических факторов иммунной защиты выполняют
а) эритроциты
б) лимфобласты
в) тромбоциты
г) ни один из перечисленных клеточных элементов

23. Ярко-красный язык нередко наблюдается
а) при амилоидозе
б) при тромбоцитопении
в) В12 и фолиево-дефицитной анемии
г) при болезни Гоше

24. К антикоагулянтам прямого действия относится
а) фенилин
б**) гепарин**
в) свежезамороженная плазма
г) тиклид
д) аминокапроновая кислота

25. К антиагрегантам относятся

а) аспирин
б) варфарин
в) эноксапарин
г) сирдалуд

26. У больного с острым артритом обнаруживается односторонний подострый конъюнктивит и хламидийный уретрит, а также кератодермия ладоней и подошв. Наиболее вероятный диагноз
а) псориаз
б) гонорея
в**) синдром Рейтера**
г) ревматоидный артрит

27. При лечении системной склеродермии наиболее целесообразно назначить
а) преднизолон в высоких дозах
б) D-пеницилламин в средних и больших дозах
в) метотрексат
г) лейкеран

28. Для системной красной волчанки характерно обнаружение в сыворотке крови антител
а) **к нативной ДНК**
б) к центромерам
в) к цитоплазменным антигенам нейтрофилов

29. В крови здорового человека циркулируют липопротеины
а) хиломикроны
б) липопротеины очень низкой плотности (ЛОНП), или пре-b-липопротеины
в) липопротеины низкой плотности (ЛПН), или b-липопротеины
г) липопротеины высокой плотности (ЛВП), или a-липопротеины
д) **все перечисленные**

30. При правожелудочковой недостаточности развивается
а) **системный венозный застой**
б) снижение центрального венозного давления (ЦВД)
в) артериальная гипертензия
г) отек легких

31. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это
а) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 мин
б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха
в**) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха**
г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха

32. У больных, страдающих синдромом преждевременного возбуждения желудочков (Вольфа - Паркинсона - Уайта), в период развития пароксизма мерцательной аритмии противопоказано введение
а) новокаинамида
б) ритмилена
в) верапамила
г) лидокаина

33. Основу лечения бронхиальной астмы составляет
а) использование бета-адреноблокаторов
б) лечение антибиотиками
в) использование системных глюкокортикостероидов
г) **использование ингаляционных глюкокортикостероидов**

34. Диагноз пневмонии устанавливается на основании
а) клинических симптомов заболевания
б) данных физикального исследования
в) результатов рентгенологического исследования легких
г) показателей лабораторных анализов
д) всего перечисленного

35 Клиническими признаками развития обострения хронического бронхита является все перечисленное, кроме
а) интоксикации
б) гнойного характера мокроты
в) лейкоцитоза в анализе крови
г) **появления бронхоспазма**

36. Прямые признаки нижнего инфаркта миокарда на ЭКГ регистрируются в следующих отведениях
а) I, aVL, V_1-V_4
б) **II, III, aVF**
в) I, aVL, V_5-V_6
г) aVL, V_1-V_2

37. Все перечисленные нарушения ритма опасны развитием фибрилляции желудочков, кроме
а) **пароксизмальной наджелудочковой тахикардии**
б) желудочковой тахикардии
в) частой желудочковой экстрасистолии (более 10 экстрасистол в 1 мин)
г) политопных и залповых желудочковых экстрасистол

38. В дифференциальной диагностике инфекционного эндокардита и ревматизма решающее значение имеют
а) гепатомегалия
б) наличие митрального порока сердца
в) уменьшение селезенки
г) "вегетации" на клапанах сердца

39. У больных с феохромоцитомой могут выявляться все перечисленные симптомы, кроме
а) злокачественной артериальной гипертензии
б) выраженных изменений глазного дна
в) **брадиаритмий**
г) гипертонических кризов

40. Наиболее характерными клиническими симптомами бактериального эндокардита являются все перечисленные, кроме
а) лихорадки, ознобов
б) увеличения селезенки
в) **асцита**
г) образования порока сердца (чаще недостаточности аортального клапана)

41. У больных с митральным стенозом наиболее часто встречается
а) блокады сердца
б) трепетание желудочков
в) **фибрилляция (мерцание) предсердий**
г) атриовентрикулярная диссоциация

42. В прогностическом отношении
наиболее опасными желудочковыми экстрасистолами считаются
а) ранние
б) политопные (полифокусные)
в) **групповые**
г) аллоритмия

43. При левожелудочковой недостаточности
наблюдаются все перечисленные симптомы, за исключением
а) **отеков нижних конечностей**
б) хрипов в легких
в) одышки
г) ортопноэ

44. Из заболеваний, которые могут стать причиной зофагогастродуоденального кровотечения, рвота «кофейной гущей» наиболее характерна
а) **для язвы желудка**
б) для грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
в) для варикозного расширения вен
г) для дивертикула пищевода

45. Для кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита характерно
а) боли за грудиной
б) страх смерти
в) связь болей с положением тела
г) **верно а) и в)**

46. К клиническим признакам цирроза печени относятся
а) синдром цитолиза
б) синдром печеночной недостаточности
в) синдром портальной гипертензии
г) все вышеперечисленное

47. Нефроптоз может осложниться
а) пиелонефритом
б) форникальным кровотечением
в) артериальной гипертензией
г) **всем перечисленным**

48. У больного, страдающего хроническим гломерулонефритом и получающего лечение преднизолоном в суточной дозе 80 мг, выявлена язва желудка. Ваши действия
а) увеличение дозы преднизолона
б) уменьшение дозы преднизолона
в) **назначение блокаторов протонной помпы**
г) полная отмена преднизолона

49. Посев мочи целесообразно производить
а) при остром гнойном пиелонефрите
б) при хроническом активном пиелонефрите

в) при хроническом латентном пиелонефрите
г) **во всех перечисленных случаях**

50. Для болезни Иценко - Кушинга характерно все перечисленное, кроме
а) истончения конечностей
б) повышения уровня глюкозы крови
в) наличия стрий
г) **претибиальных отеков**

51. При замедлении СОЭ (менее 3 мм/ч) следует думать
а) о криоглобулинемии
б) о болезни Гоше
в) **об эритроцитозе**
г) о талассемии

52. С помощью прямой пробы Кумбса диагностируют
а) системную красную волчанку
б) ревматоидный артрит
в) гемолитическую анемию
г) цирроз печени

53. Истинные LE-клетки определяются в крови больных
а) системной склеродермией
б) системной красной волчанкой
в) ревматоидным артритом
г) инфекционным мононуклеозом

54. Для диабетической комы характерно все перечисленное, кроме
а) выраженной дегидратации
б) потери сознания
в) запазха ацетона изо рта
г) **судорог**

55. При подагре наблюдается все, кроме
а) поражения суставов (артрита)
б) камней в почках
в) повышения содержания мочевой кислоты
г) **спондилита**

56. У больных с циррозом печени среди диуретиков препаратом выбора является следует добавить
а) гипотиазид
б) фуросемид
в) диакарб
г) **верошпирон**

57. У больного аллергическая реакция на йод. Ему абсолютно противопоказан
а) обзидан
б) **амиодарон (кордарон**)
в) корданум
г) коринфар
д) финоптин

58. Основными лекарственными препаратами, применяемыми при бронхиальной астме, являются все перечисленные, кроме

а) b_2-агонистов
б) метилксантинов
в) **холинолитических средств**
г) ингалируемых глюкокортикоидных гормонов

59. Возбудителем пневмонии чаще всего является
а) **пневмококк**
б) стрептококк
в) стафилококк
г) кишечная палочка

60 Появление голосистолического шума над верхушкой сердца одновременно с острой левожелудочковой недостаточностью характерно
а) для **отрыва сосочковой мышцы**
б) для разрыва межжелудочковой перегородки
в) для расслаивающей аневризмы аорты
г) для аневризмы левого желудочка
д) для эмболии легочной артерии

61. В основе вариантной стенокардии (стенокардии Принцметала) лежит
а) стенозирующий атеросклероз коронарных артерий
б) спазм коронарных артерий
в) тромбоз коронарных артерий
г) повышение потребности миокарда в кислороде
д) повышение вязкости крови

62. Причинами развития недостаточности аортального клапана могут быть все перечисленные, кроме
а) ревматизма
б) синдрома Марфана
в) инфекционного эндокардита
г) **инфаркта миокарда**

63. Первыми симптомами митрального стеноза обычно являются
а**) одышка**
б) приступы удушья
в) кровохарканье
г) сердцебиение
д) все перечисленные

64. Все перечисленные утверждения верны, кроме
а) мерцательная аритмия не приводит к недостаточности кровообращения
б) мерцательная аритмия опасна тем, что таит угрозу тромбоэмболических осложнений
в) мерцательная аритмия имеет три формы - пароксизмальную, персистирующую и постоянную

65. а-амилазу секретируют
а) околоушные слюнные железы
б) поджелудочная железа
в) кишечник
г) **верно а) и б)**
д) все перечисленное

66. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной
а) при микрокровотечениях

из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника
б) при микрокровотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта
в) при неспецифическом язвенном колите
г) при употреблении мяса в пищу
д) при всем перечисленном

67. Симптомами продолжающегося эзофагогастродуоденального кровотечения являются
а) рвота "кофейной гущей" или свежей кровью
б) ухудшение общего состояния больного
в) ухудшение показателей гемодинамики
г) снижение уровня гемоглобина
д) **все перечисленные**

68. Признаками гломерулонефрита могут быть
а) микрогематурия
б) протеинурия
в) появление артериальной гипертензии
г) нефротический синдром
д) все варианты верны

69. Из перечисленных симптомов тиреотоксикоза характерны
а) похудание
б) постоянное сердцебиение
в) общий гипергидроз
г) дрожание конечностей, мышечная слабость
д) все перечисленные

70. В лабораторной диагностике ревматоидного артрита имеет значение все перечисленное, кроме
а) g-глобулинемии и увеличения СОЭ
б) обнаружения фагоцитов в синовиальном выпоте
в) ревматоидного фактора
г) антител к фосфолипидам

71. Диабетический кетоацидоз обычно провоцируется
а) инфекцией
б) хирургическим вмешательством или травмой
в) острым инфарктом миокарда
г) желудочно-кишечными расстройствами с нарушением всасывания или рвотой
д) всем перечисленным

72. Иммунологическим механизмом атопической бронхиальной астмы является
а) **аллергическая реакция немедленного типа**
б) аллергическая реакция замедленного типа
в) аллергическая реакция немедленного и замедленного типа
г) аутоиммунный механизм

73. При наличии у больного симптомов желудочно-кишечного кровотечения ему следует произвести
а) обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости
б) рентгенографию желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью
в) эзофагогастродуоденоскопию

74. Электрокардиографическими признаками ишемии миокарда при выполнении пробы с физической нагрузкой являются

а) **преходящее горизонтальное смещение сегмента ST на 1 мм и более**
б) формирование отрицательного зубца Т
в) появление блокады ножек пучка Гиса
г) появление экстрасистолии

75. Сальбутамол (вентолин) расширяет бронхи путем
а) блокирования а-рецепторов бронхиального дерева
б) **стимуляции b_2-адренорецепторов бронхов**
в) непосредственного влияния на гладкую мускулатуру бронхов
г) снижения тонуса блуждающего нерва

76. При остром инфаркте миокарда
в сыворотке крови раньше других возрастает уровень активности
а) тропонина Т
б) креатинфосфокиназы (КФК)
в) лактатдегидрогеназы (ЛДГ)
г) **миоглобина**

77. К понятию нестабильной стенокардии относится
а) впервые возникшая стенокардия
б) прогрессирующая стенокардия
в) вариантная стенокардия
г) все перечисленное

78. К группе риска заболеваемости гипертонической болезнью
относят все перечисленное, кроме
а) наследственного предрасположения
б) избыточного потребления соли
в) **язвенной болезни**
г) избыточного веса

79. Основными формами хронического гепатита
являются все перечисленные, кроме
а) хронического персистирующего гепатита
б) хронического активного гепатита
в**) интерстициального гепатита**
г) хронического аутоиммунного гепатита

80. Маркером системной красной волчанки является
а) ревматоидный фактор
б) **антинуклеарные антитела**
в) все перечисленное

81. Фибрилляция желудочков устраняется
а) **электрической дефибрилляцией**
б) внутривенным введением лидокаина
в) внутривенным введением атропина, хлорида кальция, хлорида калия
г) всем перечисленным

82. На ЭКГ продолжительность интервала PQ в норме . Это может быть
а) от 0.12 до 0.20 с
б) менее 0,10 с
в) более 0,22 с
г) ни один ответ не верен

83. Основными клиническими синдромами при астматическом статусе
являются
а) прогрессирующая дыхательная недостаточность

б) нарастающая легочная гипертензия
в) бронхообструктивный синдром
г) **все перечисленные**

84. Положительное действие нитроглицерина заключается
а) в увеличении притока венозной крови к сердцу
б) в увеличении периферического сопротивления
и снижении артериального давления
в) в увеличении конечного диастолического давления
г) **в уменьшении преднагрузки**

85. Ишемическая болезнь сердца
проявляется всеми перечисленными состояниями, кроме
а) стенокардии напряжения
б) безболевой преходящей депрессии сегмента ST на ЭКГ
в) вариантной стенокардии
г) инфаркта миокарда
д) **эмболии периферических артерий**

86. Наиболее ранний признак бактериального эндокардита
а) лихорадка
б) потеря в весе
в) слабость
г) спленомегалия
д) анемия

87. Этиологическими факторами развития холецистита являются
а) количественные и качественные отклонения в режиме питания
б) нарушения моторики
в системе желчного пузыря и желчных путей
в)аномалии строения желчного пузыря и желчевыводящих путей
д) **все перечисленные**

88. Переход хронического активного гепатита в цирроз печени характеризует
а) варикозное расширение вен пищевода
б) спленомегалия
в) желтуха
г) гипоальбуминемия
д) верно а) и б)

89. Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности
показатель
а) мочевины
б) остаточного азота
в) креатинина
г) скорость клубочковой фильтрации

90. Наиболее информативными методами диагностики гипотереоза
являются
а) определение белково-связанного йода в крови (СБИ)
б) определение основного обмена
в) определение антител к тиреоглобулину
г) определение тиреотропного гормона (ТТГ)

91. Диагноз амилоидоза лучше всего подтверждается
а) пробой с конго-рот
б) наличием в моче белка Бен-Джонса

в) исследованием костного мозга
г) **гистологическим исследованием биоптата прямой кишки**
д) клиническими признаками

92. Для диагностики аллергии используют
а) **кожно-аллергические пробы**
б) количественное определение IgG
в) дыхательный тест
г) все перечисленное

93. При нелеченной артериальной гипертензии возрастает риск:
А) инфаркта миокарда
Б) инсульта
С) почечной недостаточности
Д) всего вышеперечисленного

94 Осложнениями сахарного диабета являются
А) микроангиопатия
Б) макроангиотпатия
В)нейропатия
Г) нефропатия
Д) все вышеперечисленное

95. В диагностике нарушений ритма наибольшее значение имеет
А) ЭКГ
Б)ЭхоКГ
В) ЧПЭС
Г) картирование сердца

96. В лечении внебольничной пневмонии не используют
а) отхаркивающие препараты
б) **гипосенсибилизацию**
в) антибактериальные препараты
г) физиотерапию

97. Легочная гипертензия может развиваться при
а) рецидивирующих тромбоэмболиях легочной артерии
б) системной склеродермии
в) хронической обструктивной болезни легких
г) все вышеперечисленное верно
98. В диагностике пороков сердца наибольшее диагностическое значение имеет
А) ЭКГ
Б)ЭхоКГ
В) ЧПЭС
Г) картирование сердца
99. В лечении артериальной гипертензии никогда не используются
а) бета-адреноблокаторы
б) бета2-агонисты
в) вазодилататоры
г) диуретики
100. Лечение железодефицитной анемии подразумевает назначение
а) ЭРИТРОПОЭТИНА
б) ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ
в) ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА
г) ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ВЕРНО

Эталон ответов на тестовый контроль для вступительных испытаний

Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ

1	в	26	в	51	в	76	г
2	в	27	б	52	в	77	г
3	в	28	а	53	б	78	в
4	в	29	д	54	г	79	в
5	а	30	а	55	г	80	б
6	е	31	в	56	г	81	а
7	г	32	в	57	б	82	а
8	г	33	г	58	в	83	г
9	д	34	д	59	а	84	г
10	г	35	г	60	а	85	д
11	г	36	б	61	а	86	а
12	а	37	а	62	б	87	д
13	г	38	г	63	г	88	д
14	д	39	в	64	а	89	г
15	д	40	в	65	г	90	г
16	а	41	в	66	д	91	г
17	д	42	в	67	д	92	а
18	г	43	а	68	д	93	д
19	б	44	а	69	д	94	д
20	г	45	г	70	г	95	а
21	д	46	г	71	д	96	б
22	г	47	г	72	а	97	г
23	в	48	в	73	в	98	б
24	б	49	г	74	а	99	б
25	а	50	г	75	б	100	в

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДИАТРИЯ»

Кафедра семейной медицины и терапии
Программа - ординатура
Специальность 31.08.19 Педиатрия

ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Профессиональный стандарт (ПС) и трудовая функция (ТФ)	**Технологии формирования. Формы оценочных средств**
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Способен выполнять: Сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя) Анализ информации, полученной от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя) Проведение физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы) Оценку тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» Определение диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» на лабораторные и инструментальные обследования при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи Проведение дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», используя алгоритмы постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ) Устанавливать диагноз с учетом МКБ	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	Определение медицинских показаний для направления пациента при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара Определение медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи и направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь в соответствии с Порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Умеет Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя) Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя) Проводить физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты: - измерение артериального давления на периферических артериях; - исследование уровня глюкозы в крови - суточное мониторирование артериального давления (СМАД) - пульсоксиметрию - чтение спирограмм - определение лодыжечно-плечевого индекса - проведение ортостатической пробы - пневмотахометрию - снятие и расшифровка электрокардиограммы Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пациентов Обосновывать направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов Оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием по профилю «терапия» Устанавливать диагноз с учетом МКБ пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю	

	«терапия» Проводить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», используя алгоритмы постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «терапия» при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях Знает Порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия» Клинические рекомендации, стандарты по вопросам оказания медицинской помощи	
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Может выполнять Разработку плана лечения с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи Оценку эффективности и безопасности немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» Направление пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	Умения: Составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), с учетом стандартов медицинской помощи Назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациенту с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» Направлять пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи Знает Порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия» Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, нормативные акты, определяющие деятельность медицинских работников Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и (или) состояниях у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими	

	рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых по профилю «терапия», медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные Методы немедикаментозной терапии, лечебного питания пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи	
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов	Может выполнять Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторнокурортного лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения Составление плана по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации взрослых Оценку эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитаций пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации Умеет Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторнокурортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» Участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения Знает Основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», порядок медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов	
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Может выполнять Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и по уходу, оформление и выдача листов нетрудоспособности Подготовку и оформление необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы Направление пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» на медико-социальную экспертизу Умеет Определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю «терапия» членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» Оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы Знает Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и по уходу, оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности Порядок выдачи листков временной	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	нетрудоспособности, в том числе в электронном виде Оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для осуществления медикосоциальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы	
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигеническому просвещению населения	Способен выполнять Организация и осуществление профилактики неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни Оформление и направление в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела Участвовать в проведении обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда Организацию диспансеризации и проведение профилактических медицинских осмотров населения с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами Проведение и контроль профилактических медицинских осмотров населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами Проведение и контроль диспансерного наблюдения пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми Необходимые умения	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) Определять медицинские показания для направления к врачуспециалисту Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела Проводить и контролировать профилактические медицинские осмотры населения и диспансеризацию с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», основных факторов риска их развития Проводить и контролировать диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» Назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», в том числе социально значимых Необходимые знания Правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела Принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (предварительных) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний	
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической	Может выполнять Составление плана работы и отчета о своей работе Анализ медико-статистических показателей	Лекции, семинары, практические

информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для оценки здоровья прикрепленного населения Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документооборота Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в сфере здравоохранения Необходимые умения Составлять план работы и отчет о своей работе Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для оценки здоровья прикрепленного населения Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну Необходимые знания Правила оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь по терапевтическому профилю, в том числе в форме электронного документа	занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Может выполнять Оценку состояния пациентов, требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при, состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме Умеет Распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или)	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	дыхания) Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации Знает Методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей) Методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы) Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации	

2. Типовые контрольные задания
Примерные варианты оценочных заданий для текущего контроля успеваемости

Таблица 2

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Форма контроля	Оценочное задание	Код индикатора
	1-й семестр			
Раздел 1	**Неонатология**	Устный опрос	Вопросы к опросу: 1. Виды и сроки проведения неонатальных скринингов 2. Физиологические состояния периода адаптации. 3. Критерии оценки тяжести асфиксии у новорожденного. 4. Принципы терапии гемолитической болезни новорожденных. 5. Оказание базовой медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале). 6. Организация и поддержка грудного вскармливания в условиях физиологического родильного дома. 7. Ведение медицинской документации в роддоме и отделении неонатологии в стационаре. 8. Какими нормативно - правовыми документами регулируется оказание первичной и реанимационной помощи новорожденным детям? 9. Принципы и методы стабилизации состояния и реанимационной помощи новорожденным детям различного срока гестации в родильном зале. 10. Респираторный дистресс синдром: этиология, патогенез, профилактика, диагностика и лечение. 11. Критерии оценки степени тяжести гипоксически-ишемической энцефалопатии доношенных новорожденных. 12. Физиологическая потребность новорожденного ребенка в основных питательных	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.5 ПК-1.7 ПК-2.2 ПК-2.3
Тема 1.1	Нормативно-правовое обеспечение в практике педиатра			
Тема 1.2	Общие методы обследования больных детей и подростков. Лабораторная медицина			
Тема 1.3	Физиология и патология в неонатальном периоде			
Тема 1.4	Билирубиновый обмен в неонатальном периоде			
Тема 1.5	Кислородный гомеостаз и поражения органов дыхания в неонатальном периоде			
Тема 1.6	Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных			
Тема 1.7	Бактериальные и грибковые инфекции у новорожденных детей			
Тема 1.8	Недоношенные дети			

			веществах и калориях, объем питания. 13. Подходы к диагностике функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у новорожденных детей различного срока гестации. Методы коррекции. 14. Оценка структуры и функционального состояния почек и системы мочевыделения у новорожденных. Методы лабораторного и инструментального контроля. 15. Ранняя анемия недоношенных детей. 16. Клинические симптомы локализованных бактериальных инфекций кожи и слизистых оболочек. 17. Методы профилактики локализованных бактериальных инфекций кожи и слизистых оболочек. 18. Критерии и принципы диагностики нарушения полового развития у новорожденных детей. 19. Методы кинезиотерапии в реабилитации последствий перенесенных перинатальных поражений ЦНС у детей различного гестационного возраста.	
	2-й семестр			
Раздел 2	**Патология детей раннего возраста**	Устный опрос	Вопросы к опросу: 1. Клинико-параклинические маркеры экссудативно-катарального диатеза. 2. Профилактика заболеваний, ассоциированных с аномалиями конституции. 3. Естественное вскармливание. Состав грудного молока. Режимы вскармливания, контроль за эффективностью. 4. Классификация смесей при искусственном вскармливании. Критерии выбора смеси, оценка достаточности питания. 5. Оценка физического развития ребенка первых лет	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ПК-1.1
Тема 2.1	Аномалии конституции			
Тема 2.2	Питание и вскармливание детей раннего возраста			
Тема 2.3	Физическое и нервно-психическое развитие детей			
Тема 2.4	Рахит, рахитоподобные заболевания			
Тема 2.5	Заболевания дыхательной			

	системы		жизни, современные подходы и используемые шкалы. 6. Оценка нервно-психического развития детей при динамическом наблюдении на первом году жизни. 7. Клинико-лабораторные симптомы рахита. Дозы и препараты витамина Д для профилактики и лечения рахита. 8. Дифференциальная диагностика с рахитоподобными заболеваниями. 9. Возрастная физиология красного кровяного ростка и нормативы в динамике. 10. Классификация анемий, клинические проявления, лабораторная диагностика 11. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кровоточивостью. 12. Дифференциальный диагноз обструктивного синдрома у детей раннего возраста. Лечение, 13. Типы и виды обезвоживания. Клиника, лечебные меры. 14. Болезни накопления. Классификация. Роль молекулярно-генетического обследования. 15. Дифференциальный диагноз синдрома рвоты и срыгивания у детей. 16. Пороки развития почек и мочевыводящих путей 17. Классификация наиболее часто встречающихся врожденных пороков сердца. 18. Принципы реабилитации часто болеющих детей	ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.5 ПК-1.7
Тема 2.6	Заболевания кожи			
Тема 2.7	Заболевания глаз у детей			
Тема 2.8	Основы вакцинопрофилактики			
Тема 2.9	Заболевания сердечно-сосудистой системы у детей раннего возраста			
	3-й семестр			
Тема 2.10	Врожденные и наследственные заболевания			
Тема 2.11	Заболевания желудочно-кишечного тракта			
Раздел 3	**Патология детей старшего возраста**	Устный опрос	Вопросы к опросу: 1. Основные организации кардиологической помощи детям в кардиологическом стационаре. 2. Методы обследования ребенка/подростка с патологией сердечно-сосудистой системы.	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-
Тема 3.1	Заболевания сердечно-сосудистой системы			
Тема 3.2	Болезни органов дыхания,			

	аллергология		3. Классификация аритмий. Клинические проявления. ЭКГ- признаки экстрасистолии. 4. Противоаритмические препараты. Принципы выбора. 5. Симптоматические артериальные гипертензии. 6. Гипотензивные средства. Комбинации гипотензивных средств. 7. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний. 8. Неотложная помощь при синкопальных состояниях. 9. Медикаментозное лечение инфекционного эндокардита. 10. Профилактика синкопальных состояний у детей. 11. Критерии тяжести течения бронхиальной астмы 12. Терапия бронхиальной астмы в соответствии с тяжестью заболевания. Критерии эффективности терапии. 13. Диагностика и лечение больных с экссудативным плевритом. 14. Стадии дыхательной недостаточности. 15. Критерии определения задержки роста/высокорослости; избыточная масса тела. 16. Ожирение. 17. Клинико-лабораторные маркеры сахарного диабета у детей. 18. Показания для направления на МЭС детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы 19. Реабилитация детей с бронхиальной астмой.	5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-1.7 ПК-2.2 ПК-2.3
Тема 3.3	Эндокринная патология			
	4-й семестр			
Раздел 3	**Патология детей старшего возраста**	Устный опрос	Вопросы к опросу: 1. Основы организации помощи детям с заболеваниями мочевыводящих путей в стационаре. 2. Основные синдромы	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-
Тема 3.4	Иммунная система ребенка, становление и функционирован			

	ие		поражения мочевыделительной системы. 3. Методы исследования в нефрологии. 4. Классификация гломерулонефритов. 5. Особенности лечения в зависимости от клинических проявлений и морфологического типа гломерулонефрита. 6. Показания для направления детей с почечной патологией на МЭС. 7. Классификация острой почечной недостаточности. 8. Антибактериальная терапия инфекции мочевыводящих путей. 9. Методы профилактики нарушений уродинамики. 10. Клиника и диагностика гастроэзофагеально-рефлюксной болезни. 11. Классификация антисекреторных препаратов. 12. Острый панкреатит. Неотложная помощь. 13. Клиника и диагностика целиакии. 14. Принципы диетотерапии в гастроэнтерологии. 15. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: клиника, диагностика. 16. Понятие и содержание паллиативной медицинской помощи.	5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-1.6 ПК-1.7 ПК-2.2 ПК-2.3
Тема 3.5	Заболевания почек			
Тема 3.6	Заболевания пищеварительной системы			
Тема 3.7	Заболевания ЛОР-органов у детей			
Тема 3.8	Инфекционные болезни у детей			
	Неотложная помощь			
	Лабораторные методы исследования в практике детских болезней			
	Роль и место инструментальных и аппаратных методов диагностики в детской клинике			

Приложение 3

Вопросы для подготовки к промежуточной аттестации
Тестовые задания

1	Вопросы с одиночным выбором
1	При болезни Дауна характерно
	трисомия +13
	трисомия +21
	трисомия +18
	кариотип 47,XXX
2	При синдроме Патау характерно
	трисомия +21
	трисомия +18
	трисомия +13
	кариотип 47,XXX
3	При синдроме Эдварса характерно
	трисомия +18
	трисомия +13
	трисомия +21
	кариотип 45,X
4	При болезни Дауна высока частота врожденных пороков
	нервной системы
	сердца
	желудочно-кишечного тракта
	почек
5	Для синдрома Шерешевского-Тернера характерно
	кариотип 45,X
	трисомия +13
	трисомия +18
	кариотип 47,XXX
6	Основным критерием диагноза фенилкетонурии является
	умственная отсталость
	повышение уровня фенилаланина в крови
	кариотип
	рвоты
7	Для лечения детей до года с фенилкетонурией используют смесь
	Нутрилон пепти Аллергия
	Нан кисломолочный
	Лофеналак
	Симилак премиум
8	Гликогенозы I, III. VI, XI типов наследуются
	аутосомно-рецессивно
	аутосомно-доминантно
	сцепленно с Х-хромосомой
	компауд-гетерозиготно
9	Тип наследования при болезни Гоше
	аутосомно-рецессивный
	аутосомно-доминантный

	сцепленный с Х-хромосомой
	компауд-гетерозиготный
10	Болезнь Нимана-Пика относится к заболеваниям
	с нарушением углеводного обмена
	с нарушением обмена аминокислот
	с нарушением минерального обмена
	лизосомным
11	Синдром Криглера-Найяра относится к заболеваниям
	с нарушением углеводного обмена
	с нарушением обмена билирубина
	с нарушением обмена аминокислот
	с нарушением минерального обмена
12	В основе синдрома Криглера-Найяра лежит
	резус конфликт
	дефект синусоидальной мембраны гепатоцита
	полное отсутствие глюкуронилтрансферазы
	конфликт по группе крови
13	В основе синдрома Жильбера лежит
	дефект синусоидальной мембраны гепатоцита
	генетический дефект фермента кислой липазы
	генетический дефект глюкуронилтрансферазы
	дефект мембран митохондрий
14	Мукополисахаридозы относятся к заболеваниям
	лизосомным
	с нарушением углеводного обмена
	с нарушением обмена аминокислот
	с нарушением минерального обмена
15	В развитии острой дыхательной недостаточности выделяют 3 стадии
	начальная, глубокой гипоксии, гипоксемическая кома
	начальная, гипоксемическая кома, выздоровление
	острая гипоксия, начальная, гипоксемическая кома
	острая гипоксия, глубокая гипоксия, гипоксемическая кома
16	Для ДН 1 степени характерен
	метаболический или дыхательный ацидоз
	декомпенсированный смешанный ацидоз
	алкалоз
	изменений нет
17	При пневмонии острая дыхательная недостаточность
	обструктивная
	рестриктивная
	интерстициальная
	смешанная
18	При экссудативном плеврите острая дыхательная недостаточность
	обструктивная
	рестриктивная

	интерстициальная
	смешанная
19	При бронхиолите острая дыхательная недостаточность
	обструктивная
	рестриктивная
	интерстициальная
	смешанная
20	При дыхательной недостаточности 2 степени характерны изменения в КОС крови в виде
	метаболического или дыхательного ацидоза
	метаболического алкалоза
	декомпенсированного смешанного ацидоза
	изменений нет
21	Запор у детей старше 3-х лет - это частота дефекаций
	реже 5 раз в неделю
	4 раза в неделю
	реже 3 раз в неделю
	реже 1 раза в день
22	Ведущую роль в патогенезе неспецифического язвенного колита играют
	аутоиммунные нарушения
	аллергические реакции замедленного типа
	токсические повреждения слизистой оболочки толстой кишки
	дисахаридазная недостаточность
23	Для глазной формы токсокароза наиболее характерно
	передняя катаракта
	одностороняя лейкокория
	колобома
	повышение внутриглазного давления
24	Для энтеробиоза наиболее характерно
	диарея
	кровь в стуле
	перианальный зуд
	анемия
25	Клиническая картина аскаридоза включает в себя фазы
	миграционную и кишечную
	миграционную и прогрессирующую
	кишечную и регрессирующую
	прогрессирующую и стационарную
26	При лечении энтеробиоза у детей старше года дозировка мебендазола составляет
	100 мг однократно
	150 мг в течение 3 дней
	200 мг однократно
	50 мг х 2 раза в день в течении 5 дней
27	Диагноз энтеробиоза ставится на основании
	копрограммы
	кала на яйца глистов
	соскоба методом Грэхема

	кала на дизгруппу
28	Влажные мелкопузырчатые хрипы – патогномоничный признак при
	бронхите
	бронхопневмонии
	бронхиальной астме
	эмфиземе
29	Сухие свистящие хрипы – патогномоничный признак при
	пневмонии
	простом бронхите
	эмфиземе
	бронхиальной астме
30	Триггером развития системной склеродермии считается
	пищевая аллергия
	хеликобактер пилори
	инсоляция
	гельминтоз
31	При системном ювенильном идиопатическом артрите поражается
	не более одного сустава
	2-3 сустава
	4-5 сустава
	более 5 суставов
32	К поражению глаз при ювенильном идиопатическом артрите относится
	иридоциклит
	пигментная дегенерация сетчатки
	катаракта
	конъюнктивит
33	Болезнь Стилла характерна для
	системной красной волчанки
	ювенильного идиопатического артрита
	системной склеродермии
	дерматомиозита
34	Синдром Рейно относится к критериям диагностики
	системной красной волчанке
	ювенильного идиопатического артрита
	системной склеродермии
	дерматомиозита
35	При базисной терапии коллагенозов доза кортикостероидов составляет
	от 0,5 до 1,5 мг/кг в сутки
	от 2,0 до 5,0 мг/кг в сутки
	от 5,0 до 10,0 мг/кг в сутки
	от 15,0 до 30,0 мг/кг в сутки
36	Какой возбудитель наиболее часто вызывает острый стеноз гортани
	пневмококк
	гемофильная палочка
	стафилококк
	вирус парагриппа

37	Препаратом выбора при судорожном синдроме является
	толперизон
	неостигмина бромид
	диазепам
	атропин
38	При неотложной терапии коллапса применяют
	неостигмина бромид
	кофеина бензоат
	аминофиллин
	эпинефрин
39	Фракция общего билирубина преимущественно представлена
	прямой
	непрямой
	в равных соотношениях прямой и непрямой
	биливердином
40	Диагноз хронического вирусного гепатита можно выставить при обнаружении маркеров гепатита в течение
	1 месяца
	3 месяцев
	5 месяцев
	6 месяцев
41	Суперинфекция дельта-вирусом представляет опасность для больных
	гепатитом В
	гепатитом А
	цитомегаловирусным гепатитом
	гепатитом С
42	Ведущим критерием активности хронического гепатита является
	нарастание уровня трансаминаз
	нарастание уровня щелочной фосфатазы
	снижение уровня трансаминаз
	снижение уровня щелочной фосфатазы
43	Для острого панкреатита у детей наиболее характерна форма
	деструктивная
	интерстициальная
	билиарная
	лекарственная
44	Этиологический фактор миокардитов у детей первых лет жизни - это
	аутоиммунные нарушения
	грибы
	бактериально-грибковые ассоциации
	вирусы, бактерии
45	Основной этиологической причиной эндокардитов у детей являются
	герпесвирусы
	стрептококки
	стафилоккоки
	Candida albicans

46	Для дилятационной кардиомиопатии характерно
	резкое расширение полостей сердца
	уменьшение растяжимости стенок желудочков
	выраженная гипертрофия левого желудочка и межжелудочковой перегородки
	нарушение ритма сердца
47	Наиболее часто при бактериальном эндокардите поражается клапан
	митральный
	аортальный
	лёгочной артерии
	трикуспидальный
48	Эхокардиографическим критерием бактериального эндокардита является
	вегетации на клапанах
	уплотнение створок клапанов
	снижение сократительной способности миокарда
	гипертрофия левого желудочка
49	В качестве стартовой терапии при бактериальном эндокардите у детей назначают
	аминогликозиды
	цефалоспорины
	макролиды
	пенициллины
50	Для аскультативной картине при миокардите у детей характерно
	глухость сердечных тонов
	акцент II тона на аорте
	выраженная дыхательная аритмия
	ритм галопа
51	Отёки при синдроме верхней полой вены появляются
	сначала в области сердца, затем распространяются выше
	сначала на лице и шее
	сначала на ногах, затем распространяются выше
	отмечается общая отёчность, анасарка
52	Целиакия – это непереносимость
	глютена
	фенилаланина
	лактозы
	белка коровьего молока
53	Дебют клинических проявлений целиакии происходит преимущественно после
	введения овощного пюре
	введения фруктового пюре
	введения каш
	перехода на искусственное вскармливание
54	Решающее диагностическое значение для целиакии имеет
	обнаружение антител к эндомизию
	повышение уровня ТТГ
	непрямая гипербилирубинемия
	повышение общего IgE

55	Первичная лактазная недостаточность передается
	аутосомно-рецессивно
	аутосомно-доминантно
	рецессивно сцеплено с Х хромосомой
	полигенно-аддитивно
56	Стул при лактазной недостаточности
	кашицеобразный, жирный
	водянистый, пенистый
	жидкий с примесью слизи, крови
	жидкий с примесью слизи, зелени
57	Диагноз при муковисцидозе ставится на основании
	повышения активности альфа1-антитрипсина
	повышения концентрации хлоридов пота
	наличия легочной гипертензии
	наличия в мокроте макрофагов, нагруженных гемосидерином
58	При синдроме Мунье-Куна выявляется
	наличие антител к базальной мембране легких
	неподвижность ресничек эпителия дыхательных путей
	трахеобронхомегалия
	отложение гемосидерина в макрофагах альвеол
59	Синпневмонический плеврит
	начинается одновременно с началом пневмонии
	развивается на фоне отрицательной динамики пневмонии
	является осложнением затяжных пневмоний
	возникает после травмы
60	Гнойный плеврит является осложнением
	бронхиолита
	стафилококковой пневмонии
	бронхиальной астмы
	муковисцидоза
61	Компрессионные ателектазы сопровождаются
	смещением органов средостения в здоровую сторону
	смещением органов средостения в сторону ателектаза
	высоким стоянием диафрагмы на стороне поражения
	бронхоэктазами
62	Гнойный плеврит является осложнением
	туберкулеза легких
	травмы грудной клетки
	системного заболевания соединительной ткани
	стафилококковой деструкции легких
63	Для оценки бактериурии используют
	посев мочи
	анализ мочи по Нечипоренко
	пробу Зимницкого
	общий анализ мочи
64	Для клинической картины нефротического синдрома характерно

	макрогематурия
	иктеричность склер
	стойкая артериальная гипертензия
	отеки при нормальном артериальном давлении
65	Для нефротического синдрома характерен комплекс лабораторных показателей
	протеинурия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия,
	гематурия, диспротеинемия, гиперкалийемия
	оксалурия, цилиндрурия, диспротеинемия
	протеинурия, глюкозурия, гипераминоацидурия, фосфатурия,
66	Критерием тяжести нефротического синдрома является
	уровень креатинина сыворотки крови
	степень гипоальбуминемии
	степень гиперлипидемии
	стойкая артериальная гипертензия
67	Доза преднизолона для лечения нефротического синдрома составляет
	0,5 мг/кг/сут
	1,0 мг/кг/сут
	2,0 мг/кг/сут
	3,0 мг/кг/сут
68	Обязательный лабораторный признак почечной недостаточности
	повышение мочевины и креатинина
	повышение калия в сыворотке крови
	метаболический ацидоз
	гипонатриемия
69	Для экссудативного плеврита характерно
	амфорическое дыхание
	крепитация
	шум трения плевры
	смещение границ относительной сердечной тупости в здоровую сторону
70	Миграция водителя ритма чаще встречается в
	грудном возрасте
	раннем возрасте
	дошкольном возрасте
	школьном возрасте
71	В ортостазе у здорового ребенка по сравнению с исходными данными ЧСС
	увеличивается на 5-10%
	увеличивается на 10-30%
	уменьшается на 5 -10%
	не меняется
72	Дыхательная аритмия у детей является
	вариантом возрастной нормы
	признаком кардита
	признаком кардиомиопатии
	признаком врожденного порока сердца
73	Признаком дыхательной аритмии на ЭКГ является
	расщепление комплекса QRS

	вариабельность длительности сердечных комплексов
	удлинение интервала P-Q
	инверсия зубца Т
74	Критерием миграции источника ритма на ЭКГ является
	изменение формы и направления зубца Р
	расщепление комплекса QRS
	инверсия зубца Т
	удлинение интервала P-Q
75	Экстрасистолия – это
	внеочередное сокращение сердца
	миграция источника ритма внутри синусового узла
	урежение ритма сердца на 20-30 ударов в минуту от возрастной нормы
	учащение ритма сердца на 20-30 ударов в минуту от возрастной нормы
76	Тригеминия – это
	появление экстрасистол после каждого нормального сокращения
	беспорядочное сокращение с нормальным ритмом сердца
	несколько внеочередных сокращений
	появление экстрасистол после двух нормальных сокращений
77	Для пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии характерно
	ЧСС выше 180-200 ударов в минуту
	внеочередное сокращение сердца
	миграция водителя ритма внутри синусового узла
	учащение ритма сердца на 20-30 ударов в минуту от возрастной нормы
78	К нарушению функции образования импульса относится
	атрио-вентрикулярная блокада
	синдром удлинения QT
	миграция водителя ритма
	синдром слабости синусового узла
79	При приступе Морганьи-Эдамса-Стокса на ЭКГ определяется
	синусовая брадикардия
	миграция источника ритма
	атриовентрикулярная блокада I ст
	полная атриовентрикулярная блокада
80	Признаком мерцательной аритмии на ЭКГ является
	изменение формы и направления зубца Р
	появление вместо зубца Р большого количества f волн
	удлинение интервала P-Q
	расщепление комплекса QRS
81	При синдроме удлинения QT развивается
	полиморфная желудочковая тахикардия
	трепетание предсердий
	полная атриовентрикулярная блокада
	предсердная экстрасистолия
82	Для усиления сократительной способности миокарда используют
	фуросемид
	калия и магния аспарагинат

	амиодарон
	дигоксин
83	Обморок – это
	резкое снижение сосудистого тонуса и уменьшение ОЦК, характеризующееся признаками гипоксии головного мозга и угнетения жизненно важных функций
	внезапная кратковременная потеря сознания, обусловлена преходящей ишемией головного мозга
	патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей, основным признаком которого является острая прогрессирующая недостаточность тканевого кровообращения
	слабость, потоотделение, головокружение, нехватка воздуха, страх и тревога, несмотря на отсутствие причины, тахикардия
84	Коллапс – это
	слабость, потоотделение, головокружение, нехватка воздуха, страх и тревога, несмотря на отсутствие причины, тахикардия
	внезапная кратковременная потеря сознания, обусловлена преходящей ишемией головного мозга
	патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей основным признаком которого является острая прогрессирующая недостаточность тканевого кровообращения
	резкое снижение сосудистого тонуса и уменьшение ОЦК, характеризующееся признаками гипоксии головного мозга и угнетения жизненно важных функций
85	Шок – это
	резкое снижение сосудистого тонуса и уменьшение ОЦК, характеризующееся признаками гипоксии головного мозга и угнетения жизненно важных функций
	слабость, потоотделение, головокружение, нехватка воздуха, страх и тревога, несмотря на отсутствие причины, тахикардия
	патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей, основным признаком которого является острая прогрессирующая недостаточность тканевого кровообращения
	внезапная кратковременная потеря сознания, обусловлена преходящей ишемией головного мозга
86	Причиной повышения артериального давления у подростков чаще является
	эссенциальная артериальная гипертензия
	заболевания почек
	заболевания эндокринной системы
	врожденные пороки сердца
87	При остром постстрептококковом гломерулонефрите повреждение клубочка вызвано
	токсинами стрептококка
	провоспалительными цитокинами
	иммунными комплексами
	антителами к гломерулярной базальной мембране
88	Типичными клиническими симптомами острого постстрептококкового гломерулонефрита являются
	гипертензия, умеренные отеки, макрогематурия
	нормотензия, анасарка, светлая моча
	макрогематурия, нормотензия, отсутствие отеков
	макрогематурия, гипертензия, анасарка

89	Дети с хроническим гломерулонефритом наблюдаются
	в течение 5 лет
	в течение 3 лет
	в течении 1 года
	до перевода во взрослую поликлинику
90	При гломерулонефрите поражаются
	клубочки
	интерстиций
	канальцы
	эпителий лоханки
91	В 1 мл гепарина содержится
	10 000 ЕД
	5 000 ЕД
	3 000 ЕД
	1 000 ЕД
92	Олигурия – это
	недержание мочи ночью
	снижение суточного количества мочи
	снижение суточных колебаний удельного веса мочи
	нарушение соотношения между дневным и ночным диурезом
93	Клиренс эндогенного креатинина оценивает
	реабсорбционную функцию почек
	секреторную функцию почек
	величину суточного диуреза
	фильтрационную функцию почек
94	Никтурия - это
	преобладание ночного диуреза над дневным
	снижение удельного веса мочи
	увеличение диуреза в 2 раза
	недержание мочи ночью
95	Для В12 -дефицитной анемии характерно наличие
	микроцитоза
	нормоцитоза
	макроцитоза
	шизоцитоза
96	К гиперхромным анемиям относится
	фолиеводефицитная
	железодефицитная
	гемолитическая
	апластическая
97	Гемолитическая анемия, вызываемая медикаментами, наиболее часто возникает у пациентов с дефицитом фермента
	глютатион- пероксидаза
	пируваткиназа
	глютатион-редуктаза
	глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа

98	Лабораторные признаки внутрисосудистого гемолиза
	повышение цветового показателя
	лейкопения
	гемоглобинемия, гемоглобинурия
	повышение уровня непрямого билирубина
99	К какому виду анемии относится болезнь Минковского - Шоффара
	гемолитическая
	дефицитная
	гипопластическая
	постгеморрагическая
100	Для внутриклеточного гемолиза наиболее характерно
	повышение непрямого билирубина + желтуха
	повышение прямого билирубина + желтуха
	повышение прямого билирубина + спленомегалия
	гемоглобинемия, гемоглобинурия
101	Естественное вскармливание
	введение прикорма по национальному календарю
	кормление ребенка грудью матери, когда грудное молоко составляет более 4/5 суточной потребности ребенка
	такое кормление, когда грудное молоко полностью отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема
	кормление ребенка, когда объем докорма молочными смесями составляет более 1/5 суточной потребности, но менее 2/3
102	Смешанное вскармливание
	кормление ребенка грудью матери, когда грудное молоко составляет более 4/5 суточной потребности ребенка
	введение прикорма по национальному календарю
	кормление ребенка, когда объем докорма молочными смесями составляет более 1/5 суточной потребности, но менее 2/3
	такое кормление, когда грудное молоко полностью отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема
103	Искусственное вскармливание
	кормление ребенка грудью матери, когда грудное молоко составляет более 4/5 суточной потребности ребенка
	введение прикорма по национальному календарю
	кормление ребенка, когда объем докорма молочными смесями составляет более 1/5 суточной потребности, но менее 2/3
	такое кормление, когда грудное молоко полностью отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема
104	Профилактическая суточная доза витамина Д для доношенного ребенка грудного возраста (в МЕ)
	не более 500
	от 500 до 1000
	от 1000 до 1500
	от 1500 до 2000
105	Средние сроки закрытия большого родничка (месяцы жизни)
	от 4 до 7
	от 6 до 8
	от 9 до 15

	от 15 до 20
106	Характерными симптомыамитромбоцитопенической пурпуры являются
	носовые, маточные кровотечения, геморрагическая сыпь
	симметричная сыпь с локализацией на голенях
	кровоизлияния в суставы, межмышечные гематомы
	телеангиоэктазия, сосудистые звездочки
107	При иммунной тромбоцитопенической пурпуре изменяется
	время кровотечения
	время свертывания
	и то, и другое
	ни то, ни другое
108	Для иммунной тромбоцитопенической пурпуры характерен тип кровоточивости
	васкулитно-пурпурный
	петехиально-пятнистый
	гематомный
	смешанный
109	Критерием тромбоцитопении является уровень тромбоцитов менее
	50 г/Л
	100 г/л
	150 г/Л
	200 г/л
110	Основным звеном патогенеза геморрагического васкулита является
	иммунопатологическое
	инфекционное
	аллергическое
	аутоиммунное
111	Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости характерен для
	гемофилии
	острой тромбоцитопенической пурпуры
	болезни Рандю-Ослера
	геморрагического васкулита
112	Гематомный тип кровоточивости характерен для
	гемофилии
	тромбоцитопатии
	геморрагического васкулита
	Геморрагическая болезнь новорожденных
113	Гемофилия А наследуется
	рецессивно, сцепленно с Х-хромосомой
	рецессивно, сцепленно с Yхромосомой
	аутосомно-доминантно
	аутосомно-рецессивно
114	Развитие гемофилии В обуславливает дефицит плазменного фактора свертывания крови
	II
	VIII
	IX
	XI

115	Наиболее характерный клинический признак начального периода рахита
	повышенная судорожная готовность
	повышенная потливость
	мышечный гипертонус
	диарея
116	Антагонистом витамина Д является
	витамин В6
	витамин В12
	витамин А
	витамин Е
117	Классический рахит необходимо дифференцировать с
	болезнью Дебре- де-Тони-Фанкони
	гипервитаминозом А
	гипервитаминозом Д
	хондродистрофиями
131	Для сахарного диабета 1 типа в пубертатный период характерно
	стабильность течения
	наличие осложнений
	уровень гликированного гемоглобина более 7%
	лабильность течения
132	Критериями диагностики сахарного диабета 1 типа является
	гликемия более 11,1 ммоль/л
	гликированный гемоглобин более 7%
	полидипсия, полиурия
	нарушение толерантности к глюкозе
133	Нарушение толерантности к глюкозе диагностируется, если уровень глюкозы через 120 мин после приема глюкозы
	менее 7,8 ммоль/л
	более 7,8 ммоль/л, но менее 11,1 ммоль/л
	более 11,1 ммоль/л
	Более 15 ммоль/л
134	Наиболее частой причиной летальности при сахарном диабете 1 типа является
	кардиопатия
	нефропатия
	кома
	нейропатия
135	Физиологическое влияние гормонов щитовидной железы на костную ткань у детей
	ремоделирование костной ткани
	замедление оссификации костной ткани
	ускорение темпов роста
	развитие остеопороза
136	При скрининге на врожденный гипотиреоз в России определяют
	антитела к тиреоглобулину
	ТТГ
	сТ4
	Т3

137	Вторичный гипотиреоз характеризуется поражением
	щитовидной железы
	паращитовидной железы
	гипофиза
	гипоталамуса
138	Для вторичного гипотиреоза характерно
	понижен ТТГ, понижен Т4, Т3
	повышен ТТГ, понижен Т4, Т3
	понижен ТТГ, повышен Т4, Т3
	нормальный ТТГ, повышен Т4, Т3
140	Скрининг-тест на врожденный гипотиреоз является положительным при уровне ТТГ
	20 – 50 мМЕ/л
	менее 5 мМЕ/л
	5-20 мМЕ/л
	более 50 мМЕ/л
141	Лабораторные показатели при диффузном токсическом зобе
	ТТГ -повышен, уровни тиреоидных гормонов повышены
	ТТГ - повышен, уровни тиреоидных гормонов понижены
	снижение ТТГ, повышение уровней тиреоидных гормонов
	ТТГ - повышен, уровни тиреоидных гормонов в пределах нормы
142	При гипопаратиреозе наблюдается
	гипокальциемия, гиперфосфатемия
	гипокальциемия, гипофосфатемия
	гиперкальциемия, гиперфосфатемия
	гиперкальциемия, гипофосфатемия
143	Основные симптомы гипопаратиреоза
	судороги конечностей и тетания
	задержка психомоторного развития
	полноценный сон
	диарея
144	Кардиохирургическую коррекцию полной транспозиции магистральных сосудов следует проводить
	до 14 дней жизни
	с 1 мес до 3 мес
	с 3 мес до 6 мес
	с 6 мес до 12 мес
145	Среди фетальнаых коммуникаций первым после рождения закрывается
	овальное окно
	артериальный проток
	Аранциев проток
	дефект межжелудочковой перегородки
146	Клинической характеристикой ВПС - тетрады Фалло является
	сердечная недостаточность по правожелудочковому типу
	сердечная недостаточность по левожелудочковому типу
	артериальная гипертензия
	одышечно-цианотические приступы

147	К порокам, протекающим с обеднением большого круга кровообращения относится
	стеноз легочной артерии
	ДМЖП
	коартация аорты
	транспозиция магистральных сосудов
148	К порокам, протекающим с гиповолемией малого круга кровообращения относится
	стеноз легочной артерии
	ДМЖП
	открытый артериальный проток
	транспозиция магистральных сосудов
149	При простой транспозиции магистральных сосудов в качестве паллиативной операции выполняют
	Процедура Рашкинда
	Операция Мюллера
	Подключично-легочный анастомоз
	Инфузия простагландинов Е1
150	АД на нижних конечностях при коарктации аорты
	отличается справа и слева более чем на 10-20 мм.рт.ст
	ниже, чем на верхних конечностях
	выше, чем на верхних конечностях
	одинаковое на верхних и нижних конечностях
151	Этиологическим фактором острой ревматической лихорадки является
	бета-гемолитический стрептококк группы А
	бета-гемолитический стрептококк группы В
	золотистый стафилококк
	вирусы
152	При митральной недостаточности выслушивается
	протодиастолический шум во 2-3 межреберье слева от грудины
	систолический шум максимальный на верхушке, связанный с 1 тоном
	рокочущий пресистолический шум на верхушке
	систоло - диастолический шум на верхушке
153	При митральном стенозе выслушивается
	протодиастолический шум во 2-3 межреберье слева от грудины
	систолический шум максимальный на верхушке, связанный с 1 тоном
	рокочущий пресистолический шум на верхушке
	систоло-диастолический шум на верхушке
154	При аортальной недостаточности выслушивается
	систоло-диастолический шум на верхушке
	диастолический шум во 3-4 межреберье слева от ргудины
	диастолический шум во 2 межреберье справа от грудины
	систолический шум во 2 межреберье справа от грудины
155	Дебют острой ревматической лихорадки происходит преимущественно в
	раннем возрасте
	дошкольном возрасте
	школьном возрасте
	грудном возрасте

156	Острый лимфобластный лейкоз диагностируется при наличии
	Более2 5% бластных клеток в мазке костного мозга
	более 30% бластных клеток в мазке костного мозга
	более 35% бластных клеток в мазке костного мозга
	более 40% бластных клеток в мазке костного мозга
157	Для острого лимфобластного лейкоза характерны следующие цитохимические данные
	наличие активности миелопероксидазы
	отсутствие активности миелопироксидазы
	положительная реакция на липиды
	слабое диффузное окрашивание цитоплазмы при ШИК-реакции
158	Для острого лимфобластного лейкоза характерны следующие синдромы
	иммунодефицитный, бронхообструктивный, анемический
	анемический, нефритический, пролиферативный
	анемический, геморрагический, пролиферативный
	гипертензионный, иммунодефицитный, геморрагический
159	Характерными клиническими симптомами нейролейкоза являются
	энцефалит, артериальная гипертензия
	внутрижелудочковые кровоизлияния
	корешковый синдром
	менингоэнцефалит, миелит
160	Наиболее опасным в плане развития инфекционных осложнений при лейкозе является снижение уровня нейтрофилов
	менее 1500 в 1 мкл
	менее 2000 в 1 мкл
	менее 2500 в 1 мкл
	менее 3000 в 1 мкл
161	Внелимфатическое (экстранодальное) поражение при лимфогранулематозе часто проявляется в
	сетчатке
	коже
	легочной ткани
	миокарде
162	Лимфаденопатия – это
	увеличение периферических лимфоузлов в 3 и более группах, без воспалительного процесса
	увеличение периферических лимфоузлов любой локализации, с субфибрилитетом
	увеличение всех лимфоузлов, без воспалительного процесса
	увеличение всех лимфоузлов в 3 и более группах, с воспалительным процессом
163	Основной морфологический признак лимфогранулематоза:
	нейробласты с незначительными признаками дифференциации
	клетки Березовского-Штернберга
	наличие в нейтрофилах телец Альдера
	наличие в цитоплазме лимфоцитов телец Митвоха
164	Ожирение при синдроме Иценко-Кушинга характеризуется
	избыточным отложением жира на лице, груди, плечевом поясе
	избыточным отложением жира на животе и бедрах
	равномерным распределением ПЖК
	равномерным висцеральным

165	Критерием преждевременного полового развития у девочек является появление вторичных половых признаков
	до 6лет
	до 8 лет
	до 10 лет
	до 12 лет
166	О преждевременном половом созревании свидетельствует появление вторичных половых признаков у мальчиков
	до 7 лет
	до 9 лет
	до 11 лет
	до 13 лет
167	Этиологией истинного преждевременного полового развития является
	опухоли яичек
	опухоли яичников
	гамартомы гипоталамуса
	опухоли надпочечников
168	В пучковой зоне коркового слоя надпочечников образуются
	андрогены, эстрогены
	кортизол, кортикостерон
	альдостерон, дезоксикортикостерон
	адреналин, норадреналин
169	При хронической надпочечниковой недостаточности отмечается
	снижение продукции минерало- и глюкокортикоидов
	повышение продукции минерало- и глюкокортикоидов
	снижение продукции глюко- и повышение продукции минералокортикоидов
	повышение продукции глюко- и снижение секреции минералокортикоидов
170	В сетчатой зоне коркового вещества надпочечников синтезируются
	кортизол, кортикостерон
	альдостерон, дезоксикортикостерон
	адреналин, норадреналин
	андрогены, эстрогены
171	При первичной хронической надпочечниковой недостаточности в ответ на введение экзогенного АКТГ содержание кортизола
	Сначала снизится, затем повысится
	снизится
	не изменится
	повысится
172	К клиническим проявлениям острой надпочечниковой недостаточности относится
	рвота, доскообразный живот, гематурия
	рвота, боли в животе, снижение АД, акроцианоз, слабость, анурия
	рвота, головные боли, повышение АД, “+” симптомы Брудзинского
	рвота, боли в животе, болезненность в левом подреберье
173	Для мочевого синдрома при пиелонефрите характерна
	кристаллурия
	протеинурия

	гематурия
	лейкоцитурия + бактериурия
174	Для клинической картины острого пиелонефрита характерны
	лихорадка выше 38º С, боли в животе, пояснице, дизурия
	учащенное болезненное мочеиспускание при нормальной температуре
	ночное недержание мочи при нормальной температуре
	субфебрилитет без явных жалоб
175	Самым частым возбудителем инфекции мочевых путей является
	Proteus vulgaris
	Klebsiella pneumoniae
	E. coli
	Staphylococcus epidermalis
176	Для клинической картины острого цистита характерно
	лихорадка выше 38º С, боли в животе, пояснице, дизурия
	учащенное болезненное мочеиспускание при нормальной температуре
	субфебрилитет без явных жалоб
	ночное недержание мочи при нормальной температуре
177	Пиелонефрит считается вторичным, если он развивается на фоне
	пузырно-мочеточникового рефлюкса
	атопического дерматита
	хронического тонзиллита
	запоров
178	Пиелонефрит считается обструктивным, если он развивается на фоне
	упорной кристаллурии
	рецидивирующего цистита
	гипоплазии почки
	гидронефроза, мегауретера
179	Бактериурией считается выделение с мочой условно-патогенной флоры в количестве более
	100 000 микробных тел на мл
	1000 000 микробных тел на мл
	10 000 микробных тел на мл
	1000 микробных тел на мл
180	В анализе мочи по Нечипоренко количество лейкоцитов не должно превышать
	500 в 1 мл
	1000 в 1 мл
	2000 в 1 мл
	5 000 в 1 мл
181	Микционная цистография позволяет диагностировать
	пузырно-мочеточниковый рефлюкс
	неполное удвоение почки
	врожденный гидронефроз
	цистит
182	В качестве стартовой антибиотикотерапии при пиелонефрите у детей назначают
	цефалоспорины 1-го поколения
	макролиды
	цефалоспорины 3-го поколения

	фторхинолоны
183	Этиология острого бронхита у детей раннего возраста, как правило
	вирусная
	бактериальная
	грибковая
	пневмоцистная
184	Этиологическим фактором бронхиолита чаще всего является
	цитомегаловирус
	респираторно-синцитиальный вирус
	парагрипп
	микоплазма
185	Препаратом выбора в лечении пневмонии вызванной микоплазмой являются антибиотики из группы
	фторхинолонов
	защищенных пенициллинов
	макролидов
	пенициллинов
186	Препаратом выбора в лечении домашней пневмонии у детей являются антибиотики из группы
	макролидов
	карбопенемов
	фторхинолонов
	защищенных пенициллинов
187	Одним из звеньев патогенеза бронхиальной астмы является
	гиперреактивность бронхов
	сниженная реактивность бронхов
	бактериальное воспаление дыхательных путей
	нарушение мукоцилиарного клиренса
188	В основе патогенеза астматического статуса лежит
	блокада М-холинорецепторов
	повышенный синтез гистамина
	блокада бета2-адренорецепторов
	хроническое воспаление бронхов
189	Хрипы при простом хроническом бронхите
	односторонние мелкопузырчатые
	двусторонние сухие свистящие
	двусторонние средне- и крупнопузырчатые
	двусторонние мелкопузырчатые
190	Для эрадикации H.pylori у детей до 12 лет используют
	эзомепразол+амоксициллин+ нифурател
	омепразол + спирамицин + висмута трикалия дицитрат
	омепразол+альбендазол+ висмута трикалия дицитрат
	эзомепразол+рифампицин+нифурател
191	К ранним клиническими признакам перфорации язвы желудка относится
	доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки
	фебрильная температура
	симптом Кернига

	головная боль
192	При гипермоторной дискинезии желчного пузыря характерны
	тупые распирающие боли в околопупочной области
	постоянные распирающие боли в правом подреберье
	приступообразные кратковременные боли в правом подреберье
	поздние боли в эпигастрии
193	Эхографическим признаком желчекаменной болезни является
	гиперэхогенная взвесь в просвете желчного пузыря
	гиперэхогенные включения с акустической тенью в просвете желчного пузыря
	утолщение стенки желчного пузыря
	повышение эхогенности паренхимы печени
194	Эвакуторно-моторную функцию желудка улучшает препарат
	эзомепразол
	висмута трикалия дицитрат
	папаверин
	тримебутин
195	Для лечения желчекаменной болезни используют препараты
	урсодезоксихолевой кислоты
	Бессмертника песчаного цветков сумма флавоноидов
	адеметионин
	артишока листьев экстракт
196	Длительность острой диареи составляет
	от 2 до 3 дней
	от 1 до 2 недель
	от 3 до 4 недель
	6-8 недель
197	Осложнением нарушенной техники пероральной регидратации является
	рвота
	отек мозга
	острая почечная недостаточность
	ларингоспазм
198	Во время оральной регидратации проводят учет потерь жидкости путем
	взвешивания ребенка
	только взвешивания использованных пеленок
	взвешивания ребенка и использованных пеленок
	проведения ультразвукового исследования пищевода и желудка
199	При эксикозе II- III ст. регидратация проводится
	перорально в объеме 30-60 мл/кг в первые 6 часов
	парентерально в объеме 30-40 мл/кг в сутки
	парентерально в объеме 50-80 мл/кг в первые 6 часов
	парентерально в объеме 50-80 мл/кг в сутки
200	При осмотической диарее у ребенка раннего возраста необходимо сразу приступить к
	пероральной регидратации
	промыванию желудка
	инфузионной терапии
	очистительной клизме

201	При неотложной терапии коллапса применяют
	кофеина бензоат; неостигмина метилсульфат
	аминофиллин; кофеина бензоат;
	преднизолон, неостигмина метилсульфат
	эпинефрин; фенилэфрин
202	Клиническим признаком травматического повреждения плечевого сплетения (С5-С6) является
	отставание одной части грудной клетки при дыхании
	вялый парез проксимального отдела руки
	вялый парез дистального отдела руки
	синдром Клода Бернара-Горнера
203	Асфиксия – это клинический синдром, проявляющийся
	в первые минуты жизни затруднением или полным отсутствием дыхания у ребенка
	остро протекающей гипоксией и гиперкапнией
	полным отсутствием дыхания или отдельными нерегулярными и неэффективными дыхательными движениями при рождении у ребенка с наличием признаков живорожденности
	выраженным лактат ацидозом и отсутствием признаков живорожденности
204	ЗВУР характеризуется отставанием массо-ростовых показателей
	ниже 25% перцентильного интервала
	ниже 50% перцентильного интервала
	ниже 75% перцентильного интервала
	ниже 10% перцентильного интервала
205	Клиническими признаками внутрижелудочкого кровоизлияния 1 степени являются
	внутричерепная гипертензия
	судороги
	апноэ
	специфические неврологические симптомы отсутствуют
206	При снижении массы тела на 2 сигмальных отклонения ставится диагноз
	диспластический вариант ЗВУР
	гипопластический вариант ЗВУР
	ЗВУР 1 степени
	ЗВУР 2 степени
207	При физиологической гипербилирубинемии увеличение уровня билирубина происходит за счет
	непрямого билирубина
	прямого билирубина
	биливердина
	уробилина
208	Для лечения врожденного гипотиреоза используют препарат
	левотироксин натрия
	тиамазол
	преднизолон
	пропранолол
210	Критерием гипонатриемии является уровень натрия в крови ниже
	140 ммоль/л
	135 ммоль/л
	130 ммоль/л

	125 ммоль/л
211	При гиперфункции щитовидной железы показано назначение
	тиамазола
	левотироксина натрия
	левотироксина натрия + лиотиронина
	левотироксина натрия + лиотиронина + калия йодида
212	Транзиторная убыль массы тела у доношенного новорожденного допустима
	до 5%
	до 10%
	до 15%
	до 20%
213	Критерием гипернатриемии является уровень натрия в крови выше
	140 ммоль/л
	145 ммоль/л
	150 ммоль/л
	155 ммоль/л
214	Транзиторная гипогликемия новорожденных определяется при значении глюкозы крови
	ниже3,3 ммоль/л
	ниже 2,6 ммоль/л
	ниже 2,2 ммоль/л
	ниже 1,5 ммоль/л
215	Основным повреждающим фактором при гемолитической болезни новорожденных является
	неконьюгированная гипербилирубинемия
	коньюгированная гипербилирубинемия
	смешанная гипербилирубинемия
	гипобилирубинемия
216	При гемолитической болезни новорожденных наиболее грозным осложнением является
	синдром сгущения желчи
	билирубиновая энцефалопатия
	синдром верхней полой вены
	острая почечная недостаточность
217	Основным методом лечения гемолитической болезни новорожденных является
	очистительная клизма
	плазмоферез
	форсированный диурез
	фототерапия
218	Синдром Криглера-Найяра 1 типа наследуется
	аутосомно-рецессивно
	аутосомно-доминантно
	сцеплено с Х
	сцеплено с У
219	Малый родничок в норме закрывается к возрасту
	1 месяц
	3 месяца
	6 месяцев
	12 месяцев

220	Для диагностики врожденной вирусной инфекции целесообразно проводить анализ крови
	методом непрямой гемагглютинации
	с проведением посева на стерильность
	методом ПЦР в реальном времени
	определение уровня IgG
221	При снижении массы и длины тела на 2-3 стандартных отклонения диагностируется
	ЗВУР 1 степени
	Гипопластический вариант ЗВУР
	ЗВУР 2 степени
	Гипотрофический вариант ЗВУР
222	Первичный осмотр недоношенного, рожденного после 26 недели гестации для выявления первых признаков ретинопатии следует проводить в срок
	2-3 неделя после рождения
	4-5 неделя после рождения
	9-10 неделя после рождения
	10-12 неделя после рождения
223	Верхний рефлекс Ландау формируется в возрасте
	1 мес.
	3 мес.
	5мес.
	6 мес.
224	Ребенок начинает держать голову в возрасте
	1 мес.
	2-3 мес.
	с 4 мес.
	с 6 мес.
225	Этиологическим фактором развития болезни гиалиновых мембран является
	аспирационный синдром
	внутриутробная пневмония
	перенесенная тяжелая асфиксия в родах
	первичный дефицит образования и выброса сурфактанта
226	Везикулопустулез – это
	воспаление эккринных потовых желез
	воспаление сальных желез
	воспаление подкожно-жировой клетчатки
	воспаление околоушной железы
227	Для лечения пузырчатки новорожденных назначают
	амоксициллин
	цефтриаксон
	меропенем
	моксифлоксацин
228	Симптом Никольского при эксфолиативном дерматите Риттера
	положительный 1 вариант
	положительный 2 вариант
	положительный 1 и 2 варианты
	отрицательный

229	Паронихии – это инфекционное воспаление
	ногтевого валика
	ногтевого ложа
	ногтевой пластины
	надкостницы
230	Причиной кровотечения при дивертикуле Меккеля у детей является
	изъязвление эктопического железистого эпителия желудка
	наличие хронической анальной трещины
	эрозивное поражение слизистой оболочки толстой кишки
	эрозивное поражение слизистой оболочки 12 перстной кишки
231	Фунгус пупка – это
	незаращение урахуса
	незаращение Аранциева протока
	грибовидное разрастание грануляций и остатки пуповинной ткани, заполняющие пупочную ранку
	незаращение желточного протока
233	Наиболее частой процедурой в процессе подготовки к аллогенной ТГСК является
	деплеция α/β Тлимфоцитов
	трансфузия эритроцитарной массы
	инфузия альбумина
	трансфузия в/в иммуноглобулинов
234	При развитии гастроинтестинальной формы реакции «трансплантат против хозяина» наблюдаются
	стойкие запоры
	диарея со спастическими болями в животе
	острый панкреатит
	калькулезный холецистит
235	Основным критерием диагностики острого лейкоза у детей является обнаружение в костном мозге
	более 5 % бластных клеток
	более 25 % бластных клеток
	более 40% бластных клеток
	любого количества бластных клеток
236	Для клеток эритроидного ряда специфическим маркером является
	гликофорин А
	гликофорин В
	гликофорин С
	гранулы серотонина
237	Оптимальный срок проведения первичной эхокардиографии плода
	5-8 неделя
	15-17 неделя
	25-30 неделя
	32-34 неделя
238	Эмбриогенез сердца происходит
	до 3 недели
	на 10-15 неделе

	на 3-9 неделе
	на 15-20 неделе
239	Современные методы хирургической коррекции ВПС у детей
	эндоваскулярные операции
	операции на открытом сердце
	радиочастотная аблация
	позитронно-эмиссионная томография
240	Оптимальный срок проведения повторной эхокардиографии плода
	5-8 неделя
	15-17 неделя
	25-30 неделя
	32-34 неделя
241	Механизм действия инфликсимаба -
	ингибирует активность В лимфоцитов
	ингибирует продукцию ИЛ-1
	образует устойчивый комплекс с формами человеческого ФНО-альфа
	образует устойчивый комплекс с IgE
242	Гепатотоксическим эффектом обладает
	парацетамол
	домперидон
	цетиризин
	энтеросгель
243	Адалимумаб относится к классу
	нестероидных противовоспалительных средств
	глюкокортикостероидов
	генно-инженерных биологических препаратов
	иммуномодуляторов
244	Для болезни Крона характерно
	воспаление только слизистой оболочки толстой кишки
	воспаление слизистого и подслизистого слоя тонкой кишки
	воспаление слизистого и подслизистого слоя толстой кишки
	трансмуральное воспаление любого участка ЖКТ
245	Морфологическими признаками язвенного колита являются
	крипт - абсцессы
	гранулёмы в стенке кишки и лимфатических узлах
	лимфоангиоэктазии
	артериовенозные мальформации
246	Для лечения неспецифического язвенного колита применяют
	антигистаминные
	препараты 5 АСК
	слабительные
	желчегонные
247	При терапии бронхиальной астмы Омализумаб используется
	в качестве базисной терапии
	для купирования приступа
	для купирование астматического статуса

	по требованию
248	При базисной терапии бронхиальной астмы применяется ингаляционный глюкокортикостероид
	формотерол
	будесонид
	ипратропия бромид
	недокромил натрия
249	Для купирования астматического статуса применяют
	перорально глюкокортикостероиды
	парентерально глюкокортикостероиды
	М-холиноблокаторы
	В2-адреномиметики короткого действия
251	Ведущую роль в патогенезе атопической бронхиальной астмы играет
	реакция гиперчувствительности немедленного типа
	реакция гиперчувствительности замедленного типа
	иммунокомплексная реакция
	действие механических и химических факторов
252	Отмена Омализумаба при лечении бронхиальной астмы приводит к
	снижению общего IgE
	повышению общего IgE
	эозинофилии
	изменений не происходит
253	Фармакологические действия Омализумаба -
	иммунодепрессивное
	анксиолитическое
	антигистаминное
	седативное
254	Для лучшего усвоения кальция назначают витамин
	Е
	К
	А
	Д
256	Инсулиновая помпа - это
	электронно-механическое устройство для подкожного введения инсулина в непрерывном режиме
	электронно-механическое устройство для внутримышечного введения инсулина в непрерывном режиме
	искусственная поджелудочная железа, работающая без вмешательства человека
	инсулиновый дозатор вживляемый в ПЖК
257	Искусственная поджелудочная железа может использоваться для
	определения содержания глюкозы в крови
	улучшения кровообращения в тканях
	определения осмолярности крови
	улучшения когнитивных функций
258	При помповой терапии инсулин вводится

	внутримышечно
	внутривенно через катетер
	внутрикожно
	подкожно
259	Основным методом терапии сахарного диабета 1 типа является
	диетотерапия
	стимуляции экзокринной части поджелудочной железы
	сахароснижающие препараты
	инсулинотерапия
260	Скорость клубочковой фильтрации при 2 стадии хронической болезни почек составляет
	102-90 мл/мин
	89-60 мл/мин
	59-30 мл/мин
	29-15 мл/мин
261	Диализное лечение следует начинать при скорости клубочковой фильтрации
	менее 15 мл/мин
	29-15 мл/мин
	59-30 мл/мин
	89-60 мл/мин
262	Для оценки скорости клубочковой фильтрации используют пробу
	Зимницкого
	Нечипоренко
	Аддиса-Каковского
	Реберга
263	Для 3 стадии хронической болезни почек характерно
	СКФ >90 мл/мин, признаки нефропатии, нормальный креатинин сыворотки
	СКФ менее 59-30 мл/мин, анемия, умеренная азотемия
	СКФ 29-15 мл/мин, полиурия, остеодистрофия
	СКФ менее 15 мл/мин, уремия, олигурия
264	При нефросцинтиграфии почек можно оценить
	скорость и равномерность накопления радиофармпрепарата
	снижение магистрального кровотока
	анатомические структуры почки
	снижение внутриорганного почечного кровотока
265	Допплер-эхокардиография - метод, позволяющий
	оценить характер кровотока в сердечных полостях
	оценить движения структур сердца
	получать пространственное изображение структур сердца
	оценить размеры камер сердца
266	Спирометрия – это
	метод исследования функции внешнего дыхания, включающий в себя измерение объёмных и скоростных показателей дыхания
	метод непосредственного осмотра и оценки состояния слизистых трахеобронхиального дерева
	это измерение пиковой скорости выдоха с помощью специальных приборов
267	Пикфлоуметрия это
	измерение пиковой скорости выдоха с помощью специальных приборов

	метод непосредственного осмотра и оценки состояния слизистых трахеобронхиального дерева
	метод исследования функции внешнего дыхания, включающий в себя измерение объёмных и скоростных показателей дыхания
268	Для проведения экскреторной урографии используют
	магния сульфат
	радиоактивный технеций
	сульфат бария
	йогексол (омнипак)
269	Неспецифический язвенный колит диагностируется при проведении
	колоноскопии
	ирригографии
	ФЭГДС
	ультразвукового исследования органов брюшной полости
270	Суточный объем питания у ребёнка 1 мес. составляет
	1/5 массы тела
	1/6 массы тела
	1/7 массы тела
271	Суточный объем питания у ребенка 6 мес. составляет
	1/7 массы тела
	1/6 массы тела
	1/5 массы тела
272	Свободное вскармливание предусматривает кратность кормлений
	по требованию, в том числе и ночью
	до 10 р/дн с ночным перерывом не менее 5 ч.
	6-8 р/сутки, без ночного перерыва
273	Для расчета суточного объема питания у детей 1 полугодия жизни используют
	объемный способ
	калорийный способ
	формулу Зайцевой
274	Потребность в белке у ребенка второго полугодия жизни составляет
	2.2 г/кг/сут
	2,6г/кг/сут
	2,9 г/кг/сут
	3,0-3,5 г/кг/сут
274	Потребность в белке у ребенка первых трех месяцев жизни составляет
	2.2 г/кг/сут
	2,6г/кг/сут
	2,9 г/кг/сут
	3,0-3,5 г/кг/сут
275	Потребность в жирах у детей в возрасте 6-12 мес.составляет
	5.0 г/кг/сут
	5,5 г/кг/сут
	6,0 г/кг/сут
	6,5 г/кг/сут
276	Потребность в углеводах у детей первого года жизни составляет
	12 г/кг/сут

	13 г/кг/сут
	14 г/кг/сут
	15 г/кг/сут
277	Энергопотребность детей в первом полугодии жизни составляет
	100 ккал/кг/сут
	110 ккал/кг/сут
	115 ккал/кг/сут
	120 ккал/кг/сут
277	Энергопотребность детей в возрасте 6-12 мес составляет
	100 ккал/кг/сут
	110 ккал/кг/сут
	115 ккал/кг/сут
	120 ккал/кг/сут
278	Первый прикорм здоровому ребенку, находящемуся на грудном вскармливании, вводится в возрасте
	3 - 4 мес.
	4 -6 мес.
	6 - 7 мес.
	8 - 9 мес.
279	Мясное пюре вводят в рацион здоровому ребенку в возрасте
	5-6 мес.
	6-7 мес.
	7-8 мес.
	8-9 мес.
280	Естественным вскармливанием считается такое, когда кормление молоком матери составляет
	более 4/5 суточного объема питания
	более 1/2 суточного объема питания
	более 1/5 суточного объема питания
281	Сроки введения прикорма при искусственном вскармливании отличаются от таковых при естественном вскармливании на
	вводятся в те же сроки
	на 1 мес. раньше
	на 1 мес. позже
284	Рыба вводится в рацион здорового ребенка в возрасте
	6-7 мес.
	7-8 мес.
	8-9 мес.
	после 12 мес.
285	При целиакии исключают из рациона
	пшеницу, рожь, овес, ячмень
	гречиху, кукурузу, рис, пшенку
	киноа, творог, шоколад
	молоко, сыр, сою, бобовые
286	Контрольное кормление ребенка проводят для определения
	количества высосанного молока
	массы тела

	количества прикорма
	количества докорма
287	Фруктовые пюре вводят в рацион грудного ребенка для обеспечения
	жирорастворимыми витаминами
	жирами
	белками
	клетчаткой
288	Ребенка рекомендуется отнимать от груди
	в холодный период года
	в жаркий период года
	при заболеваниях
	при контакте с инфекционными больными
289	Склонность детей к срыгиванию обусловлена
	слабым развитием кардиального сфинктера
	хорошим развитием кардиального сфинктера
	слабым развитием пилорического сфинктера
	хорошим развитием пилорического сфинктера
290	Ведущим признаком лимфатико-гипопластического диатеза является
	тимомегалия
	увеличение лимфатических узлов
	гипофункция коры надпочечников
	избыточный синтез гистамина
291	Ведущим маркером аллергического диатеза является
	Ig A
	Ig M
	Ig G
	Ig E
292	Провоцирующим фактором при нервно-артритическом диатезе является
	молоко
	мясо
	арбуз
	бананы
293	При лимфатико-гипопластическом диатезе целесообразно использовать
	ферменты
	антигистаминные препараты
	адаптогены
	витамины
296	В норме пальпируются лимфатические узлы
	подмышечные, паратонзилярные, паховые
	околоушные, паратонзилярные, надключичные
	затылочные, подмышечные, околоушные
	надключичные, паховые, затылочные
297	При обострении атопической экземы стартовыми препаратами являются
	топические глюкокортикоиды
	ферменты
	седативные препараты

	антигистаминные препараты
300	Процентное соотношение нейтрофилов у детей старшего возраста составляет
	палочкоядерные 0-1%, сегментоядерные- 27-42%
	палочкоядерные 1-6%, сегментоядерные- 47-72%
	палочкоядерные 6-10%, сегментоядерные- 45-65%,
	палочкоядерные 5-11%, сегментоядерные- 28-47%,
301	Для гемолитической анемии характерно повышение
	ретикулоцитов
	тромбоцитов
	эритроцитов
	атипичных мононуклеаров
302	Сколько типов кровоточивости выделяют по Баркагану
	два
	три
	пять
	семь
303	Лейкопения – это снижение количества лейкоцитов в периферической крови
	ниже 4000 в 1 мкл
	ниже 3500 в 1 мкл
	ниже 3000 в 1 мкл
	ниже 2000 в 1 мкл
304	У здорового ребенка 7 лет нормальным считается содержание в крови тромбоцитов
	100-250 х 10^9 /л
	180-380 х 10^9 /л
	350-400 х 10^9 /л
	400-580 х 10^9 /л
305	Время свертывания крови по Ли-Уайту в норме составляет
	1-4 минут
	5-7 минут
	10-12 минут
	14-16 минут
306	Гематокрит – это
	отношение форменных элементов к общему объему крови
	отношение ОЦК к массе тела
	отношение гранулоцитов к общему количеству лейкоцитов
	отношение содержания гемоглобина к общему количеству эритроцитов
307	Анемией считается снижение уровня Hb у детей раннего возраста
	ниже 120 г/л
	ниже 110 г/л
	ниже 100 г/л
	ниже 70 г/л
308	Понятие сдвиг лейкоцитарной формулы влево включает
	увеличение содержания юных форм лейкоцитов
	увеличение содержания зрелых форм лейкоцитов
	увеличение общего числа лейкоцитов

309	Болезнь Шенлейн - Геноха относится к
	вазопатиям
	тромбоцитопатиям
	коагулопатиям
310	Для постановки диагноза геморрагический васкулит обязательно наличие
	абдоминального синдрома
	кожного синдрома
	почечного синдрома
	суставного синдрома
311	При инфекционном мононуклеозе в отличие от острого лейкоза наблюдается
	Наличие атипичных мононуклеаров больше 30%
	интоксикация
	гепатоспленомегалия
	увеличение лимфоузлов
312	Лейкемоидные реакции встречаются при
	тяжелых бактериальных инфекциях
	лекарственной болезни
	тяжелых отравлениях
	иммунодефиците
313	При длительном течении гипопаратиреоза у детей могут появляться
	катаракта, задержка роста, кальциноз паренхимы почек
	боли в правом подреберье
	желтушность кожных покровов
314	Второй перекрест % содержания в формуле крови нейтрофилов и лимфоцитов у детей происходит в возрасте
	4-5 месяцев
	2 года
	4-5 лет
	7 лет
315	Наиболее частым осложнением ожирения у детей является
	неалкогольная жировая болезнь печени
	миокардиодистрофия
	сахарный диабет I типа
	артериальная гипертензия
316	Центры голода и насыщения расположены в
	коре головного мозга
	крыше среднего мозга
	продолговатом мозге
	гипоталамусе
317	Крипторхизм - это
	отсутствие одного или двух яичек в мошонке
	ущемление крайней плотью головки полового члена
	врожденное отсутствие яичек
	наличие трех и более яичек
1	Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему острое респираторное заболевание можно разрешить после выздоровления не ранее, чем через

	2 недели
	1 месяц
	2 месяца
	3 месяца
	3,5 месяца
2	Первичный туберкулезный комплекс - это
	первичный легочный аффект, лимфаденит, лимфангоит
	лимфангоит, лимфаденит
	первичный легочный аффект
	лимфангоит
	первичный легочный аффект, лимфаденит
3	Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у детей старшего возраста является
	глистная инвазия
	нарушение всасывания железа
	хроническая кровопотеря
	авитаминоз
	недостаточное поступление железа с пищей
4	Антибиотики при ветряной оспе назначают
	при тяжелой форме
	при появлении гнойных осложнений
	при энцефалите
	с целью профилактики осложнений
	не назначают
5	Наиболее частая причина мутации гена
	инфекционный фактор
	радиация
	нервно-психический фактор
	курение
	алкоголизм
6	Чаще встречаются наследственные заболевания
	хромосомные
	с доминантным типом наследования
	болезни с наследственным предрасположением
	с неустановленным типом наследования
	с рецессивным типом наследования
7	Достоверное определение пола при вирильной форме адреногенитального синдрома возможно путем
	пальпации яичек
	определения 17-оксикортикостероидов
	определения полового хроматина
	определения кариотипа
	гистологического исследования гонад
8	Доминантный ген отца локализован в Х-хромосоме. Может заболеть
	мальчик
	девочка
	все дети будут здоровы
	могут заболеть и мальчики, и девочки
	могут заболеть и мальчики, и девочки

9	При фенилкетонурии доминирует
	поражение кишечника и нарастающая гипотрофия
	депрессия гемопоэза
	неврологическая симптоматика
	экзема и альбинизм
	нефропатия
10	Для адреногенитального синдрома у мальчиков на 1-м году жизни характерно замедление роста
	задержка окостенения (костный возраст отстает от паспортного)
	увеличение полового члена
	дефекты психического развития
	хориоретинит
11	Плазматические клетки, непосредственно синтезирующие антитела, формируются из
	В-лимфоцитов
	нейтрофилов
	базофилов
	макрофагов
	Т-лимфоцитов
12	К фагоцитирующим клеткам относят
	моноциты
	Т-лимфоциты
	тучные клетки
	) плазмоциты
	нормальные киллеры
13	К показателям гуморального иммунитета относят
	уровни иммуноглобулинов А, М, G, Е
	параметры фагоцитоза
	реакцию бласттрансформации лейкоцитов
	реакцию розеткообразования
	количество нормальных киллерных клеток (СД 16).
14	К иммунодефицитным состояниям относится
	синдром Альпорта
	синдром Луи-Бар (атаксия-телеангиоэктазия)
	синдром Марфана
	синдром де Тони-Дебре-Фанкони
	синдром Элерса-Данлоса
15	На внутриутробную инфекцию у новорожденных 5-ти дней указывает
	количество лейкоцитов 15000 х 1О9/л
	увеличение Ig M
	количество лимфоцитов 50%
	увеличение IgG
	количество нейтрофилов 7000 х 109/л
16	Основным фактором, предрасполагающим к развитию пищевой аллергии, является
	сниженный уровень S Ig A
	заболевание органов желудочно-кишечного тракта
	искусственное вскармливание
	атопические заболевания у матери и отца

17	Искусственное вскармливание ребенка первого года жизни тяжелой формой атопического дерматита целесообразно проводить
	адаптированными смесями на основе козьего молока
	соевыми смесями
	смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки
	кисломолочными смесями
	высоко гидролизованными смесями
18	Для энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом Кок-саки характерно осложнение
	хориоретинит
	катаракта
	миокардит
	геморрагический синдром
	стоматит
19	Конъюнктивит чаще всего наблюдается при внутриутробной инфекции
	токсоплазмоз
	хламидиоз
	микоплазмоз
	цитомегалия
	герпес
20	Заболевание сахарным диабетом матери влияет на состояние инсулярного аппарата у плода
	тормозит функцию клеток инсулярного аппарата
	активизирует клетки инсулярного аппарата
	приводит к атрофии инсулярного аппарата
	приводит к образованию антиинсулярных антител
	не оказывает никакого влияния
21	При врожденном сифилисе у плода поражается в первую очередь
	кожа и слизистые оболочки
	кости
	печень
	центральная нервная система
	почки
22	У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самым частым вариантом поражения ЦНС является
	субдуральное кровоизлияние
	перивентрикулярное кровоизлияние
	отек мозга
	перивентрикулярная лсйкомаляция
	менингоэнцефалит
23	После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции может появиться папула через
	1 неделю
	2-3 недели
	4-6 недель
	2-3 месяца
	4-6 месяцев
24	Большое количество нейтрального жира в копрограмме обнаруживается
	при лактазной недостаточности

	при муковисцидозе
	при экссудативной энтеропатии
	при галактоземии
	при целиакии
25	При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток следует исключить в первую очередь
	родовую травму ЦНС
	порок развития головного мозга
	метаболические нарушения
	гнойный менингит
	вирусный энцефалит
26	При фиброэластозе чаще всего поражается
	левый желудочек
	левое предсердие
	правый желудочек
	правое предсердие
	все отделы
27	Патогномоничным симптом для адреногенитального синдрома у новорожденной девочки является
	рвота с рождения
	гинекомастия
	вирильные наружные гениталии с пигментацией
	мраморный рисунок кожи
	диарея
28	При дисахаридазной недостаточности характерен стул
	гомогенный, желтый, со слизью
	жидкий, жирный, зловонный
	водянистый, кислый, пенистый
	обильный, замазкообразный, ахоличный
	жидкий со слизью и зеленью
29	Основная причина физиологической желтухи новорожденного
	гемолиз
	недостаточная глюкуронизация
	сгущение крови
	холестаз
	гипогликемия
30	Главным мероприятием при напряженном пневмотораксе является
	интубация и искусственное дыхание
	положение на пораженной стороне
	активная кислородотерапия
	возвышенное положение
	плевральная пункция и дренаж
31	При остром пиелонефрите у детей грудного возраста ведущим признаком будет
	общая интоксикация
	дизурические явления
	синдром срыгивания
	субфебрилитет

	болевой синдром
32	Объем мочевого пузыря у новорожденного составляет
	5-10 мл
	10-30 мл
	30-50 мл
	50-100 мл
	100-150 мл
33	Для выявления междолевого выпота показана
	томография;
	боковой снимок
	плевральная пункция
	прямая рентгенограмма
	бронхоскопия
34	Обструктивным легочным заболеванием является
	экзогенный аллергический альвеолит
	эозинофильная пневмония
	фиброзирующий альвеолит
	бронхиальная астма
	хроническая пневмония
35	При лечении пневмоцистной пневмонии целесообразно использовать
	триметоприм/сульфаметоксазол (ко-тримоксазол)
	макролиды
	защищенные пенициллины
	цефалоспорины 3-го поколения
	карбопенемы
36	Оптимальные сроки назначения антибиотиков при пневмонии до
	нормализации температуры
	полного рассасывания инфильтрата в лёгком
	нормализации СОЭ
	4-5 дней стойкой нормальной температуры тела
	ликвидации токсикоза
37	Более быстрое диуретическое действие оказывает
	гипотиазид
	лазикс
	диакарб
	верошпирон
	триампур
38	Из перечисленных пороков протекает с артериальной гипертензией
	стеноз легочной артерии
	стеноз аорты
	коарктация аорты
	дефект межпредсердной перегородки
	дефект межжелудочковой перегородки
39	Ребенка с впервые выявленной частой экстрасистолией следует
	оставить дома, назначить постельный режим и противоревматическую терапию
	ограничить физические нагрузки
	оставить под наблюдением, назначить пропранолол внутрь

	госпитализировать для обследования
	назначить дома цитохром С, актовегин
40	При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести
	рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с проведением водно-сифонной пробы
	гастрофибродуоденоскопию
	внутрижелудочную pH-метрию
	рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием
	УЗИ желудка
41	Для эзофагита характерно
	боли за грудиной
	метеоризм
	жидкий стул
	запоры
	тошнота
42	При кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на
	сахар
	билирубин
	МНО
	креатинин
	СРБ
43	Для халазии кардии характерен следующий симптом
	боли в правом подреберье
	запоры
	боли натощак в эпигастрии
	рецидивирующая рвота
	метеоризм
44	Для ахалазии пищевода характерна
	рвота непереваренной пищей
	рвота с примесью желчи
	срыгивание через 1 час после еды
	рвота переваренной пищей
45	Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием
	язвенной болезни
	гастроэзофагорефлюксной болезни
	панкреатита
	гастрита
	желчнокаменной болезни
46	Селективность протеинурии определяют для оценки состояния
	петли Генле
	эпителия дистальных канальцев
	мембраны клубочков
	эпителия проксимальных канальцев
	всего перечисленного
47	Допустимое количество остаточной мочи в мочевом пузыре у ребенка 10 лет составляет
	не более 10 мл
	до 20-30 мл

	до 40-50 мл
	До 100 мл
48	При внезапно возникшей макрогематурии исследования целесообразно начать с
	ультразвукового исследования мочевой системы
	радионуклидного исследования почек
	цистографии
	ангиографии
	компьютерной томографии
49	Гипергаммаглобулинемия характерна для
	гломерулонефрита с нефротическим синдромом
	волчаночного нефрита
	острого постстрептококкогого гломерулонефрита
	тубулоинтерстициального нефрита
	пиелонефрита
50	Ингибитором синтеза ангиотензина-II является
	пропранолол
	верапамил
	эналаприл
	нифедипим
	лозартан
51	Из осложнений острого гломерулонефрита с нефритическим синдромом чаще наблюдается
	гипертоническая энцефалопатия
	отек легких
	кровотечение
	сердечная недостаточность
	абдоминальный криз
52	Для гипертонической энцефалопатии характерны
	сердечная недостаточность
	нарушение сердечного ритма
	судороги, потеря сознания
	одышка, хрипы в легких
	анасарка
53	При использовании венозных катетеров наиболее частым осложнением является
	травма катетером сердца
	флебит
	эмболия
	пневмоторакс
	сепсис
54	При лечении больных с подсвязочным отеком голосовых связок лучший эффект дает применение
	диуретиков
	гормонов
	симпатомиметиков
	парокислородных ингаляций
	ингаляционных b-2-агонистов
55	Наиболее простой метод определения баланса воды в организме при проведении инфузионной терапии заключается

	в регулярном взвешивании ребенка
	в измерении почасового диуреза
	в сборе суточной мочи
	в определении величины гематокрита
	в определении ОЦК
56	При отравлении бледной поганкой развивается
	судорожный синдром
	отек легких
	острая почечная недостаточность
	острая печеночная недостаточность
	геморрагический синдром
57	В первые часы после отравления кислотами промывание желудка целесообразнее проводить
	4 % раствором гидрокарбоната натрия
	2 % раствором окиси магния
	теплой водой
	0,1 % раствором марганцевокислого калия
	раствором Рингера
58	У ребенка при отравлении неизвестной этиологии промывать желудок следует
	чистой водой
	раствором марганца
	раствором соды
	водой с добавлением активированного угля
	раствором соляной кислоты
59	Наиболее частой причиной генерализованных судорог у детей раннего возраста являются
	гнойный менингит
	острое отравление
	энцефалитические реакции при вирусных инфекциях
	эпилепсия
	травма головного мозга
60	При эффективном непрямом массаже сердца может отсутствовать
	пульс на периферических сосудах
	пульс на крупных артериях
	сужение зрачков
	улучшение цвета кожи и слизистых
	восстановление работы сердца
61	Для респираторно-синцитиальной инфекции наиболее характерным синдромом является
	судорожный синдром
	круп
	бронхиолит
	диарея
	лимфаденопатия
62	Наиболее характерным для парагриппа синдромом является
	судорожный синдром
	лимфаденопатия
	диарея
	геморрагический синдром
	круп

63	Зрелый тип мочеиспусканий формируется у ребенка в возрасте
	1,5-2 года
	2-3 года
	3-4 года
	5-6 лет
65	Наиболее частой причиной возникновения расстройств мочеиспускания неорганического генеза у детей является
	задержка созревания нервной системы
	гипоталамо-гипофизарная дисфункция
	психологические проблемы и стресс
	недостаток антидиуретического гормона
	неблагоприятная наследственность
66	Энурезом считается
	непроизвольное мочеиспускание во время сна
	недержание мочи в дневное время
	недержание мочи только ночью
	недержание мочи днем и ночью
67	Наиболее частым клиническим синдромом расстройств мочеиспускания у детей является
	дисфункциональное мочеиспускание
	моносимптомный энурез
	гиперактивный мочевой пузырь
	гипоактивный мочевой пузырь
	недержание мочи при смехе
68	Емкость мочевого пузыря у ребенка в 5 лет составляет
	50-100 мл
	70-120 мл
	80- 160 мл
	100-200 мл
	120-250 мл
69	У ребенка школьного возраста поллакиурией считается частота мочеиспусканий более
	5 раз в сутки
	7 раз в сутки
	8 раз в сутки
	10 раз в сутки
70	Наиболее частой формой герпеса у старших детей и взрослых является
	офтальмогерпес
	поражение кожи и слизистых
	стоматит
	энцефалит
	генерализованная форма.
71	Среди впервые выявляемых больных наиболее распространена клиническая форма туберкулеза легких
	очаговый
	инфильтративный
	фиброзно-кавернозный
	кавернозный
	милиарный

72	Развитие активного туберкулеза у человека, инфицированного МВТ, могут спровоцировать
	антибиотики широкого действия
	усиливающие диурез препараты
	кортикостероиды
	гемотрансфузии
	анаболические гормоны
73	Маркером качественно проведенной вакцинации БЦЖ является
	поствакцинный кожный знак
	подмышечный лимфаденит
	папула
	пустула
	отметка о прививке в документации
74	Первые симптомы малабсорбции при лактазной недостаточности появляются
	сразу после рождения
	с введением прикорма
	при переводе на искусственное вскармливание
	при введении сока
75	Кислая диарея характерна для
	непереносимости коровьего молока
	лактазной недостаточности
	муковисцедоза
	целиакии
76	Лактазная недостаточность сопровождается повышенной экскрецией в кале
	общего количества углеводов
	глюкозы
	лактозы
	фруктозы
77	Развитие клинических признаков целиакии связано с употреблением
	фруктов
	хлеба
	рисовой каши
	молока
	мяса
78	При водянистой диарее преимущественно поражается
	тонкая кишка
	толстая кишка
	желудок
	12-перстная кишка
79	Пневмонию у детей старшего возраста чаще вызывает
	стрептококк группы А
	золотистый стафилококк
	пневмококк
	гемофильная палочка
80	Красновато-коричневый цвет мокроты у детей отмечается при пневмонии
	интерстициальной
	очаговой
	сегментарной

	крупозной
81	Вирусная пневмония по форме чаще является
	крупозной
	деструктивной
	интерстициальной
	очаговой
82	Гипертермия и озноб в первые часы заболевания типичны для пневмонии
	хламидийной
	микоплазменной
	пневмоцистной
	пневмококковой
	грибковой
83	Продолжительность курса лечения азитромицином при лечении пневмонии составляет
	1-2 дня
	3 или 5 дней
	7-10 дней
	11-14 дней
	14-21 день
84	При лечении пневмонии, вызванной бета-лактамазпродуцирующими штаммами пневмококка, целесообразно использовать
	феноксиметилпенициллин
	амоксициллин, потенцированный клавулановой кислотой
	амоксициллин
	ампициллин
	азитромицин
85	При лечении микоплазменной пневмонии целесообразно использовать
	природные пенициллины
	макролиды
	полусинтетические пенициллины
	цефалоспорины 1-го поколения
	аминогликозиды
86	Рестриктивный синдром (уменьшение объёма и растяжимости лёгких) наиболее характерен для
	синдрома Мунье - Куна
	туберкулёза
	синдрома Хаммана - Рича
	гемосидероза
87	У ребёнка 2 лет с рецидивирующими пневмониями и нарушениями стула (стеатореей) можно предположить
	целиакию
	муковисцидоз
	пневмоцистоз
	ретикулогистиоцитоз
88	Незаращение овального окна считается пороком с
	с момента рождения
	с 1 мес жизни
	с 6 мес жизни
	с 1 года жизни

89	Артериальная гипертензия чаще всего наблюдается при
	системной красной волчанке
	геморрагическом васкулите
	при узелковом полиартериите
	при открытом артериальном протоке
	аортальной недостаточности
90	Высокую гипертензию чаще обусловливает
	порок развития сосудов почки
	пиелонефрит
	удвоение чашечно-лоханочной системы
	наследственный нефрит
	вегетодистония
91	При поствирусном миокардите с недостаточностью кровообращения следует назначить
	кофеин
	кордиамин
	дигоксин
	индерал (анаприлин)
	капотен
92	Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации со сниженными функциональными возможностями относятся к группе здоровья
	первой
	второй
	третьей
	четвертой
93	Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохранением функциональных возможностей организма относятся к группе здоровья
	первой
	второй
	третьей
	четвертой
94	Дети с синдромом преждевременного возбуждения желудочков на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению
	ревматизма
	гипертрофической кардиомиопатии
	пароксизмальной тахикардии
	перикардита
	поствирусного миокардита
95	Уровень гемоглобина в крови у детей при тяжелой степени анемии снижается ниже (г/л)
	110
	90
	70
	50
96	Легкой степени анемии соответствует уровень гемоглобина (г/л)
	120-100
	115-95

	110-90
	100-80
97	Незрелые формы кроветворных клеток, анемия, тромбоцитопения выявляются в периферической крови большинства детей с
	острым лейкозом
	геморрагическим васкулитом
	гемолитической анемией
	тромбоцитопатиями
	тромбоцитопениями
98	Основным методом в диагностике лейкоза у детей является
	анализ периферической крови
	коагулограмма
	биохимическое исследование крови
	пункция костного мозга
99	Основным методом лечения детей с геморрагическим васкулитом является применение
	гепарина
	аскорбиновой кислоты
	аминокапроновой кислоты
	ампиокса
100	Детский хирург и педиатр одновременно наблюдают детей с геморрагическим васкулитом при
	простой форме
	абдоминальном синдроме
	почечном синдроме
	кожно-суставной форме
101	При гемофилии А следует вводить гемопрепарат
	прямое переливание крови от матери
	концентрат VIII фактора
	прямое переливание крови
	переливание крови длительного хранения
	«отмытые» эритроциты
102	При лечении ребенка с гемофилией все препараты вводятся только
	внутривенно
	внутримышечно
	подкожно
	внутрикожно
103	Боль любой локализации, а тем более кровотечение у детей с гемофилией показание к немедленному введению
	анальгетических средств
	кровезаменителей
	кальцийсодержащих препаратов
	концентрированных антигемофильных препаратов
104	Маточные кровотечения у девочек старшего возраста отмечаются при
	алиментарных анемиях
	гемофилии
	тромбоцитопенической пурпуре
	геморрагическом васкулите

105	Для скрининг-диагностики желчнокаменной болезни используют
	УЗИ органов брюшной полости
	гепатобилисцинтиграфию
	магнитно-резонансную томографию
	обзорный снимок брюшной полости
106	Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным является
	гастрофибродуоденоскопия
	рентгенография ЖКТ с барием
	исследование кала на скрытую кровь
	анализ крови
	внутрижелудочная pH-метрия
107	Наличие изжоги свидетельствует о
	забросе желудочного содержимого в пищевод
	повышении кислотности желудочного содержимого
	диафрагмальной грыже
	язвенной болезни желудка
	гастродуодените
108	Парапроктиты характерны для
	неспецифического язвенного колита
	болезни Крона
	целиакии
	дизентерии
109	Появление у ребенка среди полного здоровья стула с примесью крови и слизи, одновременно с болями в животе характерно для
	ротавирусной инфекции
	неспецифического язвенного колита
	алиментарной диспепсии
	аскаридоза
110	Ректальное выделение крови – наиболее постоянный признак при
	лямблиозе
	диарее путешественников
	неспецифическом язвенном колите
	хроническом запоре
111	Наиболее важными факторами развития желчнокаменной болезни у детей являются
	высококалорийное нерегулярное питание
	наследственные факторы
	ожирение, сахарный диабет
	застой желчи, воспаление
112	Для печеночной колики у детей характерны
	интенсивные острые боли в правом подреберье, выраженное беспокойство ребенка
	интенсивные острые боли в правой подвздошной области, выраженное беспокойство ребенка
	кинжальные боли в области эпигастрия, выраженное беспокойство ребенка
	схваткообразные боли по всему животу
113	Для улучшения обменных процессов гепатоцитов ребенку с хроническим гепатитом назначают
	мембраностабилизатор
	интерферон
	преднизолон

	эссенциале форте
	левамизол
114	Лабораторным показателем синдрома холестаза является
	гиперхолестеринемия
	гиперфибриногенемия
	диспротеинемия
	гипертрансаминаземия
115	Для острого холецистита у детей характерны клинические симптомы
	боли в животе, жидкий стул, метеоризм
	боли в правом подреберье, симптомы токсикоза, тошнота
	боли в эпигастрии, тошнота, изжога
	опоясывающие боли, повторная рвота
116	К препаратам, увеличивающим образование желчи в печеночной клетке относятся
	холеретики
	холекинетики
	холеспазмолитики
	гепатопротекторы
117	Гипокинетическая форма дисфункции желчного пузыря характеризуется
	острой приступообразной болью в животе через 20 мин после еды
	острой приступообразной болью в животе через 30-40 мин после еды
	тупой болью в правом подреберье 1-1,5 ч. после приема пищи
	тупой болью в правом подреберье 30-40 мин после приема пищи
118	Для гиперкинетической формы дисфункции желчного пузыря характерно
	острая приступообразная боль в животе сразу после еды
	острая приступообразная боль в животе через 30-40 мин после еды
	тупая боль в правом подреберье 1-1,5 ч. после приема
	острая приступообразная боль в животе через 30-40 мин после еды
119	Для диагностики типа дисфункции желчного пузыря наиболее важными являются результаты
	биохимического анализа крови
	УЗИ брюшной полости с оценкой показателя двигательной функции желчного пузыря
	холецистографии
	ретроградной холангиопанкреатографии
120	Для острого холецистохолангита у детей характерна боль в правом подреберье
	быстропроходящая, непостоянная
	сильнейшая с иррадиацией в правое плечо, лопатку
	тупая, умеренной интенсивности
	ноющая, распирающая
121	Боли опоясывающего характера с иррадиацией в левую половину грудной клетки у ребенка характерны для
	острого панкреатита
	острого холецистохолангита
	хронического активного гепатита
	желчной колики
122	В биохимическом анализе крови у детей с острым панкреатитом характерно повышение уровня
	глюкозы
	холестерина

	билирубина
	амилазы
	аланинаминотрансферазы
123	Определение содержания эластазы-1 в кале является диагностически значимым при
	лактазной недостаточности
	шигеллезе
	сальмонеллезе
	заболеваниях поджелудочной железы
124	Препаратом выбора с целью блокады секреторной функции ПЖ является
	дротаверин
	октреотид
	индометацин
	азитромицин
125	Для снятия спазма сфинктера Одди при остром панкреатите показан
	дротаверин
	лактулоза
	индометацин
	азитромицин
126	Зуд в перианальной области, как основной симптом гельминтоза у детей, характерен для
	энтеробиоза
	описторхоза
	аскаридоза
	трихоцефалеза
127	Недомогание, снижение аппетита, анемия, аллергические реакции, эозинофилия у детей характерны для
	энтеробиоза
	аскаридоза
	описторхоза
	большинства гельминтозов
128	Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о
	нарушении обмена кальция
	нарушении обмена щавелевой кислоты
	атопическом дерматите
	нарушении обмена пуринов
	нарушении обмена цистина
129	Показанием к биопсии почки является
	единственная почка
	поликистоз почек
	туберкулез почек
	гормонорезистентный нефротический синдром
	острый постстрептококковый гломерулонефрит
1	**Вопросы с множественным выбором**
1	Для галактоземии характерны следующие клинические симптомы:
	катаракта
	желтуха

	увеличение печени
	рвота, диарея
	запор
2	Для болезни Вольмана характерны следующие клинические симптомы
	тубулопатия
	синдром мальабсорбции
	кальцификация надпочечников
	задержка психомоторного развития
	прогрессирующая гепатоспленомегалия
3	Для синдрома Марфана характерны следующие клинические симптомы
	арахнодактилия
	анкилоз суставов
	высокий рост
	низкорослость
	подвывих хрусталика
4	К патологическим типам дыхания относится
	Куссмауля
	Чейн-Стокса
	бронхиальное
	пуэрилльное
	везикулярное
5	Наиболее частые причины асфиксии у детей раннего возраста
	инородное тело
	стенозирующий ларингит
	бронхообструктивный синдром
	пневмония
	судороги
6	Рестриктивный тип дыхательной недостаточности вызывают:
	пневмоторакс
	пневмония
	бронхиолиты
	фиброзирующий альвеолит
	обструктивный бронхит
7	Наиболее частые причины возникновения запоров у детей
	частые респираторные вирусные инфекции
	подавление позыва на дефекацию
	непереносимость белка коровьего молока
	хроническая анальная трещина
	избыточное количество углеводов в рационе
8	Ведущими клиническим симптомами запоров являются
	плотный фрагментированный характер стула
	урчание по ходу толстой кишки
	боли в нижних отделах живота
	пальпирующиеся плотные каловые массы
	неустойчивый стул
9	Типы язвенного колита по локализации подразделяют на
	проктит
	левосторонний колит
	диффузный колит

	тотальный колит
10	Физиологической функцией кашля является
	восстановление проходимости дыхательных путей
	восстановление мукоцилиарного клиренса
	поддержание газового состава крови
	сохранение ФЖЕЛ
11	Влажный продуктивный кашель характерен для
	бронхиальной астмы
	плеврита
	бронхита
	муковисцидоза
	трахеита
12	К лабораторным критериям системной красной волчанки относятся
	АСЛ-О
	волчаночные клетки
	антитела к двуспиральной ДНК
	лейкопения
	гипогаммаглобулинемия
13	Для суставного синдрома при ювенильном идиопатическом артрите характерно
	продолжительность артрита более 6 недель
	продолжительность артрита 3 месяца и более
	симметричное поражение мелких суставов
	контрактура сустава
	тендосиновиит или бурсит
	гемартроз
14	CREST – синдром при системной склеродермии включает
	кальциноз
	кератоз
	эзофагит
	телеангиэктазии
	склеродактилию
	ретинопатию
	феномен Рейно
15	В терапии отека Квинке используют
	преднизолон
	клемастин
	эпинефрин
	неостигмина метилсульфат
	диазепам
16	В терапии розового типа лихорадки используют
	диазепам
	нестероидные противовоспалительные препараты
	хлорпромазин
	нимесулид
	физические методы охлаждения
17	Для купирования лихорадки бледного типа применяют
	нестероидные противовоспалительные препараты

	хлорпромазин
	полусинтетические пенициллины
	дантролен
	спазмолитики
18	При атрезии желчных путей в течение 1 месяца жизни ребенка отмечаются
	срыгивания
	желтуха с первых дней жизни
	нарастающая гепатоспленомегалия
	неокрашенный стул
	окрашенный стул
19	К гепатопротекторам относятся
	урсодезоксихолевая кислота
	эзомепразол
	артишока листьев экстракт
	домперидон
	адеметионин
20	К гепатотоксичным препаратам относятся
	парацетамол
	витамин Д3
	гепарин натрия
	метотрексат
	вальпроевая кислота
21	Кардиомиопатии классифицируются по следующим фенотипам
	гипертрофический
	гипертензионный
	рестриктивный
	циркулятрный
	дилятационный
22	При целиакии исключают из рациона
	пшеницу
	рис
	овес
	рожь
	ячмень
	просо
23	Характерными клиническими признаками при целиакии являются
	диарея у детей раннего возраста
	гепатомегалия
	артериальная гипертензия
	задержка физического развития
	анемия
	запоры у детей старшего возраста
24	При муковисцидозе используют следующие смеси
	Mead Johnson Nutrition Pregestimil Lipil
	Nutrilon (Nutricia) Пепти Аллергия
	Семпер Лемолак (Semper Lemolak)
	Similac Комфорт
	Nestle Alfare Allergy

25	Для синдрома Картагенера характерны
	первичная легочная гипертензия
	обратное расположение внутренних органов
	бронхоэктазы
	хронические синуситы
	гепатоспленомегалия
26	Для идиопатического гемосидероза легких характерны
	кашель
	одышка
	бронхоэктазы
	обратное расположение внутренних органов
	анемия
27	Для первичной легочной гипертензии характерны
	артериальная гипертензия
	одышка при физической нагрузке
	цианоз
	полицитемия
	обратное расположение внутренних органов
28	Междолевой сухой плеврит характеризуется
	отсутствием клинических проявлений
	сухим болезненным кашлем
	диагностируется лишь при рентгенологическом исследовании
	выраженным ограничением подвижности легочного края
29	Дифференциальный диагноз фибринозного плеврита проводят с
	эзофагитом
	межреберной невралгией
	крупозной пневмонией
	холециститом
	стенозирующим ларингитом
30	Для оценки функции почек используют
	определение креатинина сыворотки крови
	общий анализ мочи
	определение мочевины сыворотки крови
	анализ мочи по Нечипоренко
	пробу Зимницкого
31	Последствиями постоянной кристаллурии могут быть
	гломерулонефрит
	пиелонефрит
	мочекаменная болезнь
	хронический тубулоинтерстициальный нефрит
	паранефральный абсцесс
32	Для лечения тахиаритмий применяют
	калия и магния аспарагинат
	каптоприл
	нимесулид
	амиодарон
	пропафенон
33	К симптомам полной атриовентрикулярной блокады относятся

	резкая брадикардия
	гипотония
	тахикардия
	потеря сознания
	резкое возбуждение
34	Для гломерулонефрита с нефротическим синдромом характерно
	макрогематурия
	протеинурия более 3 г/л
	гиперлипидемия
	стойкая артериальная гипертензия
	гипопротеинемия
35	Для гломерулонефрита характерны синдромы
	мочевой
	геморрагический
	отечный
	гипертензионный
	дизурический
36	Для гемолитического криза при наследственном сфероцитозе характерны
	диарея
	энцефалопатия
	бледность
	желтуха
	лихорадка
37	Для болезни Минковского- Шоффара характерны
	Гипохромная анемия
	Нормохромная анемия
	ретикулоцитоз
	микросфероцитоз
	прямая гипербилирубинемия
38	К противовирусным препаратам относятся
	тилорон
	циклоспорин
	инозин пранобекс
	меглюмина акридонацетат
	цефтриаксон
39	При геморрагическом васкулите Шенлейна- Геноха выделяют синдромы
	кожный
	суставной
	почечный
	легочный
	абдоминальный
40	Для острого гипервитаминоза Д характерны
	гипергидроз
	рвота
	отказ от еды
	лихорадка
	мышечная гипотония

41	Общими противопоказаниями для назначения физиотерапевтического лечения являются
	злокачественные образования
	ранний возраст
	активная фаза воспаления
	ожирение
	лихорадка
42	Продолжительность жизни при сахарном диабете зависит от
	наличия осложнений
	длительности заболевания
	уровня гликированного гемоглобина
	остаточной секреции инсулина
	дозы инсулина
43	К инсулинзависимым тканям относятся
	жировая ткань
	мышечная ткань
	миокард
	головной мозг
	почечная паренхима
44	К симптомам, характерным для врожденного гипотиреоза, относятся
	гипотермия, брадикардия
	макроглосия
	гипертермия
	одышка
	затянувшаяся неонатальная желтуха
45	К симптомам, характерным для тиреотоксикоза у подростков, относятся
	агрессивность
	эмоциональная лабильность
	апатия
	сонливость
	выраженная утомляемость
	тахикардия
46	Анатомическими признаками тетрады Фалло являются
	стеноз легочной артерии
	стеноз аорты
	транспозиция аорты
	гипертрофия миокарда
	дефект межжелудочковой перегородки
	дефект межпредсердной перегородки
47	Для хореи характерны
	гиперкинезы
	периферические парезы
	мышечная гипотония
	гиперрефлексия
	энурез
48	Соматические мутации клеток-предшественниц кроветворения вызывают
	радиационное облучение
	пыльцевые аллергены
	паразитарные инфекции

	онковирусы
	эндо - и экзоканцерогены
	радиационное облучение
	пыльцевые аллергены
	паразитарные инфекции
49	К методам лечения острого лимфобластного лейкоза относят
	химиотерапию
	сопроводительную терапию
	интерферонотерапию
	трансплантацию костного мозга
	биологические активные добавки
50	Формирование вторичных половых признаков у девочек начинается с
	увеличения молочных желез
	лобкового оволосения
	менархе
	формирование овуляторных циклов
	усиление активности сальных и потовых желез
51	Для новорожденных с сольтеряющей формой адреногенитального синдрома характерны
	жидкий стул
	запоры
	упорная рвота
	дистальные отеки
	позднее отхождение мекония
52	Для сольтеряющей формы адреногенитального синдрома характерно
	преждевременное половое развитие
	сухость кожных покровов, жидкий стул
	упорная рвота фонтаном, не связанная с приемом пищи
	артериальная гипертензия
	крипторхизм
53	К клиническим синдромам при пиелонефрите относятся
	фебрилитет
	мочевой синдром
	геморрагический синдром
	синдром артериальной гипертензии
	боли в поясничной области
54	Признаками очагового уплотнения легочной ткани являются
	крепитация
	усиление голосового дрожания
	ослабленное везикулярное дыхание
	притупление перкуторного звука
	коробочный оттенок перкуторного звука
55	Механизм бронхиальной обструкции при бронхиальной астме обусловлен
	бронхоспазмом
	гиперсекрецией слизи бронхиальных желез
	компрессией из вне
	воспалением слизистой стенки бронхов
	снижением растяжимости альвеол

56	Антихеликобактерным действием обладают следующие препараты
	омепразол
	висмута трикалия дицитрат
	кларитромицин
	метронидазол
	алгелдрат + магния гидроксид
57	Осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей являются
	пенетрация
	перфорация
	мальдигестия
	мальабсорбция
	кровотечение
58	Тюбажи по Демьянову с минеральной водой используются при
	желчекаменной болезни
	дискинезии желчевыводящих путей
	некалькулезном холецистите
	язвенной болезни
1	**Вопросы с множественным выбором**
1	Основными критериями диагностики синдрома раздраженного кишечника (Римские критерии lV) являются
	история заболевания имеет место на протяжении 12 нед. в течение 12 мес
	наличие болей в животе, связанных с дефекацией
	начало заболевания связано с изменением характера стула
	начало заболевания связано с изменением частоты стула
	характерная симптоматика должна быть не реже 3 дней в месяц в течение последних 3 месяцев
	рецидивирующая абдоминальная боль по крайней мере 1 день в неделю за последние 3 месяца
2	При наследственном нефрите у ребенка часто выявляются
	тугоухость
	патология суставов
	изменения со стороны глаз
	олигофрения
	врожденные пороки сердца
3	К группе хромосомных заболеваний относятся
	болезнь Дауна
	синдром Альпорта
	синдром Шерешевского-Тернера
	синдром Патау
	синдром Эдварса
4	Для вирильной формы адреногенитального синдрома у девочек характерны
	увеличение клитора и половых губ
	костный возраст опережает паспортный
	в моче увеличено содержание 17-кетостероидов
	гепатоспленомегалия
	гипертрихоз
5	Для болезни гиалиновых мембран характерны
	цианоз
	тахипноэ с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры
	метаболический ацидоз
	гипокапния и гипероксемия

	дыхательная недостаточность
6	Возникновению срыгиваний у новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании, способствуют
	короткий пищевод
	недостаточное развитие кардиального отдела желудка
	недостаточное развитие пилорического отдела желудка
	относительный гипертонус пилорического отдела желудка
	физиологический дефицит ферментов
7	К реактивным состояниям новорожденных относятся
	физиологическая эритема
	милия
	мелена
	вагинальное кровотечение
	нагрубание молочных желез
8	Для паротитной инфекции характерны
	панкреатит
	поражение субмандибулярной и сублингвальной желез
	энцефалит
	нефрит
	орхит (или аднексит)
9	Для экссудативного плеврита характерны
	ослабление дыхания
	бронхиальный тип дыхания
	притупление перкуторного звука
	ослабленное голосовое дрожание
	усиление голосового дрожания
	шум трения плевры
10	Для гемолитико-уремического синдрома характерны
	анемия
	прямая гипербилирубинемия
	непрямая гипербилирубинемия
	тромбоцитопения
	олигурия
	азотемия
11	Для муковисцидоза характерны
	полифекалия
	мекониальный илеус
	гипернатриемия
	стеаторея
	ателектазы
12	При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются
	одышка и непереносимость физической нагрузки
	повторные пневмонии
	акцент второго тона на легочной артерии
	судороги
	тахикардия

13	Нестероидные противовоспалительные препараты рекомендуются при
	ревматизме
	ревматоидном артрите
	болезни Верльгофа
	посттравматическом артрите
	реактивном артрите
14	Применение стероидных (гормональных) противовоспалительных препаратов может вызвать
	усиление тромбообразован
	повышенную кровоточивость
	повышение артериального давления
	возникновение язвы в желудочно-кишечном тракте
	гипергликемию
	гиперкалиемию
15	При отеке легких наблюдаются
	одышка
	ортопноэ
	большое количество влажных хрипов в легких
	учащенное мочеиспускание
	задержка мочеиспускания
16	К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности относятся
	бледность кожных покровов
	нитевидный пульс
	падение артериального давления
	артериальная гипертензия
	гиперемия кожи
	одышка
17	Для недостаточности привратника характерны
	боли в эпигастрии во время еды
	позыв на дефекацию во время еды
	разжижение стула
	рвота без примеси желчи
	запоры
18	Причинами гипохромной анемии являются
	дефицит железа
	нарушение порфиринового обмена
	дефицит фолиевой кислоты
	дефицит витамина В12
	гемолиз
19	К основным причинам дефицита железа относятся
	алиментарный дефицит
	нарушение обеспечения железом плода при внутриутробном развитии
	кровопотеря
	гемолиз
	синдром нарушенного всасывания
20	Причинами нарушения трансплацентарного перехода железа являются
	внутриутробная инфекция
	гестоз
	разные группы крови у матери и плода

	отслойка плаценты
	угроза прерывания беременности
21	К клиническим признакам железодефицитной анемии относятся
	бледность кожи и слизистых оболочек
	систолический шум на верхушке сердца
	спленомегалия (у ребенка старше 1 года)
	дистрофические изменения кожи, волос, зубов
	койлонихии
22	Признаками начального периода гемобластозов являются
	немотивированные подъемы температуры
	оссалгии
	деформация суставов
	увеличение лимфоузлов
	общая слабость
23	Спленомегалия характерна для
	гепатита
	сепсиса
	бруцеллеза
	железодефицитной анемии
	врожденного сифилиса
24	Спленомегалия характерна для
	ветряной оспы
	инфекционного мононуклеоза
	болезни кошачьих царапин
	цитомегалии
	токсоплазмоза
25	Для непереносимости белков коровьего молока характерно
	появление диареи при грудном вскармливании
	кожные проявления аллергии
	появление диареи после введения коровьего молока
	обнаружение в крови специфических АТ к белкам коровьего молока
	стеаторея
26	Наиболее часто вызывают пищевую аллергию овощи
	кабачки
	огурцы
	томаты
	морковь
	капуста
27	Отдаленными последствиями избыточного потребления белка ребенком в первые месяцы жизни являются
	инсулиннезависимый сахарный диабет
	диффузно-токсическийзоб
	синдромадефицитавнимания
	метаболическийсиндром
28	Диарея характерна для
	гриппа
	ротавирусной инфекции

	цитомегаловирусной инфекции
	аденовирусной инфекции
29	Клиническими эквивалентами гипокалиемии у детей с эксикозомII степени являются
	жажда
	адинамия
	брадикардия
	парез кишечника
30	Принципами диетотерапии при ОКИ у детей раннего возраста являются
	дозированное кормление
	водно-чайная пауза
	использование низколактозных смесей
	использование адаптированных кисломолочных смесей
31	Характерными нарушениями, возникающими при белковой недостаточности, являются
	развитие жировой инфильтрации печени
	изменение химического состава и морфологического строения костей
	изменения в эндокринных железах и понижение их функциональной способности
	снижение иммунобиологической реактивности организма
32	Концентрационную функцию почек характеризуют
	проба Зимницкого
	белок и белковые фракции
	относительная плотность мочи
	осмолярность мочи
	электролиты крови
33	Фильтрационную способность почек характеризуют
	клиренс эндогенного креатинина
	креатинин крови
	уровень мочевины крови
	осмолярность мочи
	селективность протеинурии
34	Активность воспалительного процесса отражают биохимические показатели
	белковые фракции
	щелочная фосфатаза
	С-реактивный белок
	электролиты крови
	фибриноген крови
35	Осложнениями острого гломерулонефрита являются
	почечная недостаточность
	гипертоническая энцефалопатия
	тромботические осложнения
	снижение слуха
	недостаточность кровообращения
36	Для больных волчаночной нефропатией характерно наличие
	пневмонии
	кожного синдрома
	полисерозита
	быстропрогрессирующего нефрита

	лейкопении
37	Терапия дыхательной недостаточности, сопровождающей бронхообструкцию у больного ОРЗ, включает
	улучшение бронхиального дренажа с помощью муколитических средств и повторных ингаляций с бронхолитическими препаратами, массаж
	кислородотерапию
	массивную инфузионную терапию
	применение бронхолитических препаратов
	парентеральное введение глюкокортикоидов, дезагрегантов

Вопросы к собеседованию

1. Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи новорожденным детям.
2. Организация медицинской помощи новорожденным детям в условиях стационара. Основная медицинская документация.
3. Неонатальные кардиологические, биохимические и аудиологические скрининговые исследования. Профилактическая вакцинация новорожденных детей.Становление биоценоза в неонатальном периоде.
4. Энтероколиты, кандидомикоз у новорожденных.
5. Билирубиновый обмен в неонатальном периоде. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных детей. Фетальный гепатит.
6. Кислородный гомеостаз у новорожденных. Гипоксия плода и новорожденного. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.
7. Респираторный дисстресс синдром у новорожденных. Организация помощи. Алгоритм действий.
8. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных. Принципы реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС, роль кинезиотерапии.
9. Менингиты у новорожденных детей.
10. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных: локальные инфекции, сепсис. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний у недоношенных детей.
11. Анемии у новорожденных детей. Дифференциальный диагноз анемий. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика, лечение.
12. Внутриутробные инфекции плода и новорожденного.
13. Синдром рвоты и срыгиваний. Причины, клиника, принципы лечения. Постуральная терапия. Антирефлюксные смеси.
14. Инфузионная терапия и парентеральное питание в неонатальном периоде.
15. Метаболическая адаптация новорожденных, ее нарушения и методы коррекции.
16. Аномалии конституции. Экссудативно-катаральный диатез, аллергический диатез, лимфатикогипопластический диатез. Нервно-артритический диатез. Диагностика. Клинико-параклинические маркеры.
17. Естественное вскармливание, его роль в формировании здоровья.
18. Хронические расстройства питания.Белково-энергетическая недостаточность, гиповитаминозы. Диагностика, лечение, профилактика. Принципы лечебного питания.
19. Рахит, рахитоподобные заболевания. Диагностика, лечение, профилактика рахита.
20. Гипервитаминоз Д. Спазмофилия.
21. Анемии у детей раннего возраста. Классификация. Дефицитные анемии. Диагностика, лечение, профилактика.
22. Геморрагические диатезы у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кровоточивостью: тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, гемофилия. Лечение.
23. Острые респираторные заболевания у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Реабилитация часто болеющих детей.
24. Обструктивный бронхит и бронхиолит у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
25. Пищевая аллергия у детей раннего возраста. Клинические проявления, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
26. Атопические заболевания кожи у детей раннего возраста. Детская экзема, нейродермит. Диагностика, лечение, профилактика, дифференциальный диагноз.
27. Эндокринная патология у детей раннего возраста. Гипотиреоз, гипопаратиреоз. Адреногенитальный синдром. Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
28. Наследственные нарушения обмена углеводов и липидов. Клиника, лечение.
29. Аминоацидопатии. Клиника, лечение, профилактика.
30. Синдром рвоты и срыгивания у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз, лечение.
31. Запоры у детей раннего возраста. Клиника, лечение, профилактика.
32. Инфекция мочевыводящих путей детей раннего возраста. Клиника, диагностика, лечение, тактика наблюдения.

33. Пороки развития почек и мочевыводящих путей. Диагностика.

34. Тубулопатии у детей раннего возраста. Особенности клиники, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.

35. Врожденные пороки сердца. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз.

36. Реабилитация пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: этапы, принципы, международная классификация функционирования.

37. Показания для направления пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на медико-социальную экспертизу.

38. Нарушения сердечного ритма у детей и подростков. Механизмы возникновения. Нарушение функции автоматизма, возбудимости, проводимости. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

39. Кардиомиопатии. Классификация. Клинические проявления, диагностика. Особенности проявлений у подростков. Лечение, профилактика. Диспансеризация.

40. Критические и неотложные состояния в кардиологии детского возраста. Клиника. Диагностика. Методы лечения.

41. Первичные и вторичные артериальные гипертензии у детей и подростков. Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение.

42. Неревматические кардиты у детей и подростков. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кардиомегалией. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.

43. Инфекционный эндокардит. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль УЗИ в диагностике эндокардитов. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.

44. Сердечная недостаточность у детей Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Терапевтическое и хирургическое лечение

45. Бронхиальная астма у детей и подростков. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Современные подходы к диагностике. Критерии тяжести течения астмы. Лечение.

Ситуационные задачи

Задача 1

Девочка, Светлана Н., 1 год 10 месяцев, от здоровых родителей, от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом 1-ой половины, срочных родов, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. Закричала сразу. В детской поликлинике наблюдалась нерегулярно, так как часто была с матерью в деревне у бабушки. Девочка находилась на грудном вскармливании до 6 месяцев, затем переведена на искусственное. Ела с аппетитом, иногда срыгивала, стул был нормальный. Временами отмечалась вялость ребенка, повышенная потливость, особенно по утрам. В 4 месяца впервые появились судороги (замирание, вздрагивание). Получила курс лечения фенобарбиталом - без эффекта. В дальнейшем отмечалось 10 эпизодов "замираний", приступы повторялись в ранние утренние часы, после длительного перерыва в кормлениях.

Масса тела в возрасте 1 года – 8500 г, рост 72 см. Во время оформления ребенка в ясли у девочки выявлено резкое увеличение размеров живота, гепатомегалия (нижний край печени определялся на уроне гребней подвздошных костей), в связи с чем девочка была направлена в ДГБ№13 им. Н.Ф. Филатова. При осмотре в возрасте 1 года 10 месяцев масса тела ребенка 10500г., рост 74 см. Обращают на себя внимание: «кукольное лицо», короткая шея, увеличенный живот за счет гепатомегалии. Край печени выступает из-под реберной дуги на + 5 см по правой переднеаксиллярной, +6 см по правой среднеключичной, +6 см по правой парастернальной, +7,5 см по срединной, +7 см по левой парастернальной, +7см по левой среднеключичной линиям, плотноэластической консистенции. Кожные покровы обычной окраски, венозная сеть на передней брюшной стенке не выражена. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 уд/мин. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Маркеры гепатитов: отрицательные.

Общий анализ крови:

Дата	НВ (г/л)	Эр.(1012/л)	Лейк. (109/л)	С/я (%)	лимф (%)	мон. (%)	ТВ (109/л)	СОЭ мм/ч
10.09	120	4,2	9,0	29	60	8	194	5

Протеинограмма:

Дата	Общий белок (г/л)	Альбумины	Глобулины			
			α1	α2	β	γ
10.09	75	53 %	5,0 %	12 %	1 5 %	15 %

Биохимический анализ крови:

Дата	Мочевина	Мочев. к-та	Молочная к-та	АЛТ	АСТ	ГГТ	Глюкоза
Един.	мМ/л	мкМ/л	мМ/л	МЕ/л	МЕ/л	МЕ/л	мМ/л
Норма	2.5-6.4	210-420	1,0 – 1,7	5-40	5-42	5-35	3.3-5.5
10.09	3,9	141	2,8	137	224	127	2,9

Липидограмма:

Дата	Холестерин	Триглицериды	ЛПВП	ЛПОНП	ЛПНП
Един.	ММ/л	ММ/л	ММ/л	ММ/л	мМ/л
Норма	2.5 – 6.2	0.1 – 2.2	0.7 – 2.3	До 1.0	1.55 – 3.63
10.09	9,2	3,00	0,4	1,36	2,24

УЗИ брюшной полости: Увеличение всех отделов печени, больше правых, эхогенность умеренно повышена, диффузная эхонеоднородность, сетчатость печеночного рисунка. Воротная вена 8 мм, стенки ветвей уплотнены, печёночные вены – 3-х фазный кровоток.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Нарушения каких видов обмена лежат в основе этого заболевания?
5. Чем объяснить судорожные состояния у ребенка?
6. Основные принципы лечения?

Задача 2

Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных с диагнозом "кишечное кровотечение".

Ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 неделе, лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период 15 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики синдрома угнетения. К груди приложен на первые сутки. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем, ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3 мл, внутрь назначена эпсилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась, в связи с чем, ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание проводится во все отделы, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе - ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус снижен, при нагрузке появляется тремор рук.

Общий анализ крови: НЬ - 180 г/л, Эр - 5,4х1012/л, ЦП - 0,94, тромб-310,0х109/л, Лейк - 5,9х109/л, п/я - 3%, с - 51%, л - 38%, м- 8%, СОЭ - 2мм/час.

Время кровотечения по Дюке - 2 минуты. Время свертывания по Бюркеру: начало - 3,5 минуты, конец - 7 минут.

Время свертывания: 6" (норма 2-4); время кровотечения: 5" (норма 3-4"). Коагулограмма: каолиновое время - 100" (норма - 40-60"), АЧТВ -90" (норма - 40-60"), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 15" (норма 10-16"), протромбиновый комплекс - 25%, D- димер-

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: общий - 196 мкмоль/л, прямой - 0 мочевина - 4,2 ммоль/л, калий -4,8 ммоль/л, натрий -140 ммоль/л, АСТ - 38 ед., АЛТ - 42 ед.

Нейросонограмма: рисунок борозд и извилин сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
4. Оцените результаты представленных анализов
5. Назначьте лечение.
6. Лечебно- профилактические мероприятия, прогноз.

Задача 3

Ребенок 1года 1 месяца поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, недостаточную прибавку в массе, обильный стул.

Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности, 3 родов (1-й ребенок умер от «кишечной инфекции», 2-й – здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные, масса при рождении 3500, длина 54 см. Вскармливание естественное до 4-х месяцев, затем смешанное, а с 6-ти месяцев - искусственное. Каши (манная и геркулесовая) введены в пищевой рацион в 6,5 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. В возрасте 10 месяце масса тела – 9кг 200 г, рост 74 см. К этому времени уверенно ходил с поддержкой, ползал на четвереньках, интересовался игрушками.

Анамнез болезни: в 10,6 месяцев ребенок перенес сальмонеллезную инфекцию, лечился в стационаре. Через 1 месяц после выписки из стационара вновь ухудшение состояния: разжижение стула, вялость. Бактериологическое обследование дало отрицательные результаты. С этого времени ребенок стал беспокойным, плаксивым, отказывался от еды, потерял в массе. Стул стал обильным, с жирным блеском, с частотой 4-5 раз в сутки. Ребенок перестал ходить, сидеть.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 8,5 кг, рост 75 см. Тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые. Умеренно выражена отечность на голенях, передней брюшной стенке. Отмечаются рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 уд. в 1мин. Живот увеличен в размере, мягкий, незначительная болезненность при пальпации по ходу кишечника. Печень + 2 см из-под реберного края. Стул 5 раз в сутки, обильный, с неприятным запахом, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови клинический: Нв – 102 г/л, эр- 3,6*1012 /л, тромб. - 216,0* 109 /л, лейк.- 4,3* 109 /л, п/я – 4%, с/я – 64%, э – 1%, л – 27%, м – 4%, СОЭ – 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок -58г/л, альбумины-40%, глобулины: α1-5%, α2-10%, β-20%, γ-25%, мочевина-3,7 ммоль/л, билирубин-7,0 мкмоль/л, холестерин-1,9 ммоль/л, калий-3,5 ммоль/л, фосфор-0,93 ммоль/л, глюкоза-4,7 ммоль/л, ЩФ-430 Ед/л (норма 50-400).

Пилокарпиновая проба: Хлориды пота-39 мэкв/л.

Эзофагогастродуоденоеюноскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке умеренное кол-во прозрачной слизи. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая, складки несколько сглажены.

Привратник округлой формы, смыкается, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая с единичными лимфангиоэктазиями на верхушках уплощённых складок в виде налёта «манной крупы». Световой рефлекс повышен (симптом «солнечного зайчика»). Слизистая оболочка тощей кишки бледно-розовая с уплощёнными складками. По гребням складок определяется поперечная исчерченность (симптом «пилы»). Взята биопсия.

Гистологичекое исследование слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт, уменьшение числа бокаловидных клеток, лимфоплазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое значение для развития заболевания имеет перенесенная сальмонеллезная инфекция?
4. Назначьте диету ребенку. Как долго он должен находиться на специальной диете?
5. Показано ли назначение глюкокортикоидных гормонов?
6. Каков прогноз заболевания?

Задача 4

Мальчик М., 1 года жизни, от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом во 2-й половине. Роды срочные, путем кесарева сечения (высокая степень миопии у матери). Масса тела при рождении

3000г, длина 50см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписан из роддома на 5 день с массой 2900. В поликлинике наблюдался не регулярно. Прививки проведены по возрасту. Грудное молоко получал до 6 мес. Аппетит был хороший, однако прибавка в массе за первый месяц составила 300г. Проведенное контрольное вскармливание показало, что ребенок высасывает положенное ему количество молока, а мать могла сцедить оставшееся. Стул был 2 раза в сутки кашицеобразный. В 4 месяца введен 1-й прикорм в виде гречневой каши, затем кукурузной. С этого времени мать обратила внимание на то, что кал стал с жирным блеском, появился неприятный запах, запоры чередовались с диареей. Ребенок ел с большим аппетитом, но в весе прибавлял недостаточно. Так в 6 месяцев масса тела составила 4800г, а в 1 год 6450г при росте 72см. С 11 месяцев периодически отмечалось выпадение слизистой прямой кишки. Перенес ОРВИ 1 раз, проводилось симптоматическое лечение.

Общий анализ крови: Нв - 130г/л, Эр – 3.5*1012/л, Лейк – 7.0*109/л, п/я – 5%, с – 34%, эоз –3 %, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 8мм/ч

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1.012, белок – нет, эпителий плоский – нет, Лейк – нет, Эр – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Копрограмма – цвет – светло-желтый, реакция кислая, мышечные волокна – единичные, большое количество нейтрального жира и жирных кислот.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие необходимо провести исследования с целью подтверждения диагноза?
4. Лечебная тактика.
5. Особенности диспансерного наблюдения?
6. Прогноз данного заболевания?

Задача 5

Ребёнок 1 года 2 месяцев поступил в отделение с жалобами на отеки, уменьшение количества мочи, разжижение стула.

Анамнез жизни: ребёнок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3300 гр, длина 51 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал гладко. Вскармливание естественное до 4 мес., далее-искусственное. адаптированными смесями. Прикорм кашами с 5 мес. (манная, геркулесовая на молоке). До 5 мес. рос и развивался нормально, в дальнейшем отмечались незначительные периодические отеки кистей рук и стоп, появлению которых предшествовал разжиженный стул, отставание в массе тела. В 1 год масса тела 8500 гр.

Анамнез болезни: В возрасте 1 года перенёс ОРВИ с кишечным синдромом. Заболевание было затяжным. Посевы кала на патогенную флору возбудителя не выявили. Антибактериальная терапия, биопрепараты эффекта не дали. 2 дня назад появились отёки на лице. В связи с ухудшением состояния ребёнок был госпитализирован.

При осмотре: состояние тяжёлое, выраженные отёки на лице, ногах, пояснице, асцит, карпопедальный спазм. Кожные покровы бледные. Ребёнок вялый, самостоятельно не ходит. Аппетит снижен. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 30 в мин. Тоны сердца ритмичные, пригушены. ЧСС 140 уд. в мин. Живот несколько увеличен в размерах, печень + 2 см из-под рёберного края, селезёнка + 1 см. Стул обильный, водянистый, пенистый, до 6 раз в сутки.

Анализ крови клинический: Нв-103 г/л, эр-3,5*1012/л, лейк.-7,6*109/л, п/я-2%, с/я-78%, э-2%, л-11%, СОЭ – 2мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок нет,эпителий единичный, лейк.- 1-3 в поле зрения.

Копрограмма: цвет светло-желтый, реакция кислая, мышечные волокна единичные, жирные кислоты много. Кал на углеводы: отрицат.

Анализ кала на плазменные белки: +++

Биохимический анализ крови: общий белок-36 г/л, альбумины– 28%, глобулины: α1-6,5%, α2-35,5%, β -16%, γ -14%, калий- 3,2 ммоль/л, кальций ионизир.- 0,47ммоль/л,холестерин – 2,6 ммоль/л, глюкоза – 3,6 ммоль/л, железо – 7,8 ммоль/л.

ЭКГ: умеренная синусовая тахикардия, выраженные обменные нарушения в миокарде с явлениями гипокалиемии.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардиальный сфинктер смыкается. В желудке немного прозрачной слизи. Складки желудка сглажены. Привратник округлый, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно розовая, складки уплощены. Диаметр обычного калибра. В тощей кишке определяются участки

лимфангиоэктазий в виде «коралловой слизистой» с гиперплазированными ворсинками молочного цвета. Биопсия.

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки тощей кишки: Ворсинки различной длины, многие из которых с лимфоангиоэктазией. Слизистая оболочка резко отёчная, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация.

УЗИ органов бр. полости: печень не увеличена, контур ровный, паренхима мелкозернистая; поджелудочная железа не увеличена; в бр. полости определяется жидкость, петли кишечника расширены, наполнены жидкостью.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести с целью подтверждения диагноза?
4. Обоснуйте комплекс лечебных мероприятий данному больному?
5. В каких случаях показано назначение кортикостероидов?
6. Каков прогноз заболевания и тактика дальнейшего наблюдения за ребенком?

Задача 6

Маша С., 2мес. Родители молодые, проживают в сельской местности. Известно, что они являются двоюродными братом и сестрой. Ребенок от 1 беременности, которая протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды домашние, срочные. Масса тела при рождении примерно 3600г (взвешивали на безмене); закричала сразу. Девочка находится на грудном вскармливании с рождения. В возрасте 2-х суток - появилась желтуха, которая сохраняется до настоящего времени. С первых дней жизни отмечаются диспептические расстройства в виде частого жидкого зеленого стула и срыгиваний. По семейным обстоятельствам, а также из-за длительного половодия до больницы в райцентре смогли добраться только, когда ребенку исполнилось 2мес.

Поступила в отделение в тяжелом состоянии с массой 3000г, длиной 53 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, истончен на конечностях, сохраняется на лице, кожа бледная, с иктеричным оттенком, сухая. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Сразу после кормления отмечается вялость, сонливость ребенка, усиливаются симптомы диспепсии. Сон беспокойный. Девочка отстает в психомоторном развитии: не гулит, голову держит неустойчиво. Живот вздут, печень +4,5 см из под края реберной дуги, плотной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами зеленого цвета. У ребенка отмечается помутнение хрусталиков обоих глаз.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, эр.- 4,8х1012/л, ЦП - 0.88, ретик.- 0,2%, лейк. -8,8х109/л, п/я - 1%, с/я-32%, э - 1%, л -60%, м-6%, СОЭ 4 мм/ч.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество 40,0 мл, относительная плотность 1012, белок - следы, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 30,5 мкмоль/л, прямой 25,0 мкмоль/л, общий белок 57,0 г/л, альбумины 36 г/л, мочевина - 3, 5ммоль/л, холестерин 2,2 ммоль/л, К 4 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, щелочная фофатаза 250 Ед/л (норма до 600), АЛТ 21 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л, глюкоза 3,5 ммоль/л.

Анализ мочи на галактозу: в моче обнаружено большое количество галактозы

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо привести?
4. Назначьте лечение ребенку с учетом основного заболевания и сопутствующих ему расстройств.
5. Лечебно-профилактические мероприятия.
6. Каков прогноз заболевания?

Задача 7

Девочка 3-х дней жизни поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от здоровой матери 25 лет О (1) группы крови, Rh положительной. От II-ой беременности, протекавшей с ранним токсикозом и отеками голеней в III триместре. От I самостоятельных родов на 40 неделе в головном предлежании. Отмечалось умеренное многоводие,

желтушное прокрашивание околоплодных вод. Безводный промежуток - 9 часов 55 минут. Родилась в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении - 3400 г, длина тела - 52 см. В первые сутки жизни общий билирубин пуповинной крови составил 128 мкмоль/мл, с последующим повышением до 216 мкмоль/мл, НЬ - 125 г/л. Проведено ЗПК.

При осмотре: состояние средней тяжести, масса - 3170 г, кожные покровы иктеричные, слизистые - умеренно бледные, чистые; пупочная ранка под геморрагической корочкой; дыхание проводится во все отделы, ЧД - 42 в мин., тоны сердца ритмичные, ЧСС - 138 в мин., живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, пальпируется край селезенки. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Группа крови ребенка: В(III) Rh положительная.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л; Эр – 3,1х1012/л; ЦП - 0,98; ретикулоциты - 5%; тромб. - 256х109/л; лейк. - 13,6х109/л; п/я - 2%; с/я - 45%; эозин. - 4%; баз. - 1%, лимф. - 37%; моноцит. - 11%; СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 45 г/л; альбумин 33 г/л, билирубин общий-164,1 мкмоль/л; прямой - 13,1мкмоль/л; мочевина - 1,14 ммоль/л; К+ - 5,3 ммоль/л;

Na+ - 147 ммоль/л; АЛТ - 18 ед; АСТ- 31 ед, ЩФ - 168 ед.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
3. Следует ли проводить гемотрансфузию?
4. Назовите ранние симптомы билирубиновой интоксикации?
5. Какова врачебная тактика в данном случае?
6. Можно ли кормить данного ребенка грудным молоком?

Задача 8

Пациентка И., 3 лет, планово поступила в стационар. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожного покрова и видимых слизистых оболочек. В возрасте 7 дней была проведена закрытая атриосептостомия (процедура Рашкинда). С трех месяцев и до настоящего времени девочка находится в доме ребенка. При поступлении кожный покров и видимые слизистые оболочки умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая - между правой парастернальной и правой среднеключичной линиями, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 160 уд/мин., акцент второго тона во II межреберье слева от грудины. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное, с участием вспомогательной мускулатуры. Печень выступает на 3,0 см из-под реберного края.

Общий анализ крови: Hb - 168 г/л, эритроциты – 6,1 х 1012 /л, тромбоциты - 186 × 109/л, лейкоциты - 6,3 × 109/л, п/я - 4%, с/я - 21%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 70%, моноциты - 4%, СОЭ - 1 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/зр., эритроциты – 0 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевина - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 143 ммоль/л, кальций - 1,8 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ - 23 ЕД/л (норма - до 40), АСТ - 43 ЕД/л (норма - до 40), NT-proBNP - 768 пг/мл (норма – до 125).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол»?
5. Почему диффузный цианоз выявляется у детей с данным заболеванием с рождения?
6. Тактика терапии, прогноз.

Задача 9

Девочка Наташа О., 3 года 2 месяца, поступила в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, рвоту, бледность кожных покровов, уменьшение мочевыделения. Из анамнеза известно, что за неделю до поступления у девочки поднялась температура до 380 С, появился жидкий стул. Получала симптоматическую терапию. В течение последних двух дней отмечалась многократная рвота, девочка стала вялой, бледной, реже мочится.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Девочка в сознании, но на осмотр почти не реагирует. вялая. Кожные покровы резко бледные, с восковидным оттенком, слегка желтушные. На конечностях и туловище небольшое количество мелких свежих экхимозов. Склеры иктеричные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. АД 120/90 мм.рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, пальпируется край селезенки. При осмотре выделила 30 мл бурой мочи. Стул темной окраски, оформленный.

Общий анализ крови: Hb - 32 г/л, эритроциты - 1,4×1012/л, цветовой показатель - 0,9, ретикулоциты - 16%, тромбоциты - 50×109/л, лейкоциты - 11,5×109/л, метамиелоциты - 2%, миелоциты - 1%, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 65%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 5%, СОЭ 45 мм/час, анизоцитоз, в каждом поле зрения шизоциты.

Общий анализ мочи: цвет красно-коричневый, уд. вес не определен из-за малого количества мочи, белок -1,165 г/л, глюкоза отриц., уробилин положит., эпителий немного, лейкоциты - 10-15 в п/з, эритроциты 5-6, цилиндры: восковидные 1-2 в поле зрения, зернистые 1-2 в поле зрения, гиалиновые 3-4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 61 г/л, мочевина - 28 ммоль/л, креатинин - 320 ммоль/л, билирубин общий - 45 ммоль/л, непрямой -33 ммоль/л, прямой - 12 ммоль/л, калий -7,1 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, свободный гемоглобин 0,3 ммоль/л, АСТ - 25ЕД, АЛТ - 35ЕД, ЛДГ 650 ЕД (N < 279) .

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. Какие клинические симптомы и лабораторные исследования подтверждают Ваше предположение?
2. Объясните патогенез гемолиза.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные обследования показаны?
5. Какова тактика ведения пациентки?
6. Каков прогноз данного заболевания?

Задача 10

В отделение поступил Саша Д., 7 мес. В связи с жалобами на постоянную одышку с рождения, значительно усилившуюся в последнее время.

Из анамнеза известно, что в возрасте 3 месяцев впервые выслушан шум в межлопаточном пространстве и выявлено увеличение размеров сердца и печени.

Ребенок от молодых здоровых родителей, от 1-ой беременности. На сроке беременности 7-8 недель мать перенесла ОРВИ. Лечилась домашними средствами. Роды в срок, закричал сразу. К груди приложен на 2-е сутки, при сосании быстро уставал, нарастала одышка. В 2 месяца перенес ОРВИ, в 3 мес - пневмонию, протекавшую с нормальной температурой, кашлем, усилением одышки.

При осмотре ребенок активен, выраженная одышка до 60 в минуту, нижние конечности бледные, холодные. Отмечаются приступы беспокойства. В легких пуэрильное дыхание, в задних отделах небольшое количество среднепузырчатых влажных хрипов. Границы относительной сердечной тупости: правая - по парастернальной линии, верхняя - 3 межреберье, левая - по левой передней аксилярной линии. Тоны сердца звучные, 2 тон усилен над аортой, грубый систолический шум в межлопаточном пространстве. Пульс на руках высокого наполнения и напряжения, на ногах не определяется. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Артериальное давление на верхних конечностях 150/100 мм.рт.ст., на нижних конечностях определить не удалось.

Электрокардиограмма: синусовый правильный ритм, отклонение электрической оси сердца влево. Увеличение левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: умеренное усиление легочного рисунка. Увеличение размеров сердца, преимущественно влево.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Какие анатомические варианты данного заболевания Вы знаете?
3. Чем можно объяснить повышение АД при данном заболевании?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие существуют показания для проведения хирургического лечения при данном заболевании? Методы медицинской реабилитации пациентов после хирургического лечения.
6. Оцените прогноз заболевания.

Задача 11

Мальчик К., 2 месяца, доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от I беременности, протекавшей без особенностей. Роды срочные, самостоятельные в головном предлежании. Масса тела при рождении 3500 г, длина 53 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. Из родильного дома ребенок был выписан на 3 сутки жизни. Находится на грудном вскармливании, массо-ростовые прибавки достаточные.

В течение последней недели мальчик стал беспокойным, ухудшился аппетит. За несколько часов до вызова скорой помощи побледнел, полностью отказался от еды, стал вялым, появилось «тяжелое дыхание».

При осмотре: состояние тяжелое. Двигательная активность снижена, вялый. Не лихорадит. Кожный покров бледный, с «мраморным» рисунком, цианоз носогубного треугольника. Пастозность голеней. Катаральных явлений нет. ЧД 64 в минуту, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧСС 260 уд/мин, тоны сердца приглушены, шум отчетливо не выслушивается. Границы относительной сердечной тупости: левая — по левой передне-аксиллярной линии, правая — по правой парастернальной линии. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, пальпируется край селезенки.

Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 3,5 × 10^{12}/л, тромбоциты - 314 × 109/л, лейкоциты - 8,0 × 109/л, п/я - 3%, с/я - 43%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 45%, моноциты - 5%, СОЭ - 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, лейкоциты – 0-1 в п/зр., эритроциты отсутствуют.

ЭКГ: ЧСС 280 уд./мин, зубец Р отчетливо не визуализируется, комплексы QRS узкие.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите основные патогенетические механизмы данного заболевания.
6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз

Задача 12

Мальчик 3 лет, госпитализируется в стационар 4-й раз с жалобами на повышение температуры до 38° С, упорный влажный кашель с мокротой.

Из анамнеза известно, что первом году мальчик рос и развивался соответственно возрасту, не болел.

В возрасте 1 года, во время игры на полу, внезапно появился приступ сильного кашля, ребенок посинел, стал задыхаться; после однократной рвоты состояние несколько улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребенок был госпитализирован с диагнозом «пневмония». Повторно перенес 2 пневмонию в возрасте 2х и 2,5 лет.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 15 кг, рост 93 см. ЧД – 36/мин, ЧСС - 110 уд/мин. Сатурация 96%. Кожные покровы бледные, сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно: над легкими в задних нижних отделах слева отмечается притупление, там же выслушиваются средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. Аускультативно: приглушение I тона сердца. Печень +1-2 см, в/3. Селезенка не пальпируется, Стул регулярный, дизурии нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - 3,0 х 1012/л, Лейк -13,9 х 109/л, п/я - 7%, с - 65%, л -17%, м - 10%, э - 1%, СОЭ - 20 мм/час.

Клинический анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность -1,018, эпителий - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -60%, альфа1-глобулины - 4%, альфа2-глобулины - 15%, бета-глобулины -10%. гамма-глобулины - 11%, СРБ 20,0 мг/л

Рентгенограмма грудной клетки: в области нижней доли слева имеется значительное понижение прозрачности.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Можно ли считать эпизод, произошедший с ребенком в годовалом возрасте, началом заболевания? С чем это могло быть связано?
4. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
5. Необходимые обследования.
6. Каков прогноз заболевания?

Задача 13

Мальчик 1,5 лет поступил в отделение с жалобами на неустойчивый стул, беспокойство, боли в животе.

Ребёнок от 2 беременности, протекавшей с гестозом 1 половины, 2 срочных родов. Масса при рождении-3200, длина-50 см, раннее развитие без особенностей. Грудное вскармливание до 1 года, прикорм по возрасту. Ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. В 1 год масса-10 кг, рост-75 см.

Анамнез болезни: впервые разжижение стула, вздутие живота появились с 2-х недельного возраста. Исключение молока из пищи и введение низколактозной смеси привело к быстрому улучшению состояния. Два дня назад при попытке введения молока появились рвота, жидкий стул с кислым запахом до 10-12 раз в сутки, метеоризм, боли в животе.

Семейный анамнез: сестра 5 лет и мать ребёнка «не любят» молоко.

При осмотре: ребёнок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 11 кг, рост 78 см. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Зубы 6/8 белые. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, несколько вздут, умеренно болезненный и урчит при пальпации. Стул 2 р/сут. пенистый, с кислым запахом. Дизурии нет.

Анализ крови клинический: Hb-120 г/л, эр-4,2х1012л, лейк-5,1х109 л, п/я-2%, с/я-33%, э-3%, л-52%, м-10%, СОЭ- 3мм/час.

Общий анализ мочи: цвет жёлтый, относит. плотность-1015, лейк-2-3 в поле зрения, эритроциты- нет.

Копрограмма: цвет жёлтый, консистенция кашицеобразная, мышечные волокна единичные, жирные кислоты-незначительное кол-во, крахмал-много, йодофильная флора-немного.

Углеводы в кале: 0,8 г%.

Гликемические кривые после нагрузки:

С Д-ксилозой: через 30 мин-1,5 ммоль/л, через 60 мин - 2, 5 ммоль/л, через 90 мин-2,2 ммоль/л.

С лактозой: натощак-4,3 ммоль/л, через 15 мин – 4,4 ммоль/л, через 30 мин- 4,6 ммоль/л, через 60 мин-4,8 ммоль/л, После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

С сахарозой: натощак – 4,1ммоль/л, через 15 мин – 4,8 ммоль/л, через 30 мин – 5,6 ммоль/л, через 60 мин – 4,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Почему родственники ребенка «не любят» молоко? Дайте рекомендации по питанию ребенку.
5. Есть ли необходимость в назначении медикаментозной терапии?
6. Каков прогноз заболевания?

Задача 14

Сережа М., 3 года, от молодых родителей. Мать страдает крапивницей, сестра матери – бронхиальной астмой. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом и угрозой прерывания. Роды в срок, протекали без осложнений. Масса тела при рождении 3500г, длина 50см. Грудное вскармливание до 2-х месяцев, смешанное - до 3-х месяцев, далее - искусственное.

В 6 месяцев на коже лица и рук появились множественные элементы строфулезных высыпаний. С возраста 1 года после приема цельного молока, молочных продуктов и рыбы появился неоформленный стул с примесью слизи прожилок крови.

Общий анализ крови: Нв – 108 г/л, Эр – 3.5х1012/л, Лейк – 7.0х109/л, п/я – 5%, с – 34%, эоз – 12%, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 12мм/ч

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА): титр антител к рыбе– 1:280 (N-1:30), к белку коровьего молока- 1:920 (N- 1:80)

Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (N- до 100 Ед/л) Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа: выявлена высокая степень сенсибилизации (++++) к М-белку рыб, средняя (+++) – к бета-лактальбумину.

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз
3. Перечислите основные принципы подбора диеты.
4. Назовите специфическую терапию при данном заболевании.
5. Каковы особенности проведения профилактических прививок при данной патологии?
6. Определите прогноз при данном заболевании.

Задача 15

Мальчик А., 6 мес. поступил в ДКБ № 1 12.11. с направляющим диагнозом: «ОРВИ, геморрагический синдром».

Из анамнеза известно, что ребенок болен с 5.11., когда на фоне лихорадки до 380С появились жалобы на кашель насморк. Участковый педиатр поставил диагноз: «Отит», назначил симптоматическую терапию, но повторно ребенка не консультировал.

В ночь на 12.11. состояние резко ухудшилось, появилась рвота, монотонный крик, резкое беспокойство. Мать заметила на теле ребенка сыпь – элементы темно-багрового цвета. Бригадой скорой помощи мальчик был доставлен в клинику.

При поступлении: состояние крайне тяжелое. Монотонный крик. Ребенок вялый, адинамичен, зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая, кожа с сероватым оттенком, по всей ее поверхности множественные, различной величины и формы темно-багровые участки сливающейся геморрагической сыпи, некоторые элементы сыпи с некрозом в центре. В легких жесткое дыхание, тоны сердца глухие. АД – 40/0. Живот умеренно вздут. Не мочится.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение.
5. Каков прогноз заболевания?
6. Лечебно-профилактические мероприятия

Задача 16

Мальчик Р., 1 год, поступил в стационар с жалобами на рвоту, снижение аппетита, влажный кашель, потерю массы тела.

Из анамнеза известно, что ребенок рос и развивался в соответствии с возрастом. Две недели назад мальчик перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (ринит, кашель, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Описанные симптомы сохранялись в течение 7 дней. После выздоровления родители отметили, что ребенок стал уставать во время игр, появились одышка и малопродуктивный кашель, ухудшился аппетит. Врачом-педиатром ребенок был направлен на госпитализацию для обследования.

При осмотре: состояние тяжелое. Ребенок вялый, отказывается от игр. Кожный покров бледный. Видимые слизистые оболочки – без особенностей. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД 48 уд./мин. При аускультации легких выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы в нижних отделах легких. Верхушечный толчок разлитой. Перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая - по правой парастернальной линии, левая - по левой средней подмышечной линии, верхняя - II межреберье. При аускультации ЧСС 140 уд/мин., тоны сердца приглушены, на верхушке выслушивается негрубый систолический шум слабой

интенсивности. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 4,1 х 1012/л, тромбоциты – 332 х 109/л, лейкоциты - 5,0 х 109/л, п/я - 2%, с/я - 36%, лимфоциты - 60%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 152 уд./мин. Низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, отрицательные зубцы Т в I, II, aVL,V5, V6 отведениях, признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок обогащен по венозному руслу, кардиоторакальный индекс 68 %.

ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция выброса левого желудочка составляет 30%, гипокинезия межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Оцените представленные результаты обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Предположите этиологию данного заболевания.
6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз.

2-год обучения

Вопросы к собеседованию:

1. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Особенности течения у детей и подростков на современном этапе. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация. Реабилитация.
2. Диффузные заболевания соединительной ткани. СКВ. Особенности течения диффузных заболеваний соединительной ткани у подростков. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
3. Первичные гломерулонефриты. Клиническая и морфологическая классификация. Особенности лечения в зависимости от клинических проявлений и морфологического типа гломерулонефрита.
4. Мочекаменная болезнь. Особенности и клинические проявления. Диагностика. Современный подход к терапии. Обоснование хирургических методов лечения.
5. Тубулоинтерстициальный нефрит. Классификация. Диагностика, лечение.
6. Первичные гломерулонефриты. Клиническая и морфологическая классификация. Особенности лечения в зависимости от клинических проявлений и морфологического типа гломерулонефрита
7. Нефротический синдром у детей и подростков. Дифференциальная диагностика, лечение.
8. Пиелонефрит. Распространенность в детском возрасте. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Диагностика. Лечение. Профилактика.
9. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Современные принципы лечения. Немедикаментозное лечение: обучение родителей и ребенка поведенческой терапии, БОС-терапия, физиолечение.
10. Острое почечное повреждение. Хроническая болезнь почек. Классификация, клинические проявления, методы диагностики и алгоритмы лечения. Понятие ренопротективной терапии. Принципы заместительной почечной терапии. Неотложная помощь при угрожающих жизни состояниях.
11. Показания для направления на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности.
12. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Особенности течения у подростков. Роль хеликобактерной инфекции в формировании заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта. Клиника. Лечение. Осложнения. Неотложная помощь при кровотечениях их желудочнокишечного тракта.
13. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Диагностика, клиника, лечение. Особенности течения в подростковом возрасте.

14. Неспецифический язвенный колит. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.

15. Болезнь Крона. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.

16. Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение.

17. Лабораторная диагностика поражения печени. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией

18. Особенности клинических проявлений холециститов у детей и подростков. Лечение. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся синдромом желтухи.

19. Острый и хронический панкреатит. Диагностика, лечение.

20. Анемии у детей старшего возраста и подростков. Дифференциальный диагноз анемий.

21. Острые лейкозы у детей и подростков. Классификация. Особенности клинического течения различных типов. Диагностика. Иммунологическое типирование. Общие принципы терапии.

22. Основные составляющие и виды паллиативной помощи. Купирование болевого синдрома у детей. Этические и психологические аспекты.

Ситуационные задачи:

Задача 1

Володя И., 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, вялость, боли при движении в коленных суставах, повышение температуры до 39 С.

2 недели назад перенес лакунарную ангину, в связи с чем в течение 3 дней получал бисептол. На фоне проводимой терапии был отмечен кратковременный положительный эффект. Однако, после длительной игры в футбол (за 3 дня до поступления), вновь отмечались гипертермия до 39 С, слабость, вялость, снижение аппетита; появились отечность и болезненность при движении сначала в правом коленном суставе, а спустя сутки, и в левом. Боли уменьшались при использовании местно противовоспалительных мазей. Часто болеет ОРВИ, дважды перенес лакунарную ангину.

Бабушка пробанда страдает подагрическим артритом с обеих сторон. Бабушка по материнской линии, кроме этого, в 25 лет была прооперирована по поводу недостаточности митрального клапана.

При осмотре: мальчик астенического телосложения, удовлетворительного питания. Имеются проявления соединительнотканной дисплазии. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистые бледно-розовые. Периферических отеков нет. Признаки хронического тонзиллита. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При осмотре области сердца верхушечный толчок в VI м/реб. По левой срединно- ключичной линии, положительный, разлитой. Границы сердца: правая – правый край грудины, верхняя – 2 ребро, левая – на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, склонность к брадикардии. Выслушивается ритм галопа. Над верхушкой сердца в V точке выслушивается мягкий дующий систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область. ЧСС 80-78 уд/мин. АД = 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край закругленный, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон. Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Клинический анализ крови: Hb-124, эр.-4,0, лейкоц. – 9,0, п/я – 6%, с/я – 74%, эоз. – 1%, лимф. – 16%, моноц. – 3%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, альбумин – 45 %, α1-глобулины – 4%, α2-глобулины – 15%, β-глобулины – 8%, гамма-глобулины – 24%, серомукоид – 0,5 ед., ДФА – 0,3, СРБ – 2+, АСЛО – 1:1250, АСГ – 1:1000, мочевина – 4,3 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л.

Ro – графия грудной клетки: расширение левого контура сердца, КТИ = 65 %.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС = 58-76 в мин., PQ – 0,38 сек. Отрицательные зубцы Т в V4, V5, V6, депрессия сегмента ST на 4 мм в V5, V6.

ЭХО – КГ: расширение КДР л.ж., пролабирование передней створки МК на 4 мм; отёк и неоднородность структуры створок МК, ФВ = 45 %, ФУ = 30 %.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Назначьте терапию с указанием доз препаратов.
5. Диспансерное наблюдение за детьми с данной патологией.
6. Лечебно-профилактические мероприятия.

Задача 2.

Девочка, 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. Боли в животе беспокоят в течение 2,5 лет. Они возникают натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью, локализуются в эпигастрии и купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспептических явлений отрыжка, редко изжога. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает. Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце: ЧСС - 116/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шеи (шум «волчка»), АД -85/50 мм рт. ст. Живот не увеличен, мягкий, болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилоро-дуоденальной области, положительный симптом Менделя. Печень +0 +0 +в/3, пузырные симптомы отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо – Робсона.

Общий анализ крови: Эр - 2,8 х 1012/л; НЬ - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретик. - 50%0 - 5%. анизоцитоз, пойкилозитоз, гематокрит - 29 об%; Лейк - 8,7 х 109/л; п/я - 6%, с/я -50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - 390 хЮ9/л; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало -1 минута, конец -2,5 минут.

Общий анализ мочи: цвет - сол.-желтый, прозрачность полная; плотность -1024; pH - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. - немного; лейкоциты -2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины -55%, глобулины: альфа1 - 6%, альфа2 -10%, бета -13%, гамма -16%, АсАТ - 34 Ед/л, АлАТ - 29 Ед/л, ЩФ - 80 Ед/л (норма 70-142), общий билирубин -16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба -3 ед; амилаза - 68 Ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая пестрая с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5х1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, сосуды и протоки не расширены, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56х27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

Коагулограмма: фактор VIII - 75%, фактор IX - 90%, агрегация тромбоцитов с ристоцетином и АДФ не изменена

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие признаки характеризуют кровотечения из разных отделов ЖКТ?
4. Что Вы знаете о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта?
5. Какую схему терапевтического лечения ребенка Вы предлагаете?
6. Какова должна быть тактика наблюдения за больным после выписки из стационара? Методы медицинской реабилитации.

Задача 3

Мальчик П., 9 лет, поступил по направлению участкового педиатра в связи с появлением сыпи на коже, болями в животе и суставах. Жалуется на схваткообразные боли в животе, боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 2 недели назад мальчик перенес лакунарную ангину. Через неделю на коже нижних конечностей появилась яркая сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный, цвета «малинового желе». Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: НЬ- 110 г/л, Эр - 3,5 х 1012/л, Ц.п. - 0,9, Тромб -435 х 109/л, Лейк - 10,5 х 109/л, юные - 1%, п/я - 5%, с - 57%, э - 2%, л - 28%, м - 7%, СОЭ-25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 71 г/л, мочевина -3,7 ммоль/л, креатинин - 47 ммоль/л, билирубин общий - 20,2 мкмоль/л, АСТ - 25 Ед, АЛТ-20 Ед.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность -1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. В каком дополнительном обследовании нуждается ребенок?
4. Перечислите осложнения при данном заболевании
5. Какова врачебная тактика в данном случае?
6. Прогноз и диспансерное наблюдение.

Задача 4

Лиза В., 10 лет, перенесла затяжной бронхит, по поводу чего получала лечение цефалоспоринами, аминогликозидами, нестероидными противовоспалительными препаратами. Через 12 дней от начала терапии состояние девочки ухудшилось: появилась субфебрильная лихорадка, вялость, головная боль, «ломота» в суставах, пастозность век и лица, боли в области поясницы. Мама обратила внимание на то, что моча приобрела розоватую окраску.

При осмотре в стационаре: состояние тяжелое, девочка вялая, температура тела 38ºС, пастозность век и лица. АД 110/75 мм.рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области и мезогастрии. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Стул 1 раз в день, оформленный. Суточный диурез 2300 мл, визуально – моча розового цвета.

Клинический анализ крови: Нв-105 г/л, эр-3,2 х 1012/л, тромб – 312 х 109/л, лейк – 14 х 109/л, п/я – 0%, с/я – 35%, э-4%, б-1%, лимф –55%, мон – 5%, СОЭ- 28 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,005, белок 1,3 г/л, глюкоза 1+, эритроциты покрывают все поля зрения, лейкоциты 25-30 в поле зрения, цилиндры – гиалиновые, зернистые, эритроцитарные, слизи умеренное количество, бактерий нет.

Определение глюкозы в капиллярной крови экспресс-методом- натощак 4,2 ммоль/л, через 2 часа после еды 6,6 моль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что явилось наиболее вероятной причиной развития заболевания у ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Назначьте лечение.
6. Лечебно-профилактические мероприятия, прогноз

Задача 5

Больная О., 13 лет, поступила в отделение повторно для проведения комплексной терапии с жалобами на утреннюю скованность, боли в суставах.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 5-ти летнем возрасте, когда на фоне полного благополучия появилась припухлость правого коленного сустава. Через несколько дней присоединились боли и припухлость левого коленного, правого голеностопного и правого лучезапястного суставов, мелких суставов кистей, ограничение объема движений в них. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов состояние ребенка несколько улучшилось, уменьшились боли в суставах, расширился объем движений. Лечение получала нерегулярно, периоды непродолжительной ремиссии чередовались выраженными обострениями с вовлечением в патологический процесс новых суставов. Настоящее обострение после очередной ОРВИ.

При поступлении состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Вес 32 кг, рост 147 см. Выраженная мышечная дистрофия. Кожный покров чистый, сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены, пальпируются передние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые - мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Суставы: припухлость проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев правой руки, II и III пальцев левой руки, II-V пястно-фаланговых суставов обеих рук, деформация II пальца правой кисти по типу «лебединой шеи», ограничение объема движений и сгибательная контрактура обоих локтевых суставов, веретенообразная деформация II и III пальцев левой стопы, дефигурация обоих голеностопных суставов с ограничением движения в них, припухлость обоих коленных суставов (больше справа), ограничение движения в них, ограничение разведения в обоих тазобедренных суставах. Утренняя скованность в лучезапястных и мелких суставах обеих рук до 40 минут. Другие суставы внешне не изменены, объем пассивных и активных движений в них полный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов не выслушивается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – 4,2 х 1012/л, тромбоциты – 202 х 109/л, лейкоциты – 12,6 х 109/л, п/я – 4%, с/я – 44%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 47%, моноциты – 3%, СОЭ – 46 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1014, белок – 0,06‰, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – 0 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины: α1 – 11%, α2 – 10%, □ - 5%, □ - 26%; серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевина – 4,5 ммоль/л, С-реактивный белок 34 мг/л (норма – до 5).

Рентгенограмма правого коленного сустава: эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Какой лабораторный маркер может определить вариант данного заболевания как серонегативный или серопозитивный?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в дебюте процесса?
5. Составьте план лечения больного.
6. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?

Задача 6

Маша Д., 16 лет, поступила в отделение с жалобами на разжиженный стул до 5 раз в сутки с примесью крови и слизи.

Из анамнеза известно, что девочка заболела 2 года назад, когда через 2 недели после перенесенной ОРВИ на фоне субфебрилитета появилась отечность и болезненность в области голеностопных и коленных суставов, а спустя месяц - боли в нижней половине живота, учащение стула до 4-5 р/сут с примесью алой крови и слизи. На фоне симптоматической терапии положительной динамики не было. При обследовании в стационаре по месту жительства: вес 28кг, гемоглобин 98г/л, лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 25 мм/ч, СРБ ++, при ректороманоскопии - признаки эрозивно-язвенного проктосигмоидита. Получала преднизолон 1,5мг/кг/сут в течение 7 дней с быстрой отменой, сульфазалазин 1г/сут - 1 мес, инфузионную терапию. На фоне лечения отмечалась положительная динамика – купирование суставного синдрома, отсутствие болей в животе, нормализация стула.

Три месяца назад после психо-эмоционального стресса (смерть отца) состояние ухудшилось, появились слабость и повышенная утомляемость, ноющие боли в животе, учащение стула до 3-4х

р/сут, болезненность дефекаций. При амбулаторном обследовании пальпаторно увеличение размеров печени (до +2,5см по среднеключичной линии), в б/х крови увеличение АЛТ и АСТ в пределах 2 и 3 норм соответственно, увеличение ГГТ и ЩФ до 2х норм.

При поступлении: состояние стабильное, рост 167 см, вес 52 кг. Кожные покровы розовые, чистые от сыпи. Лимфоузлы не увеличены. Области суставов визуально не изменены, движения безболезненные, в полном объеме. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 76 уд/мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, чувствительный по ходу толстого кишечника. Печень +2 см по правой среднеключичной линии, край ровный. Селезенка не пальпируется. Стул 5 р/сут (в т.ч. 3 эпизода дефекаций в ночное время суток), с примесью сгустков крови (до 5 мл) и слизи. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: Нв-125 г/л, эр-3,9х 1012/л, тромб – 312, лейк – 5,8х109/л, п/я – 4%, с/я – 58, э-4%, лимф –32, мон – 3%, СОЭ- 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л, альбумины – 53%, глобулины: α1 – 5%, α2 – 10%, □ - 13%, □ - 19%; АЛТ – 37 Ед/л, АСТ – 41 Ед/л, ГГТ – 43,9 ед/л (норма 6-37).

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена, контуры ровные, паренхима гиперэхогенная, однородная, уплотнены стенки сосудов. Из-под края реберной дуги выступает на 30 мм. Поджелудочная железа равномерно увеличена, паренхима умеренно уплотнена. Желчный пузырь обычной формы, увеличен, стенки уплотнены, в просвете много рыхлого осадка. Стенки общего желчного протока уплотнены. Селезенка не увеличена. Паренхима умеренно уплотнена, однородная.

Колоноскопия: Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, лимфофолликулярная гиперплазия и подслизистые петехиальные кровоизлияния. Слизистая оболочка толстой кишки розовая, сосудистый рисунок смазан, определяются точечные втяжения на всем протяжении. В сигмовидной и прямой кишке сосудистый рисунок отсутствует, единичные эрозии. Взята биопсия.

Биопсия печени: портальные тракты не расширены. Видимые желчевыводящие протоки мелкие. Отмечается умеренная инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами. Фрагменты печеночных долек с дискомплексацией балок. Гепатоциты со слабо выраженными явлениями зернистой дистрофии. Встречаются единичные гепатоциты с вакуолизированными ядрами.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Чем обусловлено развитие артрита?
4. Объясните изменения со стороны печени. В чем заключается их патогенез?
5. Какова дальнейшая тактика ведения ребенка?
6. Каков прогноз данного заболевания. Показания для направления на МСЭ.

Задача 7

Девочка 8 лет поступила в клинику для обследования, в связи с изменениями в анализах мочи. Из анамнеза известно, что ребенок от I нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса при рождении – 3200 г, длина – 50 см. С двух месяцев на искусственном вскармливании. На первом году жизни отмечался атопический дерматит. Пищевая аллергия на цитрусовые плоды, шоколад. Лекарственная аллергия на пенициллин в виде сыпи.

Месяц назад девочка перенесла скарлатину в легкой форме. Лечение проводилось только симптоматическое. Через две недели после перенесенного заболевания в контрольных анализах мочи выявлены изменения в виде протиенурии и эритроцитурии.

Данные объективного осмотра: при поступлении жалоб нет. Самочувствие хорошее. Кожные покровы чистые. Видимых отеков нет. В легких хрипов нет, сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 135/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, снижения диуреза не отмечено.

Данные проведенного обследования:

Общий анализ крови: Hb – 132 г/л, эритроциты – 4,4х1012/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – 7,3х109/л, п/я – 3%, с/я – 47%, л – 38%, эоз. – 2%, м – 8%, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,9г/л, лейкоциты – 2 – 3 в поле зрения, эритроциты – измененные – 30–40 в поле зрения, зернистые цилиндры – 5– 10 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 1500, эритроциты – 120000, цилиндры – 2000.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Составьте план обследования для верификации диагноза.
4. Чем обусловлено появление «измененных» эритроцитов в клиническом анализе мочи?
5. Назначьте лечение, включая рекомендации по питанию ребенка.
6. Оцените прогноз заболевания и составьте план диспансерного наблюдения.

Задача 8

Оля Н., 12 лет, 3 месяца назад впервые после школьных соревнований почувствовала острую боль в правом подреберье. Тошноты и рвоты не было. Школьным врачом была назначена «Но-шпа», через 1 час боли прекратились, родителям было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства. Мать девочки страдает ожирением 2 степени, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери – сахарный диабет II типа, 20 лет назад была прооперирована по поводу калькулезного холецистита. Акушерский анамнез не отягощен, раннее развитие по возрасту.

При осмотре: рост 155 см, масса 60 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Зев розовый. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца громкие, ритмичные. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации – чувствителен в правом подреберье. Симптом Кера – слабоположительный. Ортнера, Мюсси – отрицательные. Печень перкуторно – по краю реберной дуги, край не пальпируется. По другим органам без патологии. Стул нерегулярный, со склонностью к запорам. Дизурии нет.

При обследовании:

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,9, Эр - 4,4х1012/л; Лейк , - 7,2х109/л; п/я - 2%, с/я - 52%, э-3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 45 Ед/л, АсАТ - 34 Ед/л, ЩФ - 165 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 150 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л, холестерин общий – 5,4 ммоль/л, ЛПНП – 3,6 ммоль/л, ЛПВП – 1,3 ммоль/л, ЛПОНП – 0,5 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь овальной формы 65х31 мм с перетяжкой в области шейки, стенки 1-1,5 мм. В просвете желчного пузыря визуализируется эхопозитивное образование размером 11х4 мм, смещаемое, со слабой акустической дорожкой. Определяется большое количество густой желчи в виде взвеси с хлопьями. В желудке небольшое количество гетерогенного содержимого, стенки его не изменены. Поджелудочная железа: головка 18мм, тело 15 мм, хвост 19 мм (норма), эхогенность хвоста снижена.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите основные методы диагностики данного заболевания.
4. Обоснуйте показания и противопоказания к хирургическому лечению у этого больного.
5. Какие группы препаратов могут быть рекомендованы при лечении этого заболевания?
6. Диетические рекомендации. Профилактика заболевания.

Задача 9

Максим К., 13 лет, на протяжении 4 лет наблюдается у гастроэнтеролога по поводу хронического гастродуоденита, с обострениями 2-3 раза в год. В период обострений ребенка беспокоят изжога, отрыжка, боли в эпигастральной области, возникающие после приема обильной пищи, газированной воды, при длительном перерыве в еде.

Наследственность отягощена: мать ребенка страдает хроническим гастритом; отец – гастродуоденитом, гипертонической болезнью, бабушка по линии матери – сахарным диабетом 2 типа, дедушка по линии отца – ИБС, атеросклерозом, гипертоническая болезнью.

Раннее развитие ребенка – без особенностей. Учится в специализированной школе с углубленным изучением математики, физики, с 6-дневным обучением.

При осмотре: рост 170 см, масса 60 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Зев розовый, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот

обычной формы, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется небольшая болезненность, распространяется в пилородуоденальную область. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптомы Ортнера, Керра, Мюсси – отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный, 1 раз в 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При обследовании:

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 128 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 110 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 11 мкмоль/л, из них связ. - 4 мкмоль/л. Холестерин общий – 5,5 ммоль/л, ЛПНП – 3,6 ммоль/л, ЛПВП – 1,1 ммоль/л, ЛПОНП – 0,8 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь овальной формы 75х32 мм с перегибом в области шейки, стенки 2,5-3,0 мм, неровные. В просвете желчного пузыря, по задней и передней стенке визуализируются множественные несмещаемые эхопозитивные образования размером до 2,5 -3 мм, без акустической тени, без признаков васкуляризации. В желудке небольшое количество гетерогенного содержимого, стенки его не изменены. Поджелудочная железа: головка 18 мм (норма), тело 15 мм (норма), хвост 18 мм (норма), эхогенность головки и хвоста снижена.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая оболочка антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов разрыхлена.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Назначьте лечение пациенту.
5. Лечебно-профилактические мероприятия
6. Прогноз

Задача 10

Витя М., 6 лет, родился от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов (первая беременность и роды протекали физиологично, ребенок здоров). Родился с массой 3900 г, рост 52 см.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние резко ухудшилось, появилась тошнота, многократная рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

В тяжелом состоянии, без сознания мальчик госпитализирован в отделение интенсивной терапии. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное.

Общий анализ крови: НЬ - 135 г/л, Эр - 4,1х1012/л, Лейк- 8,5х109/л; нейтрофилы: п/я-4%, с/я-50%; э-1%, л-35%, м-10%, СОЭ-10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - слабо мутная; удельный вес 1035, реакция кислая; белок - нет, сахар - 10%, ацетон – «+++».

Биохимический анализ крови: глюкоза - 28,0 ммоль/л, натрий -132,0 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70,0 г/л, холестерин -5,0 ммоль/л.

КОС: рН - 7,1; рО2 - 92 мм рт.ст.; рС02 - 33,9 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Оцените данные лабораторного обследования.
4. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
5. Назначьте лечение. Опишите особенности проведения инфузионной терапии у детей с данной патологией.

6. Каков прогноз заболевания?

Задача 11

У ребенка 4-х лет с хроническим персистирующим болевым синдромом интенсивность боли по шкале Вонга-Бейкера составила 3 балла.

Вопросы:

1. Какую характеристику интенсивности болевого синдрома можно дать?
2. Определите ступень лестницы обезболивания по рекомендациям ВОЗ, 2012.
3. С какого препарата необходимо начинать купирование прорывной боли согласно рекомендациям ВОЗ, 2012?
4. Распишите назначение препарата - дозировку и режимы введения.
5. Опишите возможные осложнения нежелательные явления назначенного обезболивающего препарата. Профилактика осложнений.

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком проведения текущего контроля успеваемости и Порядком организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос – наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса – подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

Текущий контроль успеваемости в виде реферата

Подготовка реферата имеет своей целью показать, что обучающийся имеет необходимую теоретическую и практическую подготовку, умеет аналитически работать с научной литературой, систематизировать материалы и делать обоснованные выводы.

При выборе темы реферата необходимо исходить, прежде всего, из собственных научных интересов.

Реферат должен носить характер творческой самостоятельной работы.

Изложение материала не должно ограничиваться лишь описательным подходом к раскрытию выбранной темы, но также должно отражать авторскую аналитическую оценку состояния проблемы и собственную точку зрения на возможные варианты ее решения.

Обучающийся, имеющий научные публикации может использовать их данные при анализе проблемы.

Реферат включает следующие разделы:

−введение (обоснование выбора темы, ее актуальность, цели и задачи исследования);

−содержание (состоит из 2-3 параграфов, в которых раскрывается суть проблемы, оценка описанных в литературе основных подходов к ее решению, изложение собственного взгляда на проблему и пути ее решения и т.д.);

−заключение (краткая формулировка основных выводов);

−список литературы, использованной в ходе работы над выбранной темой.

Требования к списку литературы:

Список литературы составляется в соответствии с правилами библиографического описания (источники должны быть перечислены в алфавитной последовательности - по первым буквам фамилий авторов или по названиям сборников; необходимо указать место издания, название издательства, год издания). При выполнении работы нужно обязательно использовать книги, статьи, сборники, материалы официальных сайтов Интернет и др. Ссылки на использованные источники, в том числе электронные – обязательны.

Объем работы 15-20 страниц (формат А4) печатного текста (шрифт № 14 Times New Roman, через 1,5 интервала, поля: верхнее и нижнее - 2 см, левое - 2,5 см, правое - 1,5 см).

Текст может быть иллюстрирован таблицами, графиками, диаграммами, причем наиболее ценными из них являются те, что самостоятельно составлены автором.

Текущий контроль успеваемости в виде подготовки презентации

Электронная презентация – электронный документ, представляющий собой набор слайдов, предназначенных для демонстрации проделанной работы. Целью презентации является визуальное представление замысла автора, максимально удобное для восприятия.

Электронная презентация должна показать то, что трудно объяснить на словах.

Примерная схема презентации

1. Титульный слайд (соответствует титульному листу работы);
2. Цели и задачи работы;
3. Общая часть;
4. Защищаемые положения (для магистерских диссертаций);
5. Основная часть;
6. Выводы;
7. Благодарности (выражается благодарность аудитории за внимание).

Требования к оформлению слайдов

Титульный слайд

Презентация начинается со слайда, содержащего название работы (доклада) и имя автора. Эти элементы обычно выделяются более крупным шрифтом, чем основной текст презентации. В качестве фона первого слайда можно использовать рисунок или фотографию, имеющую непосредственное отношение к теме презентации, однако текст поверх такого изображения должен читаться очень легко. Подобное правило соблюдается и для фона остальных слайдов. Тем не менее, монотонный фон или фон в виде мягкого градиента смотрятся на первом слайде тоже вполне эффектно.

Общие требования

Средний расчет времени, необходимого на презентацию ведется исходя из количества слайдов. Обычно на один слайд необходимо не более двух минут.

Необходимо использовать максимальное пространство экрана (слайда) – например, растянув рисунки.

Дизайн должен быть простым и лаконичным.

Каждый слайд должен иметь заголовок.

Оформление слайда не должно отвлекать внимание от его содержательной части.

Завершать презентацию следует кратким резюме, содержащим ее основные положения, важные данные, прозвучавшие в докладе, и т.д.

Оформление заголовков

Назначение заголовка – однозначное информирование аудитории о содержании слайда. В заголовке нужно указать основную мысль слайда.

Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер, начертание).

Текст заголовков должен быть размером 24 – 36 пунктов.

Точку в конце заголовков не ставить.

Содержание и расположение информационных блоков на слайде

Информационных блоков не должно быть слишком много (3-6).

Рекомендуемый размер одного информационного блока – не более 1/2 размера слайда.

Желательно присутствие на странице блоков с разнотипной информацией (текст, графики, диаграммы, таблицы, рисунки), дополняющей друг друга.

Ключевые слова в информационном блоке необходимо выделить.

Информационные блоки лучше располагать горизонтально, связанные по смыслу блоки – слева направо.

Наиболее важную информацию следует поместить в центр слайда.

Логика предъявления информации на слайдах в презентации должна соответствовать логике ее изложения.

Выбор шрифтов

Для оформления презентации следует использовать стандартные, широко распространенные шрифты, такие как Arial, Tahoma, Verdana, Times New Roman, Calibri и др.

Размер шрифта для информационного текста — 18-22 пункта. Шрифт менее 16 пунктов плохо читается при проекции на экран, но и чрезмерно крупный размер шрифта затрудняет процесс беглого чтения. При создании слайда необходимо помнить о том, что резкость изображения на большом экране обычно ниже, чем на мониторе. Прописные буквы воспринимаются тяжелее, чем строчные. Жирный шрифт, курсив и прописные буквы используйте только для выделения.

Цветовая гамма и фон

Слайды могут иметь монотонный фон или фон-градиент.

Для фона желательно использовать цвета пастельных тонов.

Цветовая гамма текста должна состоять не более чем из двух-трех цветов.

Назначив каждому из текстовых элементов свой цвет (например, заголовки -зеленый, текст – черный и т.д.), необходимо следовать такой схеме на всех слайдах.

Необходимо учитывать сочетаемость по цвету фона и текста. Белый текст на черном фоне читается плохо.

Стиль изложения

Следует использовать минимум текста. Текст не является визуальным средством.

Не стоит стараться разместить на одном слайде как можно больше текста. Чем больше текста на одном слайде вы предложите аудитории, тем с меньшей вероятностью она его прочитает.

Рекомендуется помещать на слайд только один тезис. Распространенная ошибка – представление на слайде более чем одной мысли.

Старайтесь не использовать текст на слайде как часть вашей речи, лучше поместить туда важные тезисы, акцентируя на них внимание в процессе своей речи. Не переписывайте в презентацию свой доклад. Демонстрация презентации на экране – вспомогательный инструмент, иллюстрирующий вашу речь.

Следует сокращать предложения. Чем меньше фраза, тем она быстрее усваивается.

Текст на слайдах лучше форматировать по ширине.

Если возможно, лучше использовать структурные слайды вместо текстовых. В структурном слайде к каждому пункту добавляется значок, блок-схема, рисунок – любой графический элемент, позволяющий лучше запомнить текст.

Следует избегать эффектов анимации текста и графики, за исключением самых простых, например, медленного исчезновения или возникновения полосами, но и они должны применяться в меру. В случае использования анимации целесообразно выводить информацию на слайд постепенно. Слова и картинки должны появляться параллельно «озвучке».

Оформление графической информации, таблиц и формул

Рисунки, фотографии, диаграммы, таблицы, формулы призваны дополнить текстовую информацию или передать ее в более наглядном виде.

Желательно избегать в презентации рисунков, не несущих смысловой нагрузки, если они не являются частью стилевого оформления.

Цвет графических изображений не должен резко контрастировать с общим стилевым оформлением слайда.

Иллюстрации и таблицы должны иметь заголовок.

Иллюстрации рекомендуется сопровождать пояснительным текстом.

Иллюстрации, таблицы, формулы, позаимствованные из работ, не принадлежащих автору, должны иметь ссылки.

Используя формулы желательно не отображать всю цепочку решения, а оставить общую форму записи и результат. На слайд выносятся только самые главные формулы, величины, значения.

После создания и оформления презентации необходимо отрепетировать ее показ и свое выступление. Проверить, как будет выглядеть презентация в целом (на экране компьютера или проекционном экране) и сколько времени потребуется на её показ.

Текущий контроль успеваемости в виде тестовых заданий

Оценка теоретических и практических знаний может быть осуществлена с помощью тестовых заданий. Тестовые задания могут быть представлены в виде:

Тестов закрытого типа – задания с выбором правильного ответа.

Задания закрытого типа могут быть представлены в двух вариантах:

– задания, которые имеют один правильный и остальные неправильные ответы (задания с выбором одного правильного ответа);

– задания с выбором нескольких правильных ответов.

Тестов открытого типа – задания без готового ответа.

Задания открытого типа могут быть представлены в трех вариантах:

– задания в открытой форме, когда испытуемому во время тестирования ответ необходимо вписать самому, в отведенном для этого месте;

– задания, где элементам одного множества требуется поставить в соответствие элементы другого множества (задания на установление соответствия);

– задания на установление правильной последовательности вычислений, действий, операций, терминов в определениях понятий (задания на установление правильной последовательности).

Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций – один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

– Ситуация-проблема – представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или пройти к выводу о его невозможности.

– Ситуация-оценка – описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.

– Ситуация-иллюстрация – поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.

– Ситуация-упражнение – предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобрести опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающие заранее изучили ситуацию.

2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами

решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

Принципы разработки ситуационных задач

– ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;

– для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;

– ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;

– ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;

– проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;

– решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах

– решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;

– предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один – правильный;

– предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;

– предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;

– предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информации, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

Проведение промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.

Промежуточная аттестация в форме экзамена или зачета с оценкой осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период промежуточной аттестации, установленной календарным учебным графиком.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б2. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля	75
Тестовые задания	100
Ситуационные (клинические) задачи	43

ОЦЕНИВАНИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ

ОЦЕНКА	
ЗАЧТЕНО	**51-100**
НЕЗАЧТЕНО	**0-50**

ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Компетенции	**Перечень компонентов**	**Технологии формирования. Формы оценочных средств**
В процессе подготовки по данной специальности ординатор формирует и демонстрирует следующие:		
	Универсальные компетенции:	
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	**знать**: - методы анализа и синтеза статистической информации; - методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, подростков, детей; **уметь**: - анализировать информацию о здоровье взрослого населения, подростков, детей; **владеть**: - методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, подростков, детей;	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	**знать**: - системы управления и организацию труда в отрасли здравоохранения; - принципы лидерства и персонального менеджмента; - формы и методы организации гигиенического образования и воспитания населения; - медицинскую этику и деонтологию; **уметь**: - организовывать деятельность медицинских организаций и их структурных подразделений; **владеть**: - методами организации гигиенического образования и воспитания населения; - системами управления и организации труда в медицинском учреждении;	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи
УК-3. Способен руководить	**знать**:	Лекции,

работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	- основы медицинского законодательства и права; - национальную политику здравоохранения; - медицинскую этику и деонтологию; - психологию профессионального общения; - методики самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой; **уметь**: - осуществлять самостоятельную работу с учебной, научной, нормативной и справочной литературой и проводить обучение, консультации работников; **владеть навыками**: - использования в работе нормативных документов; - применения психологических методик профессионального общения; - применения методик самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой;	семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи
Профессиональные компетенции:		
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Уметь: Вести документационное обеспечение профессиональной деятельности с учетом современных информационных технологий. Использовать в профессиональной деятельности алгоритмы решения стандартных организационных задач с использованием информационных технологий. Осуществлять эффективный поиск информации, необходимой для решения задач профессиональной деятельности, с использованием правовых справочных систем и профессиональных баз данных	
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	**ПС 768н ТФ С/02.8** **знать**: - основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях с использованием основных медико-статистических показателей. - состояние популяционного здоровья с использованием современных индикаторов и с учетом социальных детерминант здоровья населения. - основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни. - методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; - методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков; - ведущие медико-демографические показатели,	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	характеризующие общественное здоровье, определение и уровень в динамике; - структуру причин и уровни смертности; - показатели заболеваемости и инвалидности, определение, характеристики, уровень и структуру; - основные показатели работы медицинской организации; **уметь**: - проводить оценку эффективности профилактических мероприятий для целевых групп населения - вычислять и оценивать основные демографические показатели, характеризующие состояние здоровья населения; - вычислять и оценивать уровень и структуру заболеваемости, смертности; - вычислять и оценивать показатели, характеризующие заболеваемость с временной утратой трудоспособности; - вычислять и оценивать показатели, характеризующие деятельность медицинских организаций; **владеть**: - алгоритмом выявления приоритетных проблем и разработки проекта комплексных медико-профилактических мероприятий - навыками вычисления и оценки основных демографических показателей, характеризующих состояние здоровья населения; - навыками вычисления и оценки уровня и структуры заболеваемости, смертности; - навыками вычисления и оценки показателей, характеризующих заболеваемость с временной утратой трудоспособности; - навыками вычисления и оценки показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций;	
	знать: - нормативные документы, касающиеся образовательной деятельности - основы медицинского законодательства и права; - национальную политику здравоохранения; - медицинскую этику и деонтологию; - психологию профессионального общения; - методики самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой; **уметь**: - провести занятия по профилю специальности - осуществлять санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний терапевтического профиля; - разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ - осуществлять самостоятельную работу с учебной, научной, нормативной и справочной литературой и проводить обучение, консультации работников; - вырабатывать стратегию командной работы и на ее основе организовывать отбор членов команды для достижения поставленной цели; - Организовывать и корректировать работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений. **владеть**: - методикой преподавания дисциплин профиля для различных возрастных групп и уровня образования. - коммуникативными навыками для общения с различными группами населения. - использования в работе нормативных документов, - применения психологических методик профессионального общения; - применения методик самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой; - разрешать конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон; - создавать рабочую атмосферу, позитивный эмоциональный климат в команде. - Владеть методикой преподавания дисциплин профиля для различных возрастных групп и уровня образования	
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	**ПС 306н** **ПС 768н ТФ Е/02.8** **знать:** - нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; - принципы диспансерного наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях в соответствии с нормативными правовыми актами - перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, диспансеризации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях - основы здорового образа жизни, методы его формирования - принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования заболеваний и (или) состояний - методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления;	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	- методики определения влияние факторов окружающей среды на здоровье населения или отдельных его групп; - формы и методы организации гигиенического образования и воспитания населения; - основные проблемы и направления современного общественного здравоохранения и международной политики в этой области; - принципы организации программ профилактики; организации диспансеризации населения; - особенности первичной, третичной профилактики неинфекционных заболеваний; **уметь**: - проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактику заболеваний и (или) состояний - консультировать пациентов по вопросам навыков здорового образа жизни, профилактики заболеваний и (или) состояний - разрабатывать и рекомендовать профилактические и оздоровительные мероприятия - проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями - использовать информацию взрослого и детского населения в деятельности медицинских организаций; - анализировать информацию о состоянии здоровья населения; - составлять перечень мероприятий, направленных на повышение качества и эффективности профилактической помощи населению и формирование здорового образа жизни; **владеть**: - навыками пропаганды здорового образа жизни, профилактика заболеваний и (или) состояний - навыками проведения медицинских осмотров, диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с нормативными правовыми актами - навыками осуществления диспансеризации населения с целью раннего выявления заболеваний и (или) состояний и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами - навыками проведение диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями - методикой исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; - методикой определения влияние факторов	

	окружающей среды на здоровье населения или отдельных его групп; - методами организации гигиенического образования и воспитания населения; - методикой формирования и реализации профилактических программ;	
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигеническому просвещению населения	**знать**: - правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Педиатрия", в том числе в форме электронного документа; - правила работы в информационных системах в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"; - должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях терапевтического профиля; - методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций; - методы оценки качества медицинской помощи в медицинской организации и деятельности медицинского персонала; - вопросы организации экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности; **уметь**: - составлять план работы и отчет о своей работе - заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде - использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" - осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом - оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей; - оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения; - применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений; - применять знания по нормативному, финансовому, ресурсному, методическому обеспечению качества медицинской помощи при решении ситуационных задач; - анализировать и оценивать качество медицинской помощи на примере ситуационных задач; - применять стандарты для оценки и совершенствования качества медицинской помощи; **владеть**:	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	- навыками составления плана работы и отчета о своей работе - навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа - навыками обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности - методами оценки качества медицинской помощи;	
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	**знать:** - системы здравоохранения (государственная система здравоохранения, система медицинского страхования и др.); - основные принципы организации первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и неотложной помощи; - структуру амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь различным группам населения; - международный опыт организации и управления здравоохранением; - основные принципы организации лекарственного обеспечения населения; **уметь:** - организовать деятельность медицинской организации и их структурных подразделений в соответствии с действующим законодательством; **владеть:** - алгоритмом организации диспансерного наблюдения декретированных контингентов населения и пациентов с хроническими заболеваниями;	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи
ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	**ПС 768н ТФ С/02.8** **знать**: - основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях с использованием основных медико-статистических показателей. - состояние популяционного здоровья с использованием современных индикаторов и с учетом социальных детерминант здоровья населения. - основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни. - методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; - методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков; - ведущие медико-демографические показатели, характеризующие общественное здоровье, определение и уровень в динамике;	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	- структуру причин и уровни смертности; - показатели заболеваемости и инвалидности, определение, характеристики, уровень и структуру; - основные показатели работы медицинской организации; **уметь**: - проводить оценку эффективности профилактических мероприятий для целевых групп населения - вычислять и оценивать основные демографические показатели, характеризующие состояние здоровья населения; - вычислять и оценивать уровень и структуру заболеваемости, смертности; - вычислять и оценивать показатели, характеризующие заболеваемость с временной утратой трудоспособности; - вычислять и оценивать показатели, характеризующие деятельность медицинских организаций; **владеть**: - алгоритмом выявления приоритетных проблем и разработки проекта комплексных медико-профилактических мероприятий - навыками вычисления и оценки основных демографических показателей, характеризующих состояние здоровья населения; - навыками вычисления и оценки уровня и структуры заболеваемости, смертности; - навыками вычисления и оценки показателей, характеризующих заболеваемость с временной утратой трудоспособности; - навыками вычисления и оценки показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций;	

УК-1 Способность критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Тестовые задания

Инструкция:

Для каждого из указанных ниже вопросов (утверждений) выберите только один наиболее правильный ответ и укажите наиболее правильный ответ.

1 ВОПРОС: Укажите основные направления, по которым специалист по организации здравоохранения и общественному здоровью должен иметь теоретические знания:

А теоретические основы общественного здоровья и организации здравоохранения
Б общественное здоровье и факторы, его определяющие
В система охраны здоровья населения и общественное здравоохранение
Г анализ показателей деятельности органов управления и организаций здравоохранения.
Д социология медицины
Е внедрение рациональной организации труда в работу организаций здравоохранения

Ж если верно а,б,в,д

2 ВОПРОС: Укажите основные направления, по которым специалист по организации здравоохранения и общественному здоровью должен иметь практические умения и навыки:

А теоретические основы общественного здоровья и организации здравоохранения
Б общественное здоровье и факторы, его определяющие
В система охраны здоровья населения и общественное здравоохранение
Г менеджмент и маркетинг в здравоохранении
Д анализ показателей деятельности органов управления и организаций здравоохранения
Е планирование деятельности органов управления и организаций здравоохранения
Ж если верно г,д,е

3 ВОПРОС: Укажите документы, которые спасатель должен представить в медицинскую организацию, к которой он прикреплен, для направления на медицинскую реабилитацию:

А заявление (рапорт)
Б справка об участии в ликвидации чрезвычайной ситуации
В направление на бланке утвержденной формы
Г подробная выписка из медицинской (амбулаторной, стационарной) карты с указанием основного и сопутствующих диагнозов
Д данные рентгенографии (флюорографии) легких в течение года
Е если верно а,б
Ж если верно а,б,г

4 ВОПРОС: Укажите, какие возможности организма за счет функциональной активизации его резервов используют в медицинской реабилитации:

А адаптационные
Б компенсаторные
В викарные (приспособительные)
Г биохимические
Д энергетические
Е если верно а,б,в

5 ВОПРОС: Укажите графические формы представления статистической информации:

А фоновая **картограмма**
Б плоскостная **картодиаграмма**
В **диаграмма** комбинированная
Г если верно а,б,в

6 ВОПРОС: Укажите методы отбора при проведении выборочных исследований:

А механический
Б типологический
В контрольный
Г многоступенчатый
Д монографический
Е линейный
Ж если верно а, б, г, д

7 ВОПРОС: Информационные ресурсы в здравоохранении - это:

А бумажные, электронные или иные носители информации о здоровье населения и деятельности организаций здравоохранения, содержащиеся в библиотеках, архивах, фондах, файлах, базах данных и других информационных источниках

Б данные о здоровье населения, системе самого здравоохранения, медицинской науке и смежных с ней науках, социальной и физической внешней среде
В уникальный вид ресурсов о здоровье населения, который с развитием человечества не только не истощается, но и качественно совершенствуется
Г информационные ресурсы составляющие основную часть интеллектуального потенциала общества, определяемого накоплением, распределением и практической реализацией знаний о здоровье населения
Д информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе (названии) его заболевания, средствах и методах лечения, возможном прогнозе заболевания, а также иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента

8 ВОПРОС: Укажите один из основных информационных ресурсов медицинской организации:

А автоматизированная корпоративная база данных
Б база персонифицированных медицинских данных
В медико-статистические база персонифицированных данных
Г база данных по кадровому составу и материально-техническому оснащению медицинской организпации
Д база данных застрахованного населения

9 ВОПРОС: Обособленные виды управленческой деятельности, выполнение которых даёт возможность организации достичь своих целей - это:

А методы менеджмента
Б принципы менеджмента
В функции менеджмента
Г управленческий цикл
Д управленческое решение

10 ВОПРОС: Укажите на чем основана технология «Управление по результатам»:
А на приоритете конечных результатов над планированием
Б на приоритете взаимодействие между руководителем и подчиненным
В на приоритете контроля и жесткого управления персоналом
Г на приоритете профессионализма исполнителей
Д на приоритете экономико-математических методов

Правильные ответы (эталон), специальность:
«организация здравоохранения и общественное здоровье»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	Ж	3	Е	5	Г	7	А	9	А
2	Ж	4	Е	6	Ж	8	А	10	А

Ситуационные задачи

Задача № 1. В Министерство здравоохранения Ленинградской области поступило обращение пациента по работе сервиса электронной регистратуры портала zdrav47.ru по поводу неудобного функционала записи по сравнению с ранее существовавшей системой.
Задание:
1. В какую медицинскую организацию Министерству необходимо сделать запрос по данному факту?
2. Что необходимо сделать для выяснения факта изменения функционала электронной записи на прием к врачу в медицинской организации, куда обращался пациент?
3. Какие механизмы решения данной проблемы можно предложить?
4. Какие параметры и в какие сроки можно модернизировать функционал портала самозаписи?

5. Что необходимо сделать для подготовки ответа на обращение пациента?

Задача № 2 Пациент Н., 10 лет, поступил из загородного оздоровительного лагеря в 1-ю детскую городскую больницу Санкт-Петербурга по скорой помощи с острой хирургической патологией. Состояние ребенка быстро ухудшалось. Но вместо того, чтобы немедленно оказать ребенку медицинскую помощь, врачи решили предварительно вызвать и дождаться родителя, чтобы тот приехал и поставил свою подпись в истории болезни, подтвердив свое согласие на медицинское вмешательство.

Задание:

Правы ли врачи, ожидая решения родителя об оказании медицинской помощи ребенку?

Задача № 3. Перед организатором здравоохранения любого уровня обычно встает вопрос, какой стиль управления избрать для наиболее быстрого достижения организационных целей.

Задание:

1) Выберите из приведенных ниже утверждений те, которые, по вашему мнению, в наибольшей степени соответствуют правильному поведению организатора здравоохранения, и обоснуйте сделанный выбор:

1. руководитель должен учитывать пожелания сотрудников и заботиться о них;
2. руководитель должен постоянно напоминать сотрудникам, что на работе надо работать и конкретно указывать, что они должны делать;
3. руководитель должен подстраиваться под ситуацию и постоянно менять стиль поведения с сотрудниками;
4. руководителю не нужно подстраиваться под ситуацию, т.к. сотрудники привыкают к определенному стилю управления и сами приспосабливаются к нему.

Задача № 4. В поликлинике проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения. В адрес медицинской организации поступила информация из страховой компании о приостановлении выплаты за диспансеризацию взрослого населения, прикрепленного для получения первичной медико-санитарной помощи к другой медицинской организации.

Задание:

1. Какие нормативные документы определяют правила проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения?
2. На основании каких нормативных актов осуществляется пациентом выбор медицинской организации?
3. Права ли страховая компания, отказав в оплате за диспансеризацию данной группы взрослого населения?

Задача № 5. Пациентка находилась в травматологическом отделении больницы по поводу травмы тазобедренного сустава. По истечении 4-х месяцев полного излечения не наступило.

Задание:

1) Выберите и обоснуйте принятие правильного решения по поводу оформления нетрудоспособности данной больной:

1. листок нетрудоспособности продлевает лечащий врач;
2. листок нетрудоспособности продлевает врачебная комиссия (ВК);
3. лечащий врач направляет на медико-социальную экспертизу;
4. листок нетрудоспособности продлевает лечащий врач совместно с заведующим отделением

УК-2 Способен разрабатывать и реализовывать проект и управлять им
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

Тестовые задания

Инструкция:

Для каждого из указанных ниже вопросов (утверждений) выберите только один наиболее правильный ответ и укажите наиболее правильный ответ.

1 ВОПРОС: Основные виды и задачи профессиональной деятельности по организации здравоохранения и общественному здоровью включают:

А анализ показателей общественного здоровья

Б планирование деятельности органов управления и организаций здравоохрнения

В проведение маркетинговых исследований на рынке медицинских услуг
Г организация мероприятий по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и других нарушений в состоянии здоровья
Д организация системы контроля исполнения запланированных мероприятий
Е руководство деятельностьюструктурного подразделения медицинской организации в соответствии с его функциями и задачами
Ж если верно а,б,в,г,д,е

2 ВОПРОС: Основные виды и задачи профессиональной деятельности по организации здравоохранения и общественному здоровью включают:
А анализ показателей общественного здоровья
Б планирование деятельности органов управления и организаций здравоохранения
В организация деятельности организаций здравоохранения и ихструктурных подразделений включая организацию работы с кадрами
Г организация мероприятий по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и других нарушений в состоянии здоровья
Д организация системы контроля исполнения запланированных мероприятий
Е руководство деятельностью структурного подразделения медицинской организации в соответствии с его функциями и задачами
Ж если верно а,б,в,г,д,е

3 ВОПРОС: Медицинская реабилитация спасателей осуществляется в следующих формах:

А в ходе ликвидации чрезвычайной ситуации
Б амбулаторно-поликлиническая
В стационарная
Г санаторно-курортная
Д индивидуальная
Е если верно а,б,в,г
Ж психологическая

4 ВОПРОС: Обязательной составляющей медицинской реабилитации спасателей является:

А психологическая
Б амбулаторно-поликлиническая
В санаторно-курортная
Г профессиональная
Д индивидуальная
Е если верно а,б,г,д
Ж если верно а,г,д

5 ВОПРОС: Параметрические количественные методы статистической обработки данных - это:
А количественные методы статистической обработки данных, применение которых требует обязательного знания закона распределения изучаемых признаков в совокупности и вычисления их основных параметров
Б количественные методы статистической обработки данных, применение которых не требует знания закона распределения изучаемых признаков в совокупности и вычисления их основных параметров
В количественные методы статистической обработки данных, изучаемой совокупности в которой наглядно отражаются результаты статистического наблюдения
Г количественные методы статистической обработки данных, входящих в состав совокупности анализируемого статистического наблюдения
Д количественные методы статистической обработки данных, объединенные в определенные группы в соответствии с каким-либо признаком

Е если верно а,в
Ж если верно а,в,г

6 ВОПРОС: Классификация медицинских информационных систем основана:
А на иерархическом принципе и соответствует многоуровневой структуре здравоохранения
Б на едином информационном пространство медицинских данных
В на едином информационном пространстве системы здравоохранения
Г на совокупности программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в медицинских организациях, системе здравоохранения
Д на совокупности информационных, организационных, программных и технических средств, предназначенных для автоматизации медицинских процессов и организаций
Е если верно а,г
Ж если верно а,в,г

7 ВОПРОС: Электронная история болезни - это:
А информационная система, предназначенная для ведения, хранения на электронных носителях, поиска и выдачи по информационным запросам персональных медицинских записей
Б информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания, средствах и методах лечения, возможном прогнозе заболевания, а также иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента
В технологическая медицинская система, предназначенная для обеспечения информационной поддержки отношений «врач - больной»
Г информационная система, предназначенная для сбора, хранения, обработки, поиска, распространения, передачи и предоставления информации

Д если верно а,в

8 ВОПРОС: Управленческий цикл - это:

А логическая последовательность действий, обобщенных в отдельные фазы, этапы, стадии или блоки, направленная на решение управленческой задачи и достижение поставленных целей
Б многогранный и системный вид человеческой деятельности, определяющий конкретные задачи руководителя, специалиста на всех этапах выработки, принятия и реализации управленческого решения
В целенаправленное воздействие на объект управления, основанное на анализе достоверных данных, характеризующих конкретную управленческую ситуацию, определении цели действий и содержащий программу достижения цели
Г обособленные виды управленческой деятельности, выполнение которых даёт возможность организации достижения целей
Д набор решений по будущему состоянию организации с указанием целей, необходимых ресурсов и путей их наиболее рационального использования.

9 ВОПРОС: Управленческое решение -это:
А директивный акт целенаправленного воздействия на объект управления, основанный на анализе достоверных данных, характеризующих конкретную управленческую ситуацию, определении цели действий и содержащий программу достижения цели
Б целенаправленная последовательность действий, обобщенных в отдельные фазы, этапы, стадии или блоки, направленная на решение управленческой задачи и достижение поставленных целей
В результат анализа, прогнозирования, оптимизации, экономического и медикосоциального обоснования и выбора единственного из множества вариантов решения для достижения поставленной цели
Г многогранный и системный вид человеческой деятельности, определяющий конкретные задачи руководителя, специалиста на всех этапах выработки, принятия и реализации решения

Д виды управленческой деятельности по будущему состоянию организации с указанием целей, необходимых ресурсов и путей их наиболее рационального использования

10 ВОПРОС: В целях своевременного выявления нарушений здоровья и психоэмоционального состояния, утомляемости и снижения профессиональной работоспособности проводятся медицинские осмотры и обследования спасателей:

А плановые (углубленные) - 1 раз в год, если по медицинским показаниям не предусмотрены более частые осмотры и обследования

Б предэкспедиционные - перед отъездом в район чрезвычайной ситуации

В текущие - ежедневно в ходе ликвидации чрезвычайной ситуации (после окончания рабочей смены)

Г послеэкспедиционные - не позднее 7 дней после прибытия из района чрезвычайной ситуации к месту постоянной работы

Д если верно а,б,в,г

Правильные ответы (эталон), специальность:
«организация здравоохранения и общественное здоровье»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	Ж	3	Е	5	Е	7	Д	9	**А**
2	Ж	4	Ж	6	Е	8	А	10	**Д**

Ситуационные задачи

Задача № 1. В родильное отделение городской больницы госпитализирована женщина, 24 лет, после родов на дому, которые были приняты фельдшером фельдшерско-акушерского пункта .Роды многоплодные (двойня) в сроке беременности 23 недели. Первый ребенок из двойни родился весом 760 грамм, рост 30 см, второй ребенок родился весом 390 грамм, рост 28 см. Дети госпитализированы вместе с матерью. Несмотря на проводимые лечебные мероприятия, второй ребенок умер в больнице на 3-й день, прожив 83 часа, первый ребенок - на 27 день. Произведено патологоанатомическое вскрытие новорожденных, несмотря на письменный отказ матери от вскрытия.

Задание:

1. Можно ли считать исход беременности в сроке 23 недели родами?
2. Какие учетные документы и в каком количестве должны быть выданы матери для обращения в органы ЗАГС?
3. Кто должен заполнить эти документы в случае родов на дому?
4. Каким нормативным документом определены медицинские критерии рождения, а ребенок, родившийся весом 390 грамм, признается новорожденным?
5. Оцените правомерность действий главного врача при принятии решения о производстве вскрытия новорожденных.

Задача № 2. Студент Н., 14 лет, на спортивных соревнованиях среди образовательных организаций получил травму головы и был доставлен бригадой скоро помощи в медицинскую организацию. В целях расследования несчастного случая администрация образовательной организации запросила у медицинской организации сведения о состоянии здоровья обучающегося. Лечащий врач в предоставлении сведений отказал, сославшись на то, что родители возражают против разглашения сведений о состоянии здоровья своего ребенка.

Задание:

1. Имеет ли право администрация образовательной организации на получение сведений от медицинской организации о здоровье обучающихся?
2. Имеет ли право лечащий врач не разглашать врачебную тайну в данной ситуации?

Задача № 3. Вы приступили к работе в должности заведующего отделением. С коллективом Вы стараетесь быть доброжелательным, ненавязчиво давать советы, подчеркивая, что ждете от своих подчиненных предложений и ответной инициативы. Однако вместо ожидаемой активности и заинтересованности Вы сталкиваетесь с трудностями в установлении деловых контактов и неудовлетворительной исполнительской дисциплиной.

Задание: Определите свой стиль руководства, установите причины, не позволяющие применять его.

1. Какой стиль руководства наиболее предпочтителен в данном коллективе?
2. Обоснуйте применение этого стиля.

Задача № 4. Ежемесячно в страховую медицинскую организацию поступают счета по оплате медицинских услуг амбулаторно-поликлинической медицинской организации и проводится медико-экономическая экспертиза счетов фактур. При необходимости проводится экспертиза качества медицинской помощи (амбулаторно-поликлинических услуг), чаще это целевая экспертиза, подтверждающая надлежащие объемы и качество медицинских услуг.
За последние годы сформировалась следующая структура дефектов, состоящая из 21 пункта, в основном это: подача на оплату незастрахованных в страховой медицинской организации (СМО) граждан (17%); включение на оплату услуг, фактически не подтвержденных записями в первичной медицинской документации; отсутствие медицинской документации или нарушение ее ведения - 10-15%. Это самый большой процент из всей дефектуры. Причина заключается в том, что первичные карты застрахованных, поступающих на лечение, заполняются вручную (срабатывает человеческий фактор). С ними связаны основные финансовые потери (от 35 000-45 500 руб. ежемесячно), которые можно избежать.
Задание: Каким образом можно уменьшить данные потери?

Задача № 5 В случае болезни матери, находящейся в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет, листок нетрудоспособности выдается лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком.
Задание: На какой срок выдается листок нетрудоспособности лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком в случае болезни матери, находящейся в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет?
Из перечисленных ниже вариантов выберите правильный ответ:

1. на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего
2. срока
3. на весь срок лечения матери по заключению клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода
4. до 5-и дней, по решению врачебной комиссии (ВК) до 10-и дней, а в исключительных случаях на весь период, в течение которого она не может осуществлять уход, но не более 70 дней
5. листок нетрудоспособности не выдается

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний

1. Предмет и методы изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Семашко Н. А. - основоположник советской социальной гигиены.
3. Период становления государственной системы отечественного здравоохранения.
4. Теоретические основы и организационные принципы здравоохранения РФ
5. Профилактический принцип в здравоохранении. Виды профилактики.
6. Законодательные основы деятельности в сфере охраны здоровья населения РФ
7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - основной законодательный акт в области охраны здоровья населения.
8. Проблема соотношения социального и биологического в здоровье населения.
9. Современные проблемы отечественного здравоохранения и перспективы его развития.
10. Статистический метод - основной метод общественного здоровья и здравоохранения.
11. Показатели в статистике: методики их вычисления и оценка.
12. Относительные величины, методика вычисления и оценка достоверности.
13. Вариационные ряды и методы их статистической обработки.
14. Средние величины в статистике и здравоохранении. Виды.
    Методики вычисления и сравнительная оценка.
15. Оценка достоверности различий между относительными и средними величинами.
16. Оценка достоверности результатов статистического исследования (ошибка репрезентативности, критерий t, критерий хи-квадрат).
17. Измерение связи коэффициентами корреляции.
18. Измерение связи между явлениями и оценка достоверности различий коэффициентом

соответствия (хи-квадрат).

19. Стандартизация показателей. Условия применения и суть прямого метода стандартизации.
20. Методика изучения динамики явлений. Динамические ряды.
21. Организация статистического исследования. Этапы.
22. Таблицы в статистике. Основные виды. Назначение.
23. Виды графических изображений в статистике.
24. Здоровье населения и методы его изучения.
25. Показатели общественного здоровья. Методики их вычисления и оценки.
26. Основы медицинской демографии.
27. Показатели и основные закономерности естественного движения населения России.
28. Рождаемость в Российской Федерации.
29. Смертность в Российской Федерации.
30. Детская смертность. Понятие. Структура. Основные закономерности в РФ.
31. Медицинская регистрация причин смерти населения.
32. Перепись населения. Понятие. Значение для медицины и здравоохранения.
33. Показатели заболеваемости. Понятие. Виды. Методики вычисления.
34. Методы изучения заболеваемости населения.
35. Международная классификация болезней и проблем (МКБ 10).
36. Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
37. Показатели физического развития населения. Понятие. Виды.
    Роль в оценке здоровья населения.
38. Основы организации амбулаторно-поликлинической (первичной медико- санитарной) помощи населению.
39. Показатели работы амбулаторно-поликлинических учреждений.
40. Структура, принципы и методы работы медицинских организаций объединенного типа.
41. Основные показатели работы лечебного учреждения.
42. Показатели деятельности стационара больницы.
43. Основы организации медицинской помощи рабочим промышленных предприятий.
44. Охрана материнства и детства в РФ - отрасль здравоохранения. Понятие. Цели. Задачи.
45. Организация работы женской консультации.
46. Основы организации медицинской помощи детям. Детская поликлиника.
47. Врачебный контроль за здоровьем и воспитанием детей в яслях-садах.
48. Врачебный контроль за здоровьем и воспитанием школьников.
49. Основы организации медицинской помощи сельскому населению.
50. Организация и содержание работы на сельском врачебном участке.
51. Организация работы фельдшерско-акушерского пункта (ФАП).
52. Диспансеризация - основной метод работы учреждений здравоохранения.
53. Диспансеризация населения. Группы диспансерного наблюдения. Диспансеры. Показатели эффективности диспансерного наблюдения.
54. Экспертиза трудоспособности в здравоохранении.
    Понятие. Основные цели. Задачи. Виды.
55. Основы организации экспертизы временной утраты трудоспособности.
56. Общие правила выдачи листков нетрудоспособности.
57. Основы организации медико-социальной экспертизы (МСЭ).
    Бюро МСЭ. Виды. Состав. Функции.
58. Социальное страхование. Понятие. Цели. Задачи. Принципы. ОМС.
59. Скорая и неотложная помощь в практике здравоохранения.
60. Заболевания сердечно-сосудистой системы как медико-социальная проблема.
61. Злокачественные новообразования как медико-социальная проблема.
62. Травматизм как медико-социальная проблема, основные учреждения здравоохранения по оказанию лечебно-профилактической помощи при травмах.
63. Алкоголизм, наркомания, токсикомания и курение как медико-социальная проблема.
64. Нервно-психические заболевания как медико-социальная проблема.
65. Туберкулез как медико-социальная проблема.
66. Аборт как медико-социальная проблема.
67. Значение основных социальных факторов (условий труда, быта и др.) в формировании здоровья населения.
68. Санаторно-курортная помощь в практике отечественного здравоохранения.

69. Организация противоэпидемической службы РФ.
70. Организационные основы здравоохранения РФ.
71. Система формирования медицинской грамотности населения.
72. Система подготовки, повышения квалификации и переподготовки медицинских кадров. Принцип непрерывности медицинского образования.
73. Современная концепция охраны здоровья населения РФ.
74. Медицинское страхование. Понятие. Виды. Теоретические основы и практика в РФ
75. Финансирование здравоохранения. Медицинское страхование как источник финансирования.

Тестовые задания

Инструкция:
Для каждого из указанных ниже вопросов (утверждений) выберите только один наиболее правильный ответ и укажите наиболее правильный ответ.

1 ВОПРОС: Общественное здоровье - это:
- А наука о социологии здоровья
- Б система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
- В наука о социальных проблемах медицины
- Г наука о закономерностях здоровья
- Д система социально-экономических мероприятий по охране здоровь

2 ВОПРОС: Здравоохранение - это:
- А наука о социологии здоровья
- Б система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
- В наука о социальных проблемах медицины
- Г наука о закономерностях здоровья
- Д система социально-экономических мероприятий по охране здоровья

3 ВОПРОС: Первичная медико-санитарная помощь - это:
- А основа системы оказания медицинской помощи
- Б вид оказания медицинской помощи
- В форма оказания медицинской помощи
- Г принцип оказания медицинской помощи
- Д метод оказания медицинской помощи

4 ВОПРОС: Первичная медико-санитарная помощь включает в себя следующие мероприятия:
- А профилактика
- Б диагностика
- В наблюдение за течением беременности
- Г лечение заболеваний и состояний
- Д санитарно-гигиеническое просвещение населения
- Е эвакуация
- Ж если верно а,б,в,д

5 ВОПРОС: Статистическая совокупность - это:
- А группа, состоящая из большого числа относительно однородных элементов, взятых вместе в известных границах пространства и времени
- Б группа, состоящая из всех единиц наблюдения, которые могут быть к ней отнесены в соответствии с целью исследования
- В количественная оценка свойства изучаемого явления
- Г группа, состоящая из большого числа единиц статистического множества, взятых по отдельным признакам под воздействием всей совокупности факторов
- Д количественная закономерность массовых явлений, отчетливо проявляющихся лишь в достаточно большом их числе

Е если верно а,б,в,г,д

6 ВОПРОС: Каждый элемент статистической совокупности - это:
А единица наблюдения
Б показатель наглядности
В экстенсивный показатель
Г интенсивный показатель
Д единица измерения

7 ВОПРОС: Медицинская информационная система медицинской организации (МИС МО) - это:

А интегрированная или комплексная информационная система, предназначенная для автоматизации лечебно-диагностического процесса и сопутствующей медицинской деятельности медицинской организации
Б совокупность средств вычислительной техники, объединенных в вычислительную сеть, а также технологического оборудования, необходимых для выполнения всех функций, протекающих в медицинской организации
В совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации процессов, протекающих в медицинской организации
Г совокупность программно-технических средств, осуществляющих накопление, обработку и автоматизацию медицинских бизнес-процессов в медицинской организации и информационной поддержки сотрудников медицинской организации

8 ВОПРОС: Автоматизированный скрининг - это:

А телекоммуникационная сеть
Б автоматизированный предварительный медицинский осмотр
В автоматизированный целевой медицинский осмотр
Г автоматизированное рабочее место участкового педиатра
Д автоматизированная система управления

9 ВОПРОС: Структура деятельности руководителя - это:
А потребности человека в управленческой деятельности и формируемые на их основе системы отношений к своему труду, к себе, подчиненным и вышестоящим начальникам
Б подход к управлению, при котором выбор эффективной организационной деятельности и механизма управления определяются особенностями ситуации, в которой находится организация
В управленческая функция подготовки и принятия реализуемых на практике решений во всех областях жизни и деятельности коллектива
Г научно обоснованная организация управления, сочетающая вертикальные линейные и функциональные связи управления с горизонтальными
Д сложная динамическая система управленческой деятельности, включающая изучение, систематизацию, обобщение и оценку информации о структуре, общих и специфических качествах субъекта и объекта управления

10 ВОПРОС: Руководитель и другие носители тех или иных социально-психологических функций - это:
А субъект социальной психологии управления
Б объект социальной психологии управления
В когнитивный компонент психологии управления
Г персонал психологии управления
Д потенциал психологии управления

Правильные ответы (эталон), специальность:

«организация здравоохранения и общественное здоровье»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	Г	3	Б	5	Е	7	В	9	Г
2	Б	4	Ж	6	А	8	В	10	А

Ситуационные задачи

Задача № 1. При лицензировании медицинской организации по виду деятельности «Ортопедическая стоматология» установлено, что врач-стоматолог, имея большой стаж практической работы врачом стоматологом-ортопедом, имеет профессиональную переподготовку и сертификат специалиста лишь по специальности «Терапевтическая стоматология». Лицензирующий орган в лицензировании данного вида деятельности медицинской организации отказал. Главный врач не согласен с решением, мотивируя свое несогласие тем, что врач длительно и качественно выполняет обязанности стоматолога- ортопеда (жалоб и претензий со стороны пациентов за период его работы нет).

Задание:

1. Правомерны ли требования лицензирующего органа?
2. Какими законодательными актами определены права и обязанности администрации по подготовке и переподготовке кадров?

Задача № 2. На имя главного врача центральной поликлиники поступила жалоба от гражданки Н., в которой она обвиняет акушерку отделения профилактики в разглашении врачебной тайны. Со слов заявительницы, акушерка в присутствии другого пациента дала направление на дальнейшее обследование к врачу гинекологу, озвучив диагноз. Пациентка возмущена поведением акушерки, настаивает на утверждении о том, что её права были грубо нарушены, просит разобраться в ситуации, наказать виновницу и получить извинения от акушерки.

Задание:

1. Изучите сложившуюся ситуацию и подготовьте ответ заявительнице.
2. Дайте пояснения относительно врачебной тайны и ее правового обоснования.

Задача № 3. Медицинская сестра Н. пришла утром на работу и сообщила заведующему отделением, что вчера сдала кровь и сегодня на работу не выйдет, а напишет заявление на предоставление дня отдыха по донорской справке.

Задание:

1. Необходимо ли было медицинской сестре предварительно получить разрешение у заведующего отделением на сдачу крови?
2. Имеет ли право заведующий отделением не предоставлять медицинской сестре день отдыха по донорской справке по её желанию?

Задача № 4. Необходимо направить пациента для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава Росси. Известно, что пациент с диагнозом болезнь Кушинга уже получил в этой клинике оперативное лечение в виде эндоскопического удаления АКТГ-продуцирующей аденомы гипофиза полгода назад. Сейчас его надо отправить для определения дальнейшей тактики ведения лечения.

Задание:

1. К какому виду ВМП, установленному программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, относится подбор гормональной терапии, а к какому - оперативное лечение, оказанное по данному заболеванию?
2. За счет каких средств будет осуществляться финансирование в обоих случаях?

Задача № 5. Гражданин Н. обратился в медицинскую организацию по месту жительства в связи с необходимостью продолжения курса лечения по поводу травмы. На руках у пациента имеется выписка об оказании медицинской помощи в медицинской организации системы МЧС России. Со слов гражданина Н., травма была получена во время выполнения работ по трудовому договору в период пребывания в местах лишения свободы.

Задание:

1. Каким образом осуществляется экспертиза нетрудоспособности у данного гражданина?
2. Какой документ гражданин Н. должен предоставить для продолжения лечения в медицинской организации по месту жительства?

ПК-3 Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

Тестовые задания

Инструкция:

Для каждого из указанных ниже вопросов (утверждений) выберите только один наиболее правильный ответ и укажите наиболее правильный ответ.

1 ВОПРОС: Укажите приоритетное направление развития здравоохранения РФ на современном этапе:

А скорая и неотложная медицинская помощь
Б переход на современную систему организации медицинской помощи
В высокотехнологичная медицинская помощь
Г первичная медико-санитарная помощь
Д повышение качества и доступности медицинской помощи

2 ВОПРОС: Укажите предмет изучения общественного здоровья и здравоохранения:

А инфраструктура и ресурсное обеспечение здравоохранения
Б здоровье населения и факторы, влияющие на него
В организация эффективного функционирование системы здравоохранения
Г сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи
Д состояние системы здравоохранения, основные цели, задачи и способы его совершенствования на основе применения системного подхода

3 ВОПРОС: К видам медицинской помощи не относится:

А первичная медико-санитарная помощь
Б специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь
В стационарная помощь
Г скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
Д паллиативная медицинская помощь

4 ВОПРОС: Укажите условия оказания первичной медико-санитарной помощи:

А в амбулаторных условиях
Б в условиях дневного стационара
В врачами-терапевтами
Г врачами-педиатрами
Д врачами общей практики
Е если верно а,б

5 ВОПРОС: Учетные признаки статистической совокупности

А признаки, по которым различаются элементы статистической совокупности и подлежат регистрации
Б признаки, по которым различаются отдельные характерные в каком-либо отношении единицы статистической совокупности.
В признаки, состоящие из всех единиц наблюдения, которые могут быть отнесены к статистической совокупности в соответствии с целью исследования.
Г признаки, по которым различаются все входящие в состав статистической совокупности единицы наблюдения.
Д признаки, по которым изучаются все входящие в состав статистической совокупности единицы наблюдения

6 ВОПРОС: Укажите количество важнейших этапов организации любого статистического исследования, проводимого на достаточно большой совокупности

А 2
Б 3
В 4

Г 5 и более

7 ВОПРОС: Укажите виды медицинской информации:

А общественная
Б индивидуальная
В экономическая
Г технологическая
Д статистическая
Е если верно а,б,в,г,д
Ж если верно в,г,д

8 ВОПРОС: К первому уровню развития медицинских информационных систем (МПС) относятся:

А автоматизированные медицинские записи
Б системы компьютеризированной медицинской записи
В системы внедрения электронных медицинских записей
Г системы электронных медицинских записей
Д системы электронных записей о здоровье

9 ВОПРОС: Методы мотивации персонала можно разделить на:

А экономические
Б организационно-административные
В социально-психологические
Г эстетические
Д религиозные
Е если верно а,б,в

10 ВОПРОС: Процесс мотивации по теории ожидания складывается из взаимодействия следующих блоков:

А усилия
Б результат
В исполнение
Г валентность
Д удовлетворение
Е восприятие
Ж если верно а,б,в

Правильные ответы (эталон), специальность:
«организация здравоохранения и общественное здоровье»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	Г	3	В	5	А	7	Е	9	Е
2	Б	4	Е	6	Г	8	А	10	Ж

Ситуационные задачи

Задача № 1.

В государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области Приозерская межрайонная больница после дорожно-транспортного происшествия на трассе А-121 госпитализированы 4 человека, из которых 2 ребенка. Один пострадавший в тяжелом состоянии, 3 - в состоянии средней степени и 2 - легкой степени тяжести. Общее число пострадавших при автомобильной аварии составило 6 человек. Данное сообщение поступило в оперативно-диспетчерский отдел Территориального центра медицины катастроф как чрезвычайная ситуация федерального уровня.

Задание:

1. К какому уровню (региональному или федеральному) относится данное ДТП?

2. Правильно ли принято решение о госпитализации пострадавших в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области Приозерская межрайонная больница?

Задача № 2. Гражданин Н. был доставлен в травматологическое отделение после ножевого ранения в живот. Больному была проведена срочная операция. Операция прошла удачно, однако через несколько часов больной умер. При вскрытии выяснилось, что у больного не были выявлены переломы ребер, т.к. не была проведена пальпация грудной клетки и рентгенография легких. Поэтому лечение было оказано не в полном объеме. Все это усугубило тяжелое состояние больного и, по мнению родственников, способствовало наступлению смерти. На иждивении больного находились трое детей школьного возраста, жена и родители пенсионного возраста.

Задание:

1. Есть ли основания для предъявления иска о возмещении вреда, причиненного жизни пациента?
2. Кто имеет право на подачу иска о возмещении вреда, причиненного потерей кормильца?
3. Какой порядок определения размера возмещения имущественного вреда?
4. Могут ли родственники умершего пациента потребовать компенсации морального вреда в судебном порядке?

Задача № 3. На личный прием к главному врачу обратилась гражданка Н. с вопросом об обеспечении обезболивающими и противоопухолевыми лекарственными препаратами ее матери, 64 лет, страдающей раком молочной железы, которая выписана из онкологического диспансера после проведенного комплексного лечения и будет проживать у дочери на территории обслуживания данной поликлиники.

Задание:

1. Имеет ли право пациентка обслуживаться в данной медицинской организации?
2. Имеет ли право пациентка, страдающая онкологическим заболеванием, на выписку льготных (бесплатных) рецептов?
3. Кто должен осуществить назначение противоопухолевой и обезболивающей терапии?
4. Уточняющие вопросы, на которые необходимо получить сведения для принятия решения: наблюдалась ли пациентка ранее в данной поликлинике? Если нет, то что необходимо сделать? Имеет ли пациентка группу инвалидности?

Задача № 4. В адрес администрации санаторно-курортного учреждения поступило заявление от гражданина Н., который приобрел путевку на санаторно-курортное лечение по поводу заболевания костно-мышечной системы сроком на 10 дней по цене 1500,0 рублей за один «койко-день». В заявлении гр. С. просит возвратить денежные средства в связи с тем, что он находился на лечении в санаторно-курортном учреждении ежедневно с 9.00 до 19.00, а остальное время был дома. Следовательно, делает вывод пациент, в учреждении он находился всего 10 часов, а заплатил за 24 часа. В заявлении указано, что необходимо вернуть 8 750,0 рублей. Претензий к объёму и качеству оказанных услуг гражданин Н. не
имел.

Задание:

1. Должна ли санаторно-курортная организация вернуть пациенту деньги?
2. Дайте ответ пациенту.

Задача № 5. В медицинскую организацию поступило обращение бухгалтерии предприятия с просьбой представить дубликат листка нетрудоспособности работника Н., выданного после выписки из стационара. Работник Н. находился на длительном амбулаторном лечении, оформленный поликлиникой листок нетрудоспособности (3-я строка - 15 дней, подписи лечащего врача и председателя врачебной комиссии, код 31, печати поликлиники) сдан на оплату. Через 3 недели в бухгалтерию поступил новый листок нетрудоспособности из стационара с отметкой «продолжение» и наслоением сроков лечения в 13 дней с листком нетрудоспособности, выданным поликлиникой. Пациент Н. в стационар доставлен машиной СМП с ухудшением состояния без направления поликлиники и оформленного листка нетрудоспособности. По просьбе родственников выданный поликлиникой листок нетрудоспособности был в поликлинике окончательно оформлен, сдан на оплату в бухгалтерию без представления в медицинское учреждение по месту госпитализации пациента и без его подписи в корешке листка нетрудоспособности.

Задание:

1. Почему в выданном поликлиникой листке нетрудоспособности 3-я строка содержит продление на 15 дней без явок к врачу, а его окончательное оформление проведено без осмотра лечащего врача?
2. Почему в стационаре выдан листок нетрудоспособности пациенту Н. с наслоением сроков лечения и без отметки о номере предыдущего?
3. Как поступить с оплатой выданного в стационаре листка нетрудоспособности?

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигеническому просвещению населения

Тестовые задания

Инструкция:

Для каждого из указанных ниже вопросов (утверждений) выберите только один наиболее правильный ответ и укажите наиболее правильный ответ.

1 ВОПРОС: Социально-экономические факторы, влияющие на здоровье:

А условия жизни, уровень благосостояния, качество медицинских услуг, состояние правовой базы по охране здоровья

Б условия жизни, условия труда, квалификация, размер дохода, уровень образованности и организация досуга

В условия жизни, труда, социальная защищенность, уровень образования, особенности климатической зоны, качество оказываемых медицинских услуг

Г условия жизни, труда, социальная защищенность, доступность медицинской помощи

Д условия жизни, труда, социальная защищенность, доступность медицинской помощи, социально-экономическое положение государства

2 ВОПРОС: Основными группами показателей общественного здоровья являются:

А показатели заболеваемости, летальности, инвалидности

Б показатели инвалидности, заболеваемости, физического развития, демографические показатели

В социально-экономические, социально-медицинские, правовые, социокультурные, экологические показатели

Г показатели физического развития, демографические показатели, обеспеченности кадрами

Д социально-экономические, социально-медицинские, социально-биологические, правовые, социокультурные, экологические показатели

3 ВОПРОС: Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных:

А на оказание сестринского ухода

Б на реабилитацию

В на избавление от боли неизлечимо больных граждан

Г на оказание медико-социальной помощи неизлечимо больным гражданам

4 ВОПРОС: Высокотехнологичная медицинская помощь: обособлена в своем определении и анализе

А является частью специализированной медицинской помощи

Б является частью системы государственных гарантий граждан РФ

В устанавливается в ежегодно корректируемых объемах в медицинских организациях

Г устанавливается согласно программе обязательного медицинского страхования

5 ВОПРОС: Статистическая таблица - это:

А количественная характеристика изучаемой совокупности в которой наглядно отражаются результаты статистического наблюдения.

Б объект статистического изучения, то есть единицы совокупности, их группы или вся совокупность в целом.

В количественная характеристика изучаемых единиц, входящих в состав совокупности

анализируемого статистического наблюдения.

Г количественная характеристика отдельных составных частей исследуемой совокупности данных, объединенная в определенные группы в соответствии с каким-либо признаком.

6 ВОПРОС: Укажите виды статистических таблиц:

А простые

Б комплексные

В комбинационные

Г групповые

Д контрольные

Е если верно а,в,г

7 ВОПРОС: Медицинская информационная система (МИС) - это:

А совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в медицинских организациях системы здравоохранения

Б совокупность программно-технических средств управления здравоохранением, обеспечивающая оптимальное использование ресурсов для удовлетворения потребности населения в медицинской помощи

В совокупность программно-технических средств и составных элементов, взаимодействующих между собой и внешней средой и объединенных общими законами функционирования

Г совокупность программных комплексов, которые обеспечивают управление специализированными и профильными медицинскими службами, поликлинической, стационарной и скорой медпомощью населению

8 ВОПРОС: Медицинские информационные системы территориального уровня - это:

А совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в ЛПУ и системе здравоохранения

Б совокупность программно-технических средств управления здравоохранением, обеспечивающая оптимальное использование ресурсов для удовлетворения потребности населения в медицинской помощи

В совокупность программно-технических средств и составных элементов, взаимодействующих между собой и внешней средой и объединенных общими законами функционирования

Г программные комплексы, которые обеспечивают управление специализированными и профильными медицинскими службами, поликлинической, стационарной и скорой медпомощью населению на уровне территории (города, области, страны)

9 ВОПРОС: Социально-психологические методы - это:

А способы осуществления управленческих воздействий на персонал, основанные на использовании закономерностей социологии и психологии.

Б способы, которые подразумевают материальную мотивацию, т.е. выполнение работниками своих обязанностей и достижение определённых результатов за предоставление материальных благ.

В способы, основанные на власти, подчинении регламенту, законам, уставу, субординации и т.п. Также они могут опираться на возможность принуждения.

Г способы повышения социальной активности работников методом воздействие на сознание людей, их эстетические, религиозные, социальные и другие интересы.

Д способы стимулирования деятельности индивида или коллектива, направленные на достижение в процессе управления индивидуальных или общих для организации целей.

10 ВОПРОС: Укажите основные направления теории мотивации:

А содержательные теории
Б процессуальные теории
В теории, в основе которых лежит специфическая картина человека
Г теории не удовлетворённых потребностей
Д теории удовлетворённых потребностей
Е теории потребностей роста

Правильные ответы (эталон), специальность:
«организация здравоохранения и общественное здоровье»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	В	3	Г	5	А	7	А	9	А
2	Д	4	А	6	Е	8	Г	10	Е

Ситуационные задачи

Задача № 1. В государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области Приозерская межрайонная больница после дорожно-транспортного происшествия на трассе А-121 госпитализированы 4 человека, из которых 2 ребенка. Один пострадавший в тяжелом состоянии, 3 - в состоянии средней степени и 2 - легкой степени тяжести. Общее число пострадавших при автомобильной аварии составило 6 человек. Данное сообщение поступило в оперативно-диспетчерский отдел Территориального центра медицины катастроф как чрезвычайная ситуация федерального уровня.

Задание:

1. К какому уровню (региональному или федеральному) относится данное ДТП?
2. Правильно ли принято решение о госпитализации пострадавших в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области Приозерская межрайонная больница?

Задача № 2. Гражданин Н. был доставлен в травматологическое отделение после ножевого ранения в живот. Больному была проведена срочная операция. Операция прошла удачно, однако через несколько часов больной умер. При вскрытии выяснилось, что у больного не были выявлены переломы ребер, т.к. не была проведена пальпация грудной клетки и рентгенография легких. Поэтому лечение было оказано не в полном объеме. Все это усугубило тяжелое состояние больного и, по мнению родственников, способствовало наступлению смерти. На иждивении больного находились трое детей школьного возраста, жена и родители пенсионного возраста.

Задание: Есть ли основания для предъявления иска о возмещении вреда, причиненного жизни пациента?

1. Кто имеет право на подачу иска о возмещении вреда, причиненного потерей кормильца?
2. Какой порядок определения размера возмещения имущественного вреда?
3. Могут ли родственники умершего пациента потребовать компенсации морального вреда в судебном порядке?

Задача № 3. На личный прием к главному врачу обратилась гражданка Н. с вопросом об обеспечении обезболивающими и противоопухолевыми лекарственными препаратами ее матери, 64 лет, страдающей раком молочной железы, которая выписана из онкологического диспансера после проведенного комплексного лечения и будет проживать у дочери на территории обслуживания данной поликлиники.

Задание:

1. Имеет ли право пациентка обслуживаться в данной медицинской организации?
2. Имеет ли право пациентка, страдающая онкологическим заболеванием, на выписку льготных (бесплатных) рецептов?
3. Кто должен осуществить назначение противоопухолевой и обезболивающей терапии?
4. Уточняющие вопросы, на которые необходимо получить сведения для принятия решения: наблюдалась ли пациентка ранее в данной поликлинике? Если нет, то что необходимо сделать? Имеет ли пациентка группу инвалидности?

Задача № 4. В адрес администрации санаторно-курортного учреждения поступило заявление от гражданина Н., который приобрел путевку на санаторно-курортное лечение по поводу заболевания костно-мышечной системы сроком на 10 дней по цене 1500,0 рублей за один «койко-день». В заявлении гр. С. просит возвратить денежные средства в связи с тем, что он находился на лечении в санаторно-курортном учреждении ежедневно с 9.00 до 19.00, а остальное время был дома. Следовательно, делает вывод пациент, в учреждении он находился всего 10 часов, а заплатил за 24 часа. В заявлении указано, что необходимо вернуть 8 750,0 рублей. Претензий к объёму и качеству оказанных услуг гражданин Н. не имел.

Задание:

1. Должна ли санаторно-курортная организация вернуть пациенту деньги?
2. Дайте ответ пациенту.

Задача № 5. В медицинскую организацию поступило обращение бухгалтерии предприятия с просьбой представить дубликат листка нетрудоспособности работника Н., выданного после выписки из стационара. Работник Н. находился на длительном амбулаторном лечении, оформленный поликлиникой листок нетрудоспособности (3-я строка - 15 дней, подписи лечащего врача и председателя врачебной комиссии, код 31, печати поликлиники) сдан на оплату. Через 3 недели в бухгалтерию поступил новый листок нетрудоспособности из стационара с отметкой «продолжение» и наслоением сроков лечения в 13 дней с листком нетрудоспособности, выданным поликлиникой. Пациент Н. в стационар доставлен машиной СМП с ухудшением состояния без направления поликлиники и оформленного листка нетрудоспособности. По просьбе родственников выданный поликлиникой листок нетрудоспособности был в поликлинике окончательно оформлен, сдан на оплату в бухгалтерию без представления в медицинское учреждение по месту госпитализации пациента и без его подписи в корешке листка нетрудоспособности.

Задание:

1. Почему в выданном поликлиникой листке нетрудоспособности 3-я строка содержит продление на 15 дней без явок к врачу, а его окончательное оформление проведено без осмотра лечащего врача?
2. Почему в стационаре выдан листок нетрудоспособности пациенту Н. с наслоением сроков лечения и без отметки о номере предыдущего?
3. Как поступить с оплатой выданного в стационаре листка нетрудоспособности?

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Тестовые задания

Инструкция:

Для каждого из указанных ниже вопросов (утверждений) выберите только один наиболее правильный ответ и укажите наиболее правильный ответ.

1 ВОПРОС: Укажите определение здоровья, данное Всемирной организации здравоохранения:

А состояние оптимального функционирования организма, позволяющее лучшим образом выполнять видоспецифические социальные функции

Б состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов

В состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения

Г состояние любого живого организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои функции

Д нормальная функция организма на всех уровнях его организации, нормальный ход биологических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству

2 ВОПРОС: Укажите методы применяемые при проведении социально-гигиенических исследований:

А экспериментальный

Б статистический

В исторический
Г экономический
Д социологический
Е если верно а,б,в,г,д
Ж если верно а,б,в,г

3 ВОПРОС: Укажите основные направления совершенствования организации оказания медицинской помощи населению:
А развитие первичной медико-санитарной помощи на базе государственного (муниципального) здравоохранения
Б перераспределение части объёмов помощи из стационарного сектора в амбулаторно-поликлинический
В развитие стационарозамещающих технологий
Г рост числа республиканских, краевых, областных больниц
Д санитарно-гигиеническое просвещение населения
Е если верно а,б,в
Ж если верно а,б,в,г

4 ВОПРОС: Задачами службы скорой и неотложной помощи являются все, кроме:
А постоянной мобилизационной готовности
Б высокой квалификации персонала выездных бригад
В соответствующего медицинского оснащения
Г наличия специального транспорта
Д анализа заболеваемости в регионе

5 ВОПРОС: Укажите виды проявления количественных связей между признаками:
А функциональная
Б корреляционная
В текущая
Г сплошная
Д выборочная

6 ВОПРОС: Укажите вид статистического наблюдения по объему:
А текущее
Б генеральное
В сплошное
Г постоянное
Д простое

7 ВОПРОС: Инструменты электронного здравоохранения - это:
А продукты, системы и службы, выходящие за рамки простых интернет-приложений и предназначенные для профилактики, диагностики и лечения заболеваний, контроля за состоянием здоровья и управления образом жизни
Б продукты, программно-технические средства, базы данных и знаний, предназначенные для автоматизации различных процессов, протекающих в медицинских организациях и системе здравоохранения
В продукты, программно-технические средства управления здравоохранением, обеспечивающие оптимальное использование ресурсов для удовлетворения потребности населения в медицинской помощи
Г продукты, программно-технические средства и элементы, взаимодействующие между собой, объединенные общими законами функционирования
Д продукты, и программные комплексы, которые обеспечивают управление специализированными и профильными медицинскими службами, поликлинической, стационарной и скорой медпомощью населению на уровне территории (города, области, страны)

8 ВОПРОС: Укажите виды медицинской информации:
А алфавитно - цифровая
Б визуальная
В звуковая
Г комбинированная
Д если верно а,б,в,г
Е если верно а,б,в

9 ВОПРОС: Вероятностные решения - это решения, принятые в условиях:
А конкуренции
Б риска
В многовариантности
Г неопределенности
Д адаптивности
Е различных аргументов одинаковых точек зрения

10 ВОПРОС: Мотивация - это:
А комплекс мер по стимулированию деятельности индивида или коллектива, направленный на достижение в процессе управления индивидуальных или общих для организации целей.
Б процесс постоянного преодоления новых границ, достижения лучших результатов, саморазвития и личностного роста.
В динамический психофизиологический процесс, который управляет поведением человека и определяет его организованность, направленность, устойчивость и активность.
Г совокупность процессов, отвечающих за побуждение и деятельность человека.
Д совокупность мотивов, отвечающих за побуждение и деятельность человека.

Правильные ответы (эталон), специальность:
«организация здравоохранения и общественное здоровье»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	Б	3	Е	5	Б	7	Д	9	В
2	Е	4	Д	6	В	8	Д	10	Д

Ситуационные задачи

Задача № 1. Организация медицинских осмотров несовершеннолетних, в т.ч. при поступлении в образовательные организации и в период обучения, осуществляется на основании приказа Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

Задание:
1. Какой порядок прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные организации?
2. Какая используется учетная форма?
3. Какой предусмотрен отчет по этой форме?

Задача № 2. В медицинский центр обратилась женщина, которая пояснила, что является супругой гражданина Н. Сам пациент подойти не смог за ответами анализов по объективным причинам (постоянно днем работает). Супруга добавила, что в курсе всех заболеваний мужа и знает цель сдачи данных анализов. Просит выдать результаты обследования.

Задание:
1. Что такое врачебная тайна? Какие сведения составляют врачебную тайну?
2. Какие условия должны быть соблюдены для получения доступа к данным, составляющим врачебную тайну?
3. Имеет ли право получить данные сведения супруга пациента (близкий родственник)?
4. Приведите нормативные документы, регламентирующие порядок оперирования со сведениями, составляющими врачебную тайну.

Задача № 3. На базе хирургического отделения медико-санитарной части обычно проводились плановые операции. Неотложные оперативные вмешательства осуществлялись редко, в исключительных случаях. Заранее, за 1 месяц, заведующий отделения и старшая медицинская сестра хирургического отделения получили информацию о подготовке отделения к приему пациентов с неотложными состояниями в связи с закрытием хирургического отделения городской больницы. Заведующий отделением совместно со старшей медицинской сестрой определили потребность в перевязочном материале, дезинфицирующих средствах, стерилизационном оборудовании для бесперебойной работы отделения, чтобы затем обсудить возможности закупки необходимых материалов или их передачи городской больницей.

Задание:

1. Какая функция менеджмента была реализована заведующим отделением и старшей медицинской сестрой?

Выберите из перечисленных ниже управленческих функций наиболее соответствующую данной ситуации и обоснуйте сделанный выбор:

1. планирование
2. организация
3. координация
4. мотивация
5. контроль

Задача № 4. Гражданка Н. приехала на отдых в другой город, где внезапно заболела. С высокой температурой, имея на руках страховой медицинский полис, она обратилась в медицинскую организацию, где ей отказали в оказании бесплатной медицинской помощи.

Задание:

1. Каким законодательным документом определено право на получение бесплатной медицинской помощи гражданам РФ?
2. Какие документы необходимо иметь на руках, кроме страхового медицинского полиса, для получения бесплатной медицинской помощи не по месту проживания?
3. В какую организацию необходимо обратиться для защиты прав застрахованных?
4. Между какими участниками обязательного медицинского страхования должны быть произведены взаиморасчеты за медицинскую помощь, оказанную иногородним гражданам?

Задача № 5. Пациент N на 3-и сутки от начала заболевания обратился в поликлинику. Врач признал его нетрудоспособным и направил на лечение в стационар.

Задание:

Из предложенных ниже вариантов укажите правильный порядок оформления листка нетрудоспособности и обоснуйте свой ответ:

1. листок нетрудоспособности выписывает лечащий врач поликлиники с момента обращения к нему, продлевает врач стационара на весь период госпитализации;
2. врач поликлиники выписывает листок нетрудоспособности с момента обращения и закрывает его в день госпитализации, врач стационара выписывает новый листок нетрудоспособности на весь период госпитализации;
3. врач поликлиники открывает листок нетрудоспособности с момента заболевания, продлевает врач стационара на весь период госпитализации;
4. врач поликлиники выписывает листок нетрудоспособности с момента заболевания и закрывает днем, предшествующим госпитализации; врач стационара выписывает новый листок нетрудоспособности на весь период госпитализации.

Тестовые задания

Инструкция:

Для каждого из указанных ниже вопросов (утверждений) выберите только один наиболее правильный ответ и укажите наиболее правильный ответ.

1 ВОПРОС: Факторы риска для здоровья - это:

А факторы, не являющиеся непосредственной причиной определенной болезни, но увеличивающие вероятность ее возникновения

Б неуправляемые неблагоприятные экзогенные и эндогенные факторы

В управляемые неблагоприятные экзогенные и эндогенные факторы

Г факторы, влияющие на здоровье человека: генетические, экологические, медицинские
Д факторы, не соответствующие генетически обусловленным типологическим особенностям и конкретным условиям жизни человека, влияющие на полноценное выполнение его социально-биологических функций

2 ВОПРОС: Укажите показатели, используемые для оценки индивидуального здоровья:

А ресурсы
Б потенциал
В баланс
Г заболеваемость
Д инвалидность
Е если верно г,д
Ж если верно а,г,д

3 ВОПРОС: Укажите формы оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению:

А плановая
Б неотложная
В внеплановая
Г платная
Д бесплатная
Е если верно а,б

4 ВОПРОС: Первичная медико-санитарная помощь в медицинских организациях может оказываться населению в качестве:

А плановой
Б неотложной
В внеплановой
Г платной
Д бесплатной
Е если верно г,д

5 ВОПРОС: Укажите виды статистического наблюдения по времени:

А текущее
Б единовременное
В сплошное
Г контрольное
Д выборочное
Е если верно а,б
Ж если верно а,б,в

6 ВОПРОС: Укажите название графического изображения определенных показателей, нанесенного на карту в виде столбиковых, секторных, фигурных и других диаграмм?

А картограмма
Б плоскостная диаграмма
В картодиаграмма
Г объемная диаграмма
Д комбинированная диаграмма

7 ВОПРОС: Медицинская информация - это:

А данные о здоровье населения, системе самого здравоохранения, медицинской науке и

смежных с ней науках, социальной и физической внешней среде

Б уникальный вид ресурсов о здоровье населения, который с развитием человечества не только не истощается, но и качественно совершенствуется

В информационные ресурсы составляющие основную часть интеллектуального потенциала общества, определяемого накоплением, распределением и практической реализацией знаний о здоровье населения

Г информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе (названии) его заболевания, средствах и методах лечения, возможном прогнозе заболевания, а также иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента

8 ВОПРОС: Телемедицинские технологии - это:

А совокупность информационных, коммуникационных и медицинских технологий для реализации средств дистанционного оказания медицинской помощи и обмена специализированной медицинской информацией

Б предоставление услуг здравоохранения в условиях, когда расстояние является критическим фактором, работниками здравоохранения, использующими информационнокоммуникационные технологии

В отрасль медицины, использующая компьютерные и телекоммуникационные технологии для обмена медицинской информации между врачами с целью повышения качества диагностики и лечения пациентов

Г технология предоставления услуг по медицинскому обслуживанию там, где расстояние является критическим фактором

Д использование телекоммуникаций для связи медицинских специалистов с клиниками, больницами, врачами, оказывающими первичную помощь, пациентами, находящимися на расстоянии, с целью диагностики, лечения, консультации и непрерывного обучения

9 ВОПРОС: Технология «Управление в исключительных случаях основана:

А на приоритете конечных результатов над планированием

Б на приоритете взаимодействие между руководителем и подчиненным

В на приоритете контроля и жесткого управления персоналом

Г на приоритете профессионализма исполнителей

Д на приоритете экономико-математических методов

10 ВОПРОС: Системное свойство управленческого решения - это:

А коллегиальность

Б плановость

В комплексность

Г актуальность

Д последовательность разработки

Правильные ответы (эталон), специальность:
«организация здравоохранения и общественное здоровье»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	А	3	Е	5	Е	7	Г	9	Г
2	Е	4	Е	6	В	8	Д	10	В

Ситуационные задачи

Задача № 1. При проведении проверки инфекционного отделения медицинского учреждения специалистами Территориального отдела управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ленинградской области (далее - Территориальный отдел) в Н. и М. районах выявлены нарушения соблюдения СанПиН 2.1.2630- 10

«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Во исполнение предписания Территориального отдела от 14.11.2017 № 067421 в инфекционном отделении запланировано проведение ремонтных работ для устранения нарушений в установленные предписанием сроки (с 01.06.2018 по 03.09.2018).

Задание:

1. Каким образом следует организовать медицинскую помощь инфекционным больным в период проведения ремонта инфекционного отделения?

Задача № 2. Пациент Н., 35 лет, доставлен в приёмное отделение городской больницы бригадой скорой помощи с жалобами на головокружение, тошноту, боли в груди и в области ключицы. При осмотре: левое веко отечное, багрового цвета, из носовых ходов кровянистые выделения, верхняя губа разбита, на руках ссадины. Пациент утверждает, что упал с лестницы. Врач понимает, что признаки повреждений носят явно криминальный характер.

Задание:

1. Следует ли врачу сообщить в полицию о поступлении в больницу такого пациента?
2. Будет ли считаться обращение врача в полицию несоблюдением врачебной тайны?

Задача № 3. Хирургическое отделение больницы отличают от других отделений хорошие показатели в работе, сплоченный и дружный коллектив, высокий профессионализм врачей. Заведующий отделением пенсионного возраста подготовил достойную замену - опытного хирурга, обладающего организационными способностями, пользующегося уважением коллег и пациентов, компетентного, умеющего самостоятельно принимать медицинские решения. Но главный врач, не учитывая интересов и пожеланий коллектива, на освобождающуюся должность пригласил хирурга из другой больницы. Хирург, подготовленный и рекомендованный на должность заведующим отделением, уволился из больницы.

Задание:

Какова главная причина увольнения хирурга?

Выберите из перечисленных ниже вариантов наиболее соответствующий данной ситуации и обоснуйте ответ:

1. невозможность наиболее полно реализовать свои знания, способности, навыки;
2. обида на главного врача;
3. страх потерять уважение коллектива;
4. нереализованные потребности в причастности и принадлежности;
5. нереализованные потребности в признании и самоутверждении.

Задача № 4. На территории городской больницы № 14 Санкт-Петербурга произошла авария на водопроводных сетях. Отсутствует водоснабжение в отделении круглосуточного стационара.

Задание:

1. Должна ли медицинская организация ликвидировать аварию своими силами?
2. Каким образом следует организовать ремонтные работы и их оплату?
3. Считается ли это чрезвычайной ситуацией и какие меры следует принять?
4. Каким образом следует провести закупку работ для ликвидации аварии?

Задача № 5. Пациент находился в стационаре с целью проведения косметической операции.

Задание:

1. В каких случаях пациенту будет выдан листок нетрудоспособности? Дайте оценку предложенных вариантов и обоснуйте правильный ответ:

1. со дня возникновения осложнений после косметической операции, проведенной по желанию;
2. со дня госпитализации для проведения косметической операции по медицинским показаниям;
3. со дня косметической операции, проведенной по желанию;
4. со дня возникновения осложнений после косметической операции, проведенной по медицинским показаниям;
5. со дня госпитализации для проведения косметической операции по желанию.

Тестовые задания

Инструкция:

Для каждого из указанных ниже вопросов (утверждений) выберите только один наиболее правильный ответ и укажите наиболее правильный ответ.

1 ВОПРОС: Актуальность подготовки специалистов в области организации здравоохранения

обусловлена следующими факторами:

А политикой государства в области здравоохранения
Б политикой государства в области образования
В повышением конкурентоспособности специалиста
Г созданием системы многоуровневого образования специалистов в области организации здравоохранения
Д организацией научно-методической и практической помощи медицинским специалистам и учреждениям в области здравоохранения

2 ВОПРОС: Назначение квалификационных характеристик должностей работников в сфере здравоохранения:

А применяются в качестве нормативных документов
Б являются основой для разработки должностных инструкций
В организация подбора и расстановки кадров
Г устанавливают перечень основных прав работника, занимающего данную должность с учетом полученного профессионального образования
Д диверсификация нормативов регламентации труда работников для обеспечения единого подхода к подбору персонала соответствующей квалификации

3 ВОПРОС: Осуществление права каждого спасателя на проведение медицинской реабилитации- это:

А основной принцип медицинской реабилитации
Б основная задача медицинской реабилитации
В основной критерий медицинской реабилитации
Г основное правило медицинской реабилитации
Д основная составляющая медицинской реабилитации

4 ВОПРОС: Поддержание высокой работоспособности спасателей при ликвидации чрезвычайных ситуаций- это:

А основной принцип медицинской реабилитации
Б основная задача медицинской реабилитации
В основной критерий медицинской реабилитации
Г основное правило медицинской реабилитации
Д основная составляющая медицинской реабилитации

5 ВОПРОС: Назовите основные методы изучения заболеваемости населения:

А по статистическим талонам; по данным о причинах смерти; по историям болезни
Б по листкам нетрудоспособности; по амбулаторным картам; по данным медицинских осмотров
В по данным обращаемости за медицинской помощью; по данным медицинских осмотров; по данным о причинах смерти
Г по данным переписи населения; по талонам на прием к врачу; по историям болезни
Д по статистическим картам выбывших из стационара; по контрольным картам диспансерного наблюдения; по данным обращаемости за медицинской помощью

6 ВОПРОС: Что характеризует показатель общей заболеваемости?

А удельный вес того или иного заболевания среди населения
Б степень изменения уровня заболеваемости во времени
В исчерпанная заболеваемость населения
Г распространенность заболеваний среди населения
Д распространенность социально значимых заболеваний

7 ВОПРОС: Назначение приборно-компьютерных систем:

А информационная поддержка и/или автоматизация диагностического и лечебного

процесса, осуществляемых при непосредственном контакте с организмом больного
Б диагностика патологических состояний, включая прогноз и выработку рекомендаций по способам лечения, при заболеваниях различного профиля
В представления в объективной форме и организации совокупности данных, систематизированных таким образом, чтобы эти данные могли быть найдены и обработаны с помощью ЭВМ
Г автоматизация технологического процесса для врача соответствующей специальности и обеспечения информационной поддержки при принятии диагностических и тактических врачебных решений

8 ВОПРОС: Укажите функции управления медицинской организации, которые поддерживают современные информационные системы:
А планирование
Б премирование
В учет
Г анализ
Д распределение
Е регулирование
Ж если верно а,в,г

9 ВОПРОС: Назовите общие принципы управления:
А принцип регламентации
Б принцип оптимальности
В принцип формализации
Г принцип приоритета цели
Д принцип соответствия
Е принцип оптимального сочетания
Ж если верно г,д,е
З если верно а,б,в

10 ВОПРОС: Назовите частные принципы управления:
А принцип регламентации
Б принцип оптимальности
В принцип формализации
Г принцип приоритета цели
Д принцип соответствия
Е принцип оптимального сочетания
Ж если верно г,д,е
З если верно а,б,в

Правильные ответы (эталон), специальность:
«организация здравоохранения и общественное здоровье»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	А	3	А	5	В	7	Б	9	Ж
2	Б	4	А	6	Г	8	Ж	10	З

Ситуационные задачи

Задача № 1. Гражданин Н. обратился в частную клинику за медицинской помощью к терапевту с выраженными болями, отеком и покраснением кожи в области правого коленного сустава. Клиника, в которую обратился пациент, не имеет прикрепленного населения, но входит в перечень организаций, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках ОМС по профилям - терапия, неврология, хирургия. Гражданин Н. был настроен на получение платной услуги - консультации терапевта (не зная, что услугу он может получить и по ОМС, при записи по телефону он не был об этом проинформирован).С гражданином Н. был заключен договор на оказание платной услуги, оформлено

добровольное информированное согласие по форме, утвержденной приказом Минздрава России № 1177н. Услуга пациентом оплачена. Дополнительной информации и уведомлений пациент не получал. После осмотра терапевта с диагнозом: Острый синовит правого коленного сустава пациент направлен на консультацию травматолога-ортопеда. Общее состояние пациента не страдало, температура тела была нормальной. Заключен договор на консультацию травматолога-ортопеда, произведена оплата услуги. Травматолог-ортопед принял решение о проведении пункции коленного сустава с забором материала на клиническое и бактериологическое исследование, провел пункцию незамедлительно. При этом пациент не был предупрежден о том, что эта услуга и лабораторные исследования необходимо оплатить дополнительно, информированного согласия на медицинское вмешательство (пункцию коленного сустава) пациент не подписывал. Пациент оплатил услуги в полном объеме.

Задание:

1. Какие ошибки были допущены регистраторами при записи пациента на прием к терапевту и заключении договора на платную услугу?
2. Необходимо ли было заключение отдельного информированного согласия на инвазивное вмешательство на приеме у травматолога-ортопеда?
3. Какие правила оказания платных услуг нарушил травматолог-ортопед?
4. Имел ли пациент право не оплачивать дополнительные услуги - пункцию сустава и лабораторное исследование пунктата?

Задача № 2. Пациентка Н., направленная для лечения в кардиологический центр, при выборе лечащего врача попросила заведующего отделением предоставить данные о квалификации интересующего ее специалиста. В просьбе пациентки заведующий отделением отказал, объяснив свой отказ тем, что личные данные сотрудников не подлежат разглашению.

Задание:

1. Какое право пациентки было нарушено?

Задача № 3. Крупная многопрофильная больница служит клинической базой научнообразовательных учреждений города. Многие годы показатели ее деятельности превосходят аналогичные показатели других медицинских организаций. Однако, они могут быть лучше. Для повышения медицинской эффективности учреждения главный врач поручает своим заместителям разработать и внедрить систему контроля качества медицинской помощи.

Задание:

1. Раскройте содержание функции контроля.
2. Назовите основные этапы (фазы) процесса контроля и их содержание.

Задача № 4. Специалисты консультативной поликлиники государственного бюджетного учреждения здравоохранения (ГБУЗ) до 2018 г. осуществляли лабораторную диагностику на базе лабораторно-диагностического отделения ГБУЗ. Широкое внедрение стационарозамещающих технологий, увеличение объемов амбулаторно-поликлинической помощи потребовали расширения спектра лабораторных исследований для осуществления своевременной, точной диагностики заболеваний. Перечень видов лабораторных исследований в ГБУЗ ежегодно расширяется. Однако в связи с отсутствием необходимого оборудования многие исследования остаются недоступными, прежде всего, для диагностики аутоиммунных заболеваний, определения гормонального профиля, серологической диагностики заболеваний (цитомегаловируса, вируса Эбштейн-Барра, хламидий, микоплазмы, глистно-паразитарных заболеваний и др.), лекарственного мониторинга, определения специфических JgE к пищевым и бытовым аллергенам.

Задание:

1. Установите перечень и объемы необходимых лабораторных исследований, укажите основания для их определения.

Задача № 5. Качество медицинской помощи в стационаре непосредственно связано с качеством диагностики заболеваний, явившихся причиной госпитализации.

Задание:

Из приведенных ниже показателей выберите характеризующие качество врачебной диагностики в стационаре и приведите обоснование сделанного выбора:

1. летальность
2. процент расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов
3. средняя длительность пребывания пациента в стационаре
4. исходы заболеваний

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Тестовые задания

Инструкция:

Для каждого из указанных ниже вопросов (утверждений) выберите только один наиболее правильный ответ и укажите наиболее правильный ответ.

1 ВОПРОС: К видам медицинской помощи относятся:

А первичная медико-санитарная
Б специализированная, в том числе высокотехнологичная
В скорая, в том числе скорая специализированная
Г санаторно-курортная
Д если верно а, б, в, г

2 ВОПРОС: Эффективность диспансеризации определяют:

А охват диспансерным наблюдением
Б заболеваемость диспансерных больных с временной утратой трудоспособности
В количество диспансерных больных
Г частота рецидивов
Д если верно а, б, г

3 ВОПРОС: С целью раннего выявления злокачественных новообразований в амбулаторно - поликлинических медицинских организациях организуется:

А смотровой кабинет и онкологический кабинет (отделение)
Б кабинет профилактики злокачественных новообразований
В хоспис
Г онкологический кабинет
Д онкологическое отделение

4 ВОПРОС: Экстренная медицинская помощь оказывается бесплатно:

А медицинскими организациями, специализирующихся на оказании скорой медицинской помощи
Б медицинскими организациями любой формы собственности
В всеми медицинскими организациями, кроме частной формы собственности

5 ВОПРОС: Эффективность медицинской помощи зависит от:

А выбора технологий и их соблюдения
Б вида медицинской помощи
В объема медицинской помощи
Г количества страхового взноса

6 ВОПРОС: В понятие «основная причина смерти» включается:

А основное заболевание, приведшее к летальному исходу
Б заболевание, непосредственно приведшее к смерти
В ведущий синдром, явившийся непосредственной причиной смерти
Г осложнение основного заболевания

7 ВОПРОС: Доступность высоко специализированной помощи обеспечивается:

А решениями Министерства здравоохранения РФ
Б решениями региональных органов управления
В желанием граждан
Г Преемственностью между отдельными звеньями в системе здравоохранения

8 ВОПРОС: Высокотехнологичная медицинская помощь:

А обособленная в своем определении и анализе
Б часть специализированной медицинской помощи

В часть системы государственных гарантий граждан РФ
Г устанавливается в ежегодно корректируемых объемах в медицинской организации

9 ВОПРОС: Для формирования синдрома профессионального выгорания значимые факторы:
А внешние (факторы окружающей среды) и внутренние (личностные особенности сотрудников организации)
Б внешние (конкурентная среда организации) и внутренние (особенности стиля управления организацией)
В внешние (производственные характеристики) и внутренние (особенности личности руководителя)

10 ВОПРОС: Предметом плановой проверки Министерства внутренних дел являются:
А соблюдение юридическим лицом обязательных требований, установленных нормативными правовыми актами РФ
Б проведение мероприятий по предотвращению причинения вреда жизни, здоровью граждан, вреда животным, растениям, окружающей среде
В проведение мероприятий по обеспечению безопасности государства
Г проведение мероприятий по предупреждению возникновения чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера
Д проведение мероприятий по ликвидации последствий причинения здоровью граждан

11 ВОПРОС: В медицинских организациях наркотические и психотропные лекарственные средства должны храниться только:
А в виде готовых лекарственных форм, изготовленных организациями- производителями лекарственных средств
Б в виде готовых лекарственных форм, изготовленных организациями- производителями лекарственных средств или аптечным учреждением
В в виде готовых лекарственных форм, изготовленных аптечным учреждением
Г в виде готовых лекарственных форм

12 ВОПРОС: В случаях выраженных форм расстройств настроения, невротических, связанных со стрессом, соматоформных, поведенческих расстройств, расстройств личности вопрос о профессиональной пригодности к соответствующим работам решается:
А психиатром
Б неврологом и психиатром
В комиссией врачей-специалистов, соответствующих профилю заболевания
Г комиссией врачей-специалистов, соответствующих профилю заболевания, с участием врача-профпатолога
Д комиссией врачей-специалистов, соответствующих профилю заболевания, с участием врача-психиатра

13 ВОПРОС: Критерии эффективности предварительных и периодических медосмотров работников, работающих во вредных и (или) опасных условиях труда:
А степень учета всех вредных производственных факторов, действующих на рабочем месте работника, подлежащего осмотру
Б степень охвата осмотрами всех работников, подвергающихся воздействию вредных и (или) опасных производственных факторов
В своевременность проведения периодических медицинских осмотров
Г соответствие перечня врачей-специалистов, участвующих в осмотре, комплексу вредных производственных факторов, действующих на рабочем месте работника
Д если верно а, б, г

14 ВОПРОС: Стратегическим направлением современной программы реорганизации медицинской помощи в РФ является:
А сокращение объемов стационарной помощи, развитие дневных стационаров и стационаров на дому
Б расширение объемов стационарной помощи, развитие дневных стационаров и стационаров

на дому
В сокращение объемов амбулаторно-поликнической, расширение сети стационаров
Г увеличение объемов специализированное медицинской помощи, сокращение первичной медико-санитарной помощи

15 ВОПРОС: Стратегическим направлением современной программы реорганизации стационарной медицинской помощи в РФ является:
А развитие стационарзамещающих видов медицинской помощи
Б развитие сети коечного фонда
В развитие платных медицинских услуг в стационарах, недорогостоящие медицинские услуги
Г сохранение коечного фонда

16 ВОПРОС: Стратегическим направлением современной программы реорганизации амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в РФ является:
А увеличение расходов на амбулаторно-поликлиническую медицинской помощь
Б уменьшение соплатежей населения населения за медицинскую помощь
В уменьшение лечебной функции поликлиники, развитие профилактического направления
Г уменьшение амбулаторной помощи, расширение медицинской помощи в стационарах

17 ВОПРОС: Показатель нормативных объемов медицинской помощи в системе ОМС отражает:
А стоимость одного посещения в амбулаторно-поликлинической медицинской организации в рамках бесплатной медицинской помощи
Б регламентированное количество оплат медицинских услуг на человека
В размер финансовых средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на одного человека в год
Г размер страховых взносов, вносимых страхователями в систему ОМС

18 ВОПРОС: Медицинская организация в системе ОМС является:
А потребителем медицинских услуг в рамках ОМС
Б потребителем страховых средств по ОМС
В организацией, оплачивающей страховой взнос в фонды ОМС
Г организацией, финансирующей производителей медицинских услуг

19 ВОПРОС: Стационар на дому:
А снижает нагрузку на стационар круглосуточного пребывания пациентов
Б уменьшает коечный фонд
В сокращает неоправданную госпитализацию
Г улучшает доступность медицинской помощи
Д Если верно а, б, в, г

20 ВОПРОС: В работе по преемственности с поликлиническими учреждениями станция скорой помощи контролирует:
А обоснованность вызовов бригад СМП для транспортировки больных
Б правильность заполнения талона на госпитализацию
В выполнение поликлиникой «активных» вызовов поступивших от бригад СМП
Г обоснованность выдачи врачом поликлиники листков нетрудоспособности
Д Если верно а, б, в, г

Правильные ответы (эталон), специальность:
«организация здравоохранения и общественное здоровье»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	**Д**	6	**А**	11	**Б**	16	**А**
2	**Д**	7	**Г**	12	**Г**	17	**Б**
3	**А**	8	**Б**	13	**Д**	18	**Б**
4	**Б**	9	**В**	14	**А**	19	**Д**
5	**А**	10	**А**	15	**А**	20	**Д**

Ситуационные задачи

Задача 1. В медицинскую организацию обратился слесарь с жалобами на жжение, выраженную боль в кистях рук с последующим снижением чувствительности. Связывает свое ухудшение с тем, что в течение всей смены был занят на работах по соединению проводов телефонного кабеля, средства защиты (перчатки не использовал), при этом температура атмосферного воздуха по данным метеослужбы была в пределах от –7 °С до –5 °С.

Задание:

1). Назовите наиболее вероятное заболевание.

1. Вегетативно-сенсорная полиневропатия.
2. Полиартрит.
3. Координаторный невроз.
4. Периферический ангиоспазм.
5. Отморожение.

2). Обоснуйте профессиональный характер патологического состояния.

1. Длительное выполнение движений «тонкой координации» пальцами рук.
2. Длительное интенсивное охлаждение кистей рук.
3. Отсутствие средств индивидуальной защиты.
4. Несоответствие режима труда и отдыха гигиеническим требованиям.
5. Напряжение связочного аппарата кистей вследствие выполнения трудовых операций.

Задача 2. У специалиста возник вопрос о порядке оказания платных медицинских услуг.

Задание: Дать нормативно обоснованный ответ об оказании платных медицинских услуг.

Задача 3. При плановой проверке медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществе и их прекурсоров, лицензирующим органом выявлено подписание трудового контракта с лицом А., принимаемом на работу до издания приказа руководителя организации о приеме на работу лица А.

Задание:

1) Оценить, правильно ли поступил работодатель.

2) Указать регламентирующий нормативный документ допуска к работе с наркотическими средствами, психотропными веществами и их прекурсорами.

Эталон ответа

а) нет, не правильно.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 06.08.1998 N 892 "Об утверждении Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ", часть 7 - при отсутствии оснований, препятствующих допуску лица к работе с наркотическими средствами, психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, руководитель организации (лицо, его замещающее) или индивидуальный предприниматель издает соответствующий приказ и заключает с указанным лицом трудовой договор.

Приложение 5

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.3 Педагогика

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний	26
Тестовые задания	100
Ситуационные (клинические) задачи	18

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, **%**
зачтено	51-100
незачтено	0-50

Формируемые компетенции

Компетенции	**Перечень компонентов**	**Технологии формирования. Формы оценочных средств**
В процессе подготовки по данной специальности ординатор формирует и демонстрирует следующие:		
Универсальные компетенции:		
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	**знать**: - теоретические основы нервной деятельности; - механизмы абстрактного мышления; **уметь**: - Анализировать проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними. - Определять пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению - Критически оценивать надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников; - организовать самостоятельный умственный труд в работе с информацией; **владеть**: -методиками самоконтроля, абстрактного мышления, аналитического мышления;	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	**знать**: - законодательство и нормативную документацию в сфере образования и здравоохранения; - нормативы по обучению, переподготовки, аттестация и сертификация персонала; - теоретические основы управления персоналом; **знать**: - системы управления и организацию труда в отрасли здравоохранения; - принципы лидерства и персонального менеджмента; - формы и методы организации гигиенического образования и воспитания населения; - медицинскую этику и деонтологию; **уметь**: - Вырабатывать стратегию командной	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	работы и на ее основе организует отбор членов команды для достижения поставленной цели - Организовать и корректировать работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений - Разрешать конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон; - создавать рабочую атмосферу, позитивный эмоциональный климат в команде организовывать деятельность медицинских организаций и их структурных подразделений; **владеть**: - методами организации гигиенического образования и воспитания населения; - системами управления и организации труда в медицинском учреждении;	
	Общепрофессиональные компетенции	
ОПК-3 Способен осуществлять педагогическую деятельность	**знать**: - педагогические технологии, - законодательство и нормативную документацию, регламентирующую педагогическую деятельность; основы медицинского законодательства и права; - национальную политику здравоохранения; - медицинскую этику и деонтологию; - психологию профессионального общения; - методики самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой; **уметь**: - проводить занятия по профилю специальности ; - осуществлять самостоятельную работу с учебной, научной, нормативной и справочной литературой и проводить обучение, консультации работников; **владеть**: - методикой преподавания дисциплин профиля для различных возрастных групп и уровня образования; - коммуникативными навыками для общения с различными группами населения; - навыками использования в работе нормативных документов, - навыками применения психологических методик профессионального общения; - спецификой применения методик самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой;	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

Типовые контрольные вопросы к зачету

а) Вопросы для оценки сформированности элементов компетенции УК-1:

1. История возникновения педагогической деятельности как профессии.
2. Типы образовательных учреждений, характерные для различных исторических периодов жизни человека.
3. Общее и различное между понятиями: педагоги, жрецы, дидаскалы, педономы, педотрибы, грамматики.
4. Показать отличия профессиональной педагогической деятельности от непрофессиональной.

5. Охарактеризовать личностно-творческий компонент профессиональной педагогической культуры.
6. Выделите наиболее существенные особенности педагогической деятельности, отличающие ее от любой другой профессиональной деятельности.
7. Проблемы целостности учебно-воспитательного процесса.
8. Система образования и ее компоненты
9. Основные принципы государственной политики в области образования.
10. Общие требования к содержанию образования (Закон РФ «Об образовании»),
11. Основные категории педагогики и их соотношение
12. Государственное управление образовательными системами. Взаимодействие социальных институтов в управлении образовательными системами.
13. Принципы, формы и методы управления образовательными системами.
14. Понятие «организация» и «система». Классификация систем. Виды организаций.
15. Аксиологический компонент педагогической культуры.

б) Вопросы и для оценки сформированности элементов компетенции УК-2:

16. Спектр педагогических специальностей и занимаемых педагогами должностей
17. Результаты обучения: диагностика, текущий и итоговый контроль.
18. Современные модели организации обучения.
19. Сущность методологии педагогики и уровни методологического знания
20. Основные методы обучения: общая характеристика. Правила выбора методов обучения.
21. Классификация средств обучения.

в) Вопросы и для оценки сформированности элементов компетенции УК-3:

22. Проблема развития познавательной активности учащихся.
23. Социально-психологический климат в педагогическом коллективе и его функции.
24. Причины и особенности конфликтов в педагогическом коллективе.

г) Вопросы и для оценки сформированности элементов компетенции ПК-9:

25. Гуманистическая природа и творческий характер педагогического труда.
26. Сущность социальной миссии и профессиональных функций педагогической деятельности.

С Тестовые задания

а) тесты для оценки сформированности элементов компетенции УК-1:

1. Педагогика - это наука о
а . воспитании и обучении человека в современном обществе
б. способах научного познания
в. психологических особенностях личности
г. физиологических закономерностях развития личности
д. подготовке учителя к работе в школе

2, Объектом педагогики является
а. учение о принципах построения теории
б. методы педагогического исследования
в. психологические особенности личности
г. педагогический процесс
д. междисциплинарные связи человекознания

3, Развитие педагогики как науки определяет

а. уровень научно-технического прогресса
б. управление работой педагогов-практиков
в. необходимость передачи социального опыта
г. наследие предшествующих цивилизаций

д. повышение роли личности в общественной жизни

4, Факторы, влияющие на постановку цели воспитания

а. возможности учебно-воспитательных заведений
б. идеалы родителей в отношении детей
в. потребности общества в человеческих ресурсах
г. интересы педагогов общеобразовательной школы
д. стремление учащихся приобрести профессию

5. В переводе с греческого педагогика означает

а. детовождение
б. воспроизведение
в. управление
г. закрепление
д. повторение

6. Что включают в себя требования к результатам общего образования, структурированные по его ключевым задачам, согласно концепций федеральных государственных образовательных стандартов общего образования?

а. предметные, метапредметные и личностные результаты
б. личностные, регулятивные, познавательные и коммуникативные результаты
в. знания, умения, навыки, опыт решения проблем, опыт творческой деятельности

7. Определить содержание обучения - значит ответить на вопрос

а. зачем учить
б. кого учить
в. чему учить
г. как учить
д. сколько учить

8. Методы обучения в дидактике позволяют ответить на вопрос

а. зачем учить
б. чему учить
в. как учить
г. когда учить
д. где учить

9. Индивидуальный показатель скорости и качества усвоения человеком знаний, умений и навыков в процессе обучения есть

а. образованность
б. воспитанность
в. обучаемость
г. одаренность
д. способность

10. Термин «принцип обучения» означает:

а. дидактические законы
б. правила
в. дидактические закономерности
г. руководящие идеи, нормативные требования к организации и проведению педагогического процесса

11. Воспитание - это:

а. привитие соответствующих норм и правил поведения
б. работа с детьми в учебно-воспитательном учреждении
в. процесс целенаправленного, систематического формирования полноценной личности в целях подготовки ее к активному участию в общественной, производственной и культурной жизни
г. развитие творческих сил и способностей человека
д. передача знаний, умений, навыков

12, Образование - это:

а. результат целенаправленных взаимоотношений между учителем и учащимися
б. эффективное применение на практике накопленных научных знаний
в. развитие мировоззрения, нравственных и других качеств личности
г. процесс и результат обучения и воспитания
д. результат профессиональной подготовки личности

13, Обучение - это:

а. деятельность человека с определенной целью
б. процесс и результат усвоения знаний, умений, навыков
в. влияние внешних и внутренних факторов на процесс формирования личности
г. формирование личностных качеств
д. процесс управления под руководством учителя

14, Самообразование - это:

а. саморазвитие личностных качеств
б. учебный процесс под руководством педагога
в. процесс и результат целенаправленной познавательной деятельности человека
г. самосовершенствование с помощью массово-информационной среды

15, Личность - это совокупность:

а. социальных и личностных качеств, определяющих его общественную сущность
б. моральных, профессиональных качеств
в. нравственных, морфологических качеств
г. индивидуальных и социальных качеств
д. личностных и индивидуальных качеств

16. Принцип доступности обучения - это:

а. учет индивидуальных и возрастных особенностей учащихся
б. соответствие содержания и объема учебного материала возрастным и индивидуальным особенностям учащихся
в. соответствие процесса обучения уровню знаний учащихся
г. учет связи процесса обучения с жизнью
д. соответствие процесса обучения интересам учащихся

17, Целостно-педагогический процесс:

а. единство воспитания и обучения
б. взаимодействие школы, семьи и общественности
в. целенаправленный процесс взаимодействия учителя и учащихся с целью усвоения культурных ценностей и подготовки к жизнедеятельности

18, Основные элементы целостного педагогического процесса:

а. структура, направление, содержание
б. цель, ход урока, наглядность
в. цель, задачи, содержание, формы, методы, результат
г. учебный предмет, ученик, учитель
д. тема урока, цель, ход урока, проверка знаний

19, Латинское слово «парадигма» в педагогике означает:

а. модель
б. направление
в. пример
г. инструкция
д. проект

20, Особенности педагогического труда:

а. постоянное взаимоотношение с детьми
б. духовное богатство
в. познавательный кругозор
г. творческий поиск
д. планирование учебно-воспитательной работы

21. Преподавание - это:

а. передача учащимся знаний, умений, навыков
б. управление усвоением в рамках отдельных познавательных задач
в. управление учебно-познавательной деятельностью обучаемых
г. реализация принципа связи теории и практики
д. реализация принципа активности познавательной деятельностью обучаемых

22. Образовательные программы разрабатываются на основе:

концепции образования
программы развития образования
закона об образовании
образовательного стандарта

23. Основной метод воспитания - это:

а. убеждение
б. слово учителя
в. приучение
г. пример

б) тесты для оценки сформированности элементов компетенции УК-2:

24, Методы педагогического исследования – это

а. способы формирования личностных качеств
б. способы усвоения новых знаний

в. способы решения проблемных задач
г. способы познания объективной реальности
д. способы изучения педагогических явлений

25, Позиция педагога – это:

а. готовность к педагогической деятельности
б. научно-теоретическая подготовка
в. система отношений к педагогической деятельности
г. умение планировать процесс обучения
д. ориентация в различных отраслях науки

26, Форма воспитания – это

а. организационная структура.
б. педагогическое действие
в. варианты организации конкретного воспитательного акта

27. Методы воспитания – это

а. самоанализ, самооценка, самоконтроль, саморегуляция, самоосуждение
б. способы достижения цели воспитания
в. ситуации доверия, контроля, саморегуляция
г. состязания, показ образцов и примера, создание ситуаций успеха

28. Воспитание, осуществляемое в целях укрепления здоровья человека и достижения правильного физического развития:

а. физическое воспитание
б. валеология (лечебная педагогика)
в. профессиональный спорт
г. подготовка спортсмена
д. закаливание

29. Какие условия являются необходимыми для успешной учебной деятельности правополушарных учащихся

а. детальное изложение материала, преобладание гештальта (образов), технологизация процесса обучения
б. связь информации с реальностью, практикой, преимущественно творческие задания, использование контекста
в. неоднократное повторение учебного материала, тишина на уроке, абстрактный линейный стиль изложения информации

30. Методы обучения, при которых источником знаний является устное или печатное слово – это

а. Словесные
б. Наглядные
в. Практические
г. Иллюстрационные
д. демонстрационные

31, Владение способами применять усвоенные знания на практике называется

а. Умениями
б. Образованностью
в. Воспитанностью
г. обученностью
д. знаниями

32. Основные компоненты образования

а. знания, умения, навыки
б. знания, способности, мышление
в. умение, задатки, склонности
г. навыки, умения, сознание
д. мышление, психика, память

33. Метод обучения, при котором учащийся сам ставит проблему, находит пути ее решения, оформляет и представляет результат, называется:

а. эвристическим
б. репродуктивным
в. проектным
г. проблемным
д. эвристическим

34, Дидактика – это

а. раздел педагогики, изучающий проблемы управления учебными заведениями
б. раздел педагогики, изучающий процесс воспитания
в. отрасль педагогики, разрабатывающая теорию обучения и образования
г. наука о закономерностях развития личности
д. наука о подрастающем поколении

35, Правило: «от легкого к трудному» относится к принципу

а. доступности
б. научности
в. последовательности и систематичности
г. связь теории с практикой
д. наглядности

36. Основное правило, руководящая идея построения процесса обучения, согласно установленным закономерностям:

а. Закономерностью
б. Законом
в. движущей силой обучения
г. принципом
д. закономерностью

37. Процесс научного познания характеризуется

a. вооружением учащихся опытом и знаниями, добытым
b. наличием непосредственного руководства со стороны учителя
c. усвоением субъективно новых знаний
d. открытием новых фактов и законов развития окружающего мира

38. Креативность - это:

а. проявление творческих способностей
б. способ релаксации
в. соактивность

39. Компоненты практической деятельности, проявляющиеся при выполнении необходимых действий, доведённых до совершенства путём многократных упражнений, - это:

а. навыки
б. умения
в. знания
г. способности

40. Наглядными методами обучения является:

а. составление таблиц, графиков, диаграмм
б. графические работы, лабораторные работы, упражнение
в. беседа, рассказ, школьная лекция, инструктаж
г. самостоятельные наблюдения, иллюстрация, демонстрация

41. К формам организации процесса обучения не относятся:

а. экскурсия
б. наблюдение
в. урок
г. факультативные занятия
д. домашняя работа

42. Классификация методов по характеру познавательной деятельности:

а. индуктивные и дедуктивные;
б. словесные, наглядны, практические;
в. объяснительно-иллюстративные, репродуктивные, проблемные;
г. метод первичного освоения материала, закрепление, выработка умений и навыков, проверка и оценка
д. метод контроля

43. Домашняя работа по овладению изучаемым материалом характеризуется:

а. наличием учебного задания и самостоятельной работой учащихся по выполнению этого задания;
б. самостоятельной работой учащихся по выполнению задания;
в. совершенствованием учебных умений и навыков;
г. усвоением учебного материала;
д. отсутствием непосредственного руководства учителя

44. Многократное выполнение учебных действий с целью отработки умений и навыков - это:

а. дискуссия
б. практическая работа
в. упражнение
г. лабораторная работа
д. устный опрос

45. Основной вид деятельности учащихся, без которого невозможно обеспечить обучение - это;

а. трудовая деятельность
б. игровая деятельность
в. общественно-полезная деятельность
г. учебно-познавательная деятельность
д. умственная деятельность

46. Отрасль педагогики, рассматривающая обучение и воспитание детей с нарушением слуха:

а. сурдопедагогика
б. дефектология
в. олигофренопедагогика
г. логопедия
д. тифлопедагогика

47. Отрасль педагогики, рассматривающая обучение и воспитание детей с нарушениями зрения:
а. дефектология
б. логопедия
в. олигофренопедагогика
г. сурдопедагогика
д. тифлопедагогика

48. Отрасль педагогики, рассматривающая обучение и воспитание детей с отклонениями в умственном развитии:

а. тифлопедагогика
б. олигофренопедагогика
в. сурдопедагогика
г. дефектология
д. логопедия

49. Отрасль педагогики, рассматривающая обучение и воспитание детей с нарушением речи:

а. тифлопедагогика
б. олигофренопедагогика
в. сурдопедагогика
г. дефектология
д. логопедия

50. Типы проектов в соответствии с доминирующей в проекте деятельностью:

а. монопроекты (возможно, тоже верный вариант)
б. исследовательские
в. межпредметные
г. недельные

51. От родителей к детям наследственно передаются:
а. тип нервной системы
б. волевые качества
в. образ жизни
г. черты характера
д. нравственные качества

52. Дефектология:

а. воспитание детей с нарушением слуха
б. воспитание детей с нарушением органов зрения
в. воспитание детей с нарушением развития речи
г. отрасль педагогики, изучающая воспитание детей с отклонениями в развитии
д. раздел педагогики, изучающий воспитание детей с девиантным поведением

53, Движущей силой учебного процесса является

а. противоречие между учебными задачами и наличным уровнем знаний учащихся
б. волевые качества учителя
в. осознание учащимися необходимости овладеть знаниями, умениями и навыками
г. последовательная смена ведущих видов учебной деятельности учащихся
д. дидактические способности учителя

54, Поощрение и наказание - метод:

а. стимулирующий
б. словесный
в. поисковый
г. наглядный
д. практический

55. Реферат - это:

а. краткое изложение в письменном виде или в форме публичного выступления содержания изученного источника
б. завершенное научное исследование
в. получение информации о характере познавательной деятельности
г. совет, даваемый специалистом
д. краткое, письменное изложение статьи

56. Поощрение - это метод:

а. организации коллективной деятельности ребенка
б. общественного требования к обучающемуся
в. стимулирования поведения
г. коллективного требования к ребенку

57. Форма получения образования, где в ходе образования постоянно существует связь «обучаемый-преподаватель» называется:

а. Самообразование
б. Очная
в. заочная

58. Метод обучения, обеспечивающий усвоение учебного материала путем самостоятельных размышлений, поиска, «открытия»:

а. Рассказ
б. объяснение
в. решение проблемы
г. частично-поисковый метод

59, Впервые термин «дидактика» ввел:

а. Я. А. Коменский
б. В. Ратке
в. Ж.Ж. Руссо
г. И.Г. Песталоцци

60. Методы обучения в дидактике позволяют ответить на вопрос:

а. зачем учить
б. чему учить
в. как учить
г. когда учить

61. Наглядные методы обучения условно можно разделить на 2 группы:

а. иллюстрация и демонстрация
б. беседа и демонстрация
в. семинар и наблюдение
г. словесные и наглядные

62. Получение информации о состоянии педагогического процесса с помощью совокупности методов, приемов, способов - это:

а. педагогический мониторинг
б. педагогическая диагностика
в. педагогическая рефлексия
г. педагогический менеджмент

63. Наказание - это:

а. метод воспитания, проявляющийся в форме требования
б. управление деятельностью ученика при помощи разнообразных повторяющихся дел
в. способ воздействия на воспитанника с целью прекратить его отрицательные действия
г. воздействие на знание учащихся с целью разъяснения фактов и явлений жизни

64, Воспитательный процесс - это процесс:

а. взаимодействия
б. воздействия
в. рефлексии
г. действия

65, Идея целостности воспитательного процесса на практике реализуется через:

а. культурологический подход
б. психологический подход
в. индивидуальный подход
г. комплексный подход

66. Мониторинг в педагогике - это

а. часть операционной системы
б. технические средства обучения
в. углубленное изучение наблюдение,
г. оценка и прогноз образовательного процесса

67. Категорией дидактики является

а. нравственное развитие
б. процесс обучения
в. цель воспитания
г. социализация личности
д. воспитание

в)тесты для оценки сформированности элементов компетенции УК-3:

68. Факторы развития личности

а. наследственность, среда, воспитание, самовоспитание
б. интерес к учебе, уровень достижений
в. уровень знаний по учебным дисциплинам
г. статусное положение личности в коллективе
д. методы обучения и воспитания

69. Главной движущей силой воспитания являются

а. противоречие индивидуального морального сознания
б. противоречие общественного развития
в. противоречие между умственным и физическим трудом
г. противоречие между имеющимся уровнем развития и новыми, более высокими потребностями
д. расхождение ценностных ориентаций

70. Закономерность воспитания – это

а. общее руководящее положение, требующее последовательности действий при различных обстоятельствах
б. адекватное отражение объективной действительности воспитательного процесса, обладающего устойчивыми свойствами
в. варианты организации конкретного воспитательного процесса
г. управление деятельностью учащихся при помощи разнообразных повторяющихся дел
д. условия и предпосылки воспитательного процесса

71. Методы воспитания это:

а. общие исходные положения, которыми руководствуется педагог
б. способы достижения цели воспитания
в. предметы материальной и духовной культуры, которые используются для решения педагогических задач
г. внешнее выражение процесса воспитания
д. варианты организации конкретного воспитательного процесса

72. Поощрение - это

а. способ педагогического воздействия на воспитанника с целью стимулирования положительного поведения
б. неодобрение и отрицательная оценка действий и поступков личности
в. привлечение воспитанников к выработке правильных оценок и суждений
г. эмоционально-словесное воздействие на воспитанников
д. яркое, эмоциональное изложение конкретных фактов и событий

73. Семья - это

а. брак двух людей
б. начальная, структурная единица общества, закладывающая основы личности
в. образование, в котором человек целиком проявляется во всех отнош ениях
г. социально-педагогическая группа людей, предназначенная для удовлетворения потребностей
д. малая группа, основанная на кровном родстве, члены которой связаны между собой

74, Кризис современной семьи характеризуется

а. резким изменением социального фона и медленной адаптации семьи к новым социально-экономическим условиям
б. сужением кругозора родителей
в. преобладанием гражданских браков
г. свободой заключения и расторжения брака
д. резким падением авторитета и роста конфликтности с ними

75, Двусторонний характер обучения проявляется в тесном взаимодействии

а. самообразования и учения
б. ученика и класса
в. семьи и школы
г. преподавания и учения

д. образования и воспитания

76. Начать беседу лучше:

а. с вопросов, по которым есть разногласия
б. с вопросов, по которым есть согласие

77. Использование дополнительных форм обучения обусловлено тем, что:

а. уроки дают лишь часть знаний
б. они дополняют и развивают классно-урочную систему
в. уроки скучны и надо их разнообразить
г. внеурочные формы способствуют выработке свободных действий
д. внеурочные занятия позволяют сделать занятия более интересными

78. Целенаправленный процесс передачи информации, специфическая форма взаимодействия людей в процессах их познавательно-трудовой деятельности называется

а. коммуникацией
б. коммуникативной компетентностью
в. неформальным общением

79. Орган коллегиального управления стратегией развития педагогического процесса на научной основе является:

а. заседания
б. педагогический совет образовательного учреждения
в. методсовет
г. производственное совещание
д. предметное объединение

80. Коммуникационное взаимодействие между индивидами без использования слов (передача информации или влияние друг на друга через интонации, жесты, мимику, пантомимику), представленных в прямой или какой- либо знаковой форме, называется:

а. невербальным общением
б. интерактивным общением
в. вербальным общением

81, Аттестация педагогов проводится с целью:

а. совершенствования теоретической подготовки учителя
б. методической подготовки учителей
в. выявления реального уровня их профессионального мастерства
г. самообразовательной работы учителей

82. Определите по описанию стиль педагогической деятельности: «Стремление педагога минимально включаться в деятельность, использование практики невмешательства, снятие с себя ответственности за результаты обучения, незаинтересованность проблемами как школы, так и учащихся»

а. попустительский
б. демократический
в. авторитарный

83. В чем заключается регулятивная функция педагогического общения?

а. в обеспечении реального психологического контакта с учащимися, процесса познания, взаимопонимания, обмена материальными и духовными ценностями, развития познавательной направленности личности
б. в развитии организационных и организаторских качеств личности, коммуникативных, гностических, функциональных и других способностей и умений детей через активное участие в роли исполнителя или организатора различных видов деятельности
в. в выборе и применении форм, средств, методов, приемов контроля достижений и недоработок учащихся с целью корректировки их обучения и воспитания

84, Педагогический такт:

а. взаимодействие взрослых и детей
б. соблюдение педагогом принципа меры в общении с детьми в самых разнообразных сферах деятельности,
в. умение выбрать правильный подход к учащимся.
г. мера воспитательного воздействия
д. внешнее проявление внутреннего мира человека
е. активная форма взаимодействия со средой

85, «Команда», «указание», «выговор» свойственны следующему стилю педагогического общения:

а. авторитарный
б. демократический
в. либеральный
г. сотрудничество
д. взаимопонимание

86, «Просьба», «консультация», «соглашение» свойственны следующему стилю педагогического общения:

а. оппозиционный
б. авторитарный
в. либеральный
г. демократический
д. нейтральный

87. Стиль поведения педагога, не принимающего участия в жизни коллектива:

а. демократический
б. либеральный
в. авторитарный
г. нейтральный
д. оппозиционный

88. Эффективный стиль управления педагогическим процессом:

а. нейтральный
б. либеральный
в. авторитарный
г. оппозиционный
д. демократический

89. Способности - это:

а. выдающиеся достижения в деятельности
б. отдельные знания, умения, навыки
в. качества, передаваемые по наследству
г. степень одаренности
д. это свойства личности, являющиеся условиями успешного осуществления определённого рода деятельности

90, Принцип параллельного воздействия в теории коллектива:

а. сотрудничество семьи, школы, общественности
б. взаимоотношения воспитателей и воспитанников
в. влияние на воспитанника через коллектив
г. влияние родителей и воспитателей на воспитанника

д. влияние на волю, сознание и поведение воспитанника

г)тесты для оценки сформированности элементов компетенции ПК-9:

91, Необходимость передачи социального опыта возникла

а. одновременно с появлением общества
б. с появлением технических средств обучения
в. в ходе разработки содержания образования
г. с развитием педагогики как науки
д. в результате создания классно-урочной системы

92. Основными приемами самовоспитания являются:

а. обобщенные способы действий, открывающие широкую ориентацию учащихся в различных предметных областях
б. самоанализ, самооценка, самоконтроль, саморегуляция, самоосуждение
в. система устойчиво характеризующих человека побуждений

93. Принцип связи воспитания с жизнью, трудом предполагает

а. обязательное участие всех детей и подростков в посильном производительном труде
б. слаженность действий воспитателей и родителей
в. борьбу с вредными привычками, ленью, разгильдяйством
г. усвоение содержания образования
д. взаимосвязь методов, средств и форм воспитания

94. Самовоспитание - это:

а. перестройка установок взглядов и способов поведения, противоречащих этическим нормам
б. специально организованная познавательная деятельность
в. процесс и результат целенаправленной деятельности человека в стремлении к совершенству
г. воспитание правил хорошего тона и культуры поведения
д. воспитание чувства национального достоинства

95. Сопереживание, постижение эмоционального состояния, проникновение в переживания другого человека называется?

а. релаксация
б. рефлексия
в. эмпатия
г. инициация

96, Что подразумевает гендерный подход в обучении

а. учёт физиологических, интеллектуальных, нравственных, эмоциональных, поведенческих различий между мальчиками и девочками
б. реализацию обучения, направленного на раскрытие специфических закономерностей освоения знаний и умений взрослым субъектом учебной деятельности, а также особенности руководства этой деятельностью со стороны профессионального педагога
в. ориентацию на жизненный успех, достижения в развитии каждого ученика и учителя, на развитие творческого потенциала и продление периода творческой деятельности человека, его социальную адаптацию в сложных условиях бытия

97. Общая цель социально-психологического тренинга навыков здорового образа жизни:

а. приобретение знаний;
б. развитие установок, определяющих поведение

повышение компетентности в общении

98. Необходимость передачи социального опыта возникла в связи с?

а. обновлением содержания образования
б. развитием научно-технического прогресса
в. возникновением человеческого общества
г. развитием педагогической науки

99, Привлечение всех органов чувств к восприятию учебного материала есть принцип:

а. Прочности
б. Научности
в. систематичности и последовательности
г. доступности
д. наглядности

100. Целенаправленный процесс формирования у подрастающего поколения ценностных отношений, сознательности и ответственности – это:

а. физическое воспитание
б. нравственное воспитание
в. трудовое воспитание
г. эстетическое воспитание

Ситуационные задачи

а) ситуационные задачи для оценки сформированности элементов компетенции УК-1:

1. Студенты 1 курса на санитарской практике. Одна студентка возражает против уборки палаты, говорит, что ей не обязательно это делать, будущая ее профессия не будет связана с физическим трудом (врач). Руководитель в замешательстве, студентка учится на «отлично», примерно себя ведет, и вдруг такое заявление. Руководитель решает: «Иди к декану и решай вопрос с ним». Как необходимо поступить руководителю.

б) ситуационные задачи для оценки сформированности элементов компетенции УК-2:

2. В первый класс пришли два мальчика близнецы Павлик и Эдик. Спустя некоторое время учительница заговорила о том, что ребята плохо развиты (можно сказать, дебильные). Завуч, исходя из бесед с ребятами, сделала вывод о том, что при работе с ними необходимо учитывать индивидуальные психологические особенности их развития, уделять им больше внимания на уроке в индивидуальном плане, давать дифференцированные задания. Об этом просила мать-инженер. Учительница была против. Ребята были показаны медико-педагогической комиссии, которая подтвердила доводы завуча, что знаний у ребят маловато, так как должного внимания им не уделялось. Им дали возможность во втором классе обучаться второй год. Они попали в другие руки; повезло им и на классного руководителя с 4-го класса. Мальчики стали успевать. Эдик даже без троек. С радостью стали ходить в школу, заниматься спортом и успешно закончили школу. Объясните этот процесс с позиций **медицинской педагогики.**

3. Молодой педагог после прихода в класс сразу же выделил Сашу К., который отличался подвижностью, неуравновешенностью, обладал, казалось, неиссякаемой энергией, на уроке вертелся, разговаривал с соседями, но отвечал всегда правильно, хотя кратко, а класс смеялся при его ответах. Учительница хотела добиться идеальной дисциплины, ей это не удавалось в 5-м классе, поэтому свое негодование обрушила на Сашу. Не хотела, а быть может, не могла учесть возрастные психологические особенности развития ребенка, видеть в нем человека. Дело дошло до вызова родителей в школу, мальчик начал пропускать уроки этой учительницы, а потом все подряд. К концу года стал троечником. Дома у него сложились обстоятельства так, что семья переехала в другой район. Мальчик стал ходить в другую школу. Поначалу не ладилось дело с ним у нового классного руководителя, но он все-таки сумел найти подход к Саше, хотя стоило это немалого терпения, усилий, мальчик обрел веру в хорошего учителя и доброго понимающего человека. В этой школе зарекомендовал себя прилежным учеником. Объясните этот процесс с позиций медицинской педагогики.

4. Студентка резко сдала в учебе, увлеклась нарядами, танцами. Она избалована, капризна, с мнением одноклассников не считается. Конфликтует со всеми педагогами. Попытка педагогов,

членов коллектива найти к ней подход и поправить положение дел, не удалась. Что предпринять тьютеру?

5. Молодой педагог проводит после окончания вуза свое первое занятие. Короткое знакомство с учащимися. Внимание привлек учащийся Ш., симпатичный паренек со смеющимися глазами. Студенты с интересом присматривается к педагогу. Слушают внимательно. И только Ш. усиленно развлекает своего соседа и смеется. Преподаватель довела рассказ до конца. Ш. не получил ни одного замечания. И вот учащимся задан вопрос. К доске вызван Ш. Он, несколько смутившись, но приняв независимый вид, выходит к доске и - прыскает от смеха. Руки у него в карманах. «Ш., Вам понятен вопрос?» — спросила преподаватель доброжелательно. - «Понятен», - буркнул Ш., а сам продолжает смеяться глазами, а потом опять прыскает от смеха. Группа ждет, чем все это закончится...

в)ситуационные задачи для оценки сформированности элементов компетенции УК-3:

6. Как-то на перерыве студентка Л. очень метко подметила, что студент С. очень похож лицом на человека с диагнозом Марфана, изображенного в учебнике. Это подхватили учащиеся группы. У Л. и С. начались ссоры.

На занятии по немецкому языку, отвечая, Люда допустила оплошность. Группа засмеялась. С. захохотал громче всех. Люда взяла учебник, быстро открыла страницу с фотографией больного, показала С.. Тот побагровел и в адрес Л. сказал: «Тварь». Л. подошла к нему и ударила по щеке... найдите выход из сложившейся конфликтной ситуации.

7. Перед началом занятий по русскому языку педагогом на доске были написаны начала предложений. Их надо было продолжить учащимся. Предлагается задание - последовал взрыв смеха. Взгляд на доску - причина смеха ясна. Предложение: «Гаврик втащил Петю в подворотню и...» было продолжено словами «дал ему... (нецензурное слово)». Последовал вопрос педагога: «Кто это сделал?» Тишину разрезал голос внешне непривлекательной студентки, умной и способной, но она не пользовалась вниманием со стороны юношей. ***«Я»,*** - как-то просто и серьезно ответила Таня К. Большинство студентов и педагог опешили: «Не надо жертв, Таня», - пытаясь найти правду, успокоил ее педагог. «И

Вы мне не верите?» - в слезах бросила она. «Верю, вытри слезы и доску», - как можно мягче попросил педагог. Она молча выполнила его просьбу. Для юношей она стала более привлекательной. Что произошло?

8. Студент занимался с большим нежеланием на уроках истории и обществоведения. Педагог не смогла найти контакта с учеником, часто грубо делала ему замечания по поводу его отношения к занятиям. Ученик в ответ на это намеренно нарушал дисциплину. Однажды он так вел себя на уроке, что учительница попросила его выйти из класса. Ученик отказался выполнить просьбу учительницы. Тогда она подошла к его столу, взяла портфель и выбросила в коридор. Ученик подошел к столу педагога, взял ее сумку и бросил вдоль аудитории. Объясните суть конфликта.

9. 8-й класс, урок химии; молодая учительница; трудный ученик С. демонстративно не слушает объяснение, мешает ей. Учительница делает одно замечание, другое - ученик не реагирует. Наконец, последнее, резкое по форме. Ученик поднимается и выходит из класса. Учительница берет его' портфель и приносит в учительскую, дабы ученик пришел за ним сам. Проходит день, второй, третий. Ученик на уроках, но без портфеля, к урокам не готов. «Сходи, возьми!» - «А я его туда не носил». Учительница тоже не берет портфель, не отдает его ученику, ждет, когда он сам придет, возьмет его и извинится перед ней. Ученик считает себя оскорбленным резким замечанием учителя. Выход...

10. Занятие по химии. Педагог молодая, хорошо знает предмет. К студентам требовательна. Порой грубовата. Контрольная работа. Педагог предлагает учащимся карточки-задания. Люба М., всегда исполнительная, спокойная, успевающая по химии посредственно (на «3», «4»), открывает учебник и начинает переписывать нужные ей положения, уравнения и т.п. Педагог спокойно говорит ей: «Люба, закрой учебник. Ведь мы готовились к этой работе». Студентка продолжает листать учебник и отвечает: «Я не все еще списала». Педагог уже требует закрыть учебник, но ученица спокойно продолжает работать с книгой. Тогда педагог просит ее сдать работу. Ученица дописала предложение «У сильного всегда бессильный виноват», сдала работу и вышла из аудитории. Как правильно поступить при анализе контрольной работы? Что сказать об этой работе и что поставить в журнал?...

11. Занятие по истории. Стоит сплошной шум, продолжается веселая жизнь перерыва,

несмотря на то, что учитель уже несколько минут в классе. Класс в общем-то дисциплинированный, а весь корень зла в том, что один ученик не уважает учителя, но пользуется авторитетом у коллектива класса. Учитель пытается навести порядок, установить дисциплину, ученик не реагирует, тогда учитель приказывает ему удалиться. Ученик поднимается и с чувством достоинства выходит из класса, при выходе оскорбляет учителя. Учитель в пылу гнева бросает ему вслед резкое замечание. Как выйти из этой конфликтной ситуации.

12. Начальная информация: в школу пришла молодая учительница, биолог, с высшим образованием. Сначала все было хорошо. Во второй четверти в начале урока она не нашла в классе учеников. Они стояли в коридоре второго этажа и объясняли директору, что учительница относится к ним высокомерно, подчеркивает постоянно свои большие знания и свою учебу в институте, на каждом шагу старается показать ученикам, насколько они глупы. Как директор должен реагировать на обстановку?

13. В 8-й класс пришел новый ученик. Класс этот работоспособный, считается одним из лучших по учебе и дисциплине в школе. Но принимает «новенького» настороженно. Положение усугубляется тем, что в классе 24 ученика, все сидели парами. Классный руководитель не учел этого и посадил «новенького» за отдельный стол на «Камчатке», таким образом отделив его пространственно от других. Класс не принимает «новенького», не конфликтует с ним, а как бы не замечает его. В конце концов классный руководитель обратил на это внимание и решил коренным образом исправить положение. К тому же пришли родители «новенького» и сообщили, что в той школе он хорошо учился, у него были хорошие друзья, а здесь он вечерами только и занимается, что поет песни во дворе с девчонками и ребятами подозрительного поведения, приходит поздно. Перед классным руководителем встала трудная задача. Каковы пути ее решения?

14. В одном из 9-х классов школы учится юноша. От рождения у него серьезная болезнь - эпилепсия. С возрастом он стал глубже понимать свой физический недостаток. У него повысилась агрессивность, раздражительность, обидчивость, отрицательно влияющие на учебу. Плохо посещал школу, не участвовал в общественной работе, учителям отвечал (на малейшее замечание) грубостью. Вся школа возмущалась его поведением. По сведениям учащихся и самих родителей, этот ученик дома обзывал своих родителей матерными словами. Перестроить психику ученика оказалось практически невозможным. Какие действия необходимо предпринять педагогу?

15. Учащийся умный, способный, учится на «4» и «5», вступил в конфликт с учителем химии. Предмет он знает, даже читает сверх программы. Один вопрос (внепрограммный) слушал на подготовительных курсах в институте, понял его неправильно. Этот же вопрос рассматривали в школе на уроке. Ученик имел о нем уже сложившееся представление (неверное). Поэтому объяснений учительницы не принял, хотя она была права. Он был уверен в правоте преподавателя института. На почве неверия в знания учителя возник конфликт, который все усугублялся, дошел до того, что учащийся перестал заниматься химией, стал вызывающе вести себя на уроках. Укажите пути решения конфликта.

16. Учащиеся писали контрольную работу по математике. Получив тетрадь и увидев, что учитель поставил двойку, ученик при всех и в присутствии учителя разорвал тетрадь. Учитель спокойно некоторое время продолжает урок, не обращая внимания на случившееся. Затем...

17. В группе есть неформальный лидер, его поддерживают многие учащиеся. В этот класс пришла молодой педагог. При опросе домашнего задания она одному ученику поставила «3». Когда педагог поворачивалась к доске и что-то писала, начиналось тихое жужжание. Инициатором этого был лидер. Некоторые ребята своими смешками происходящее поддерживали. Педагог...

18. На уроке русского языка учительница задает упражнение на развитие речи. Ребята должны описать внешность знакомого человека. Затем ученики зачитывают свои сочинения вслух. Доходит очередь до Толи А. Учительница замечает некоторое оживление в классе, мальчишки переглядываются. Толик читает сочинение, и учительница с ужасом узнает в «знакомом человеке» себя. С ужасом, потому что все недостатки внешности (а учительница была некрасивой) Толя подчеркнул зло и точно. Учительница чувствует, как накатывается гнев, сжимаются кулаки. Первый раз в жизни ей хочется ударить ученика. Отношения с ребятами в этом классе всегда были хорошими, ей казалось, что ее уважают. Толик закончил свое сочинение. Вид у него шутливо-героический. Класс смотрит на учительницу. В глазах ожидание, испуг, в чьих-то - насмешка. Как поступила учительница?

ЛИСТ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ (ЭТАЛОН ОТВЕТОВ)

1.А	26.В	51.А	76.Б
2. Г	27.Б	52.Г	77.Б
3. Д	28.А	53.А	78.А
4.В	29.А	54А	79.Б
5.А	30.А.	55.А	80.А
6.В	31.Г.	56.В	81.В
7А	32.Б	57.Б	82.А
8.В	33.В	58.Г	83.В
9.В	34.В	59.А	84.Б
10.В.	35.Д	60.В	85.А
11.В.	36.Г	61.А	86.Г
12.Г	37.Г	62.Б	87.Г
13.Б	38.А	63.Г.	88.Д
14.В	39.А	64.А	89.Д
15.А.	40.А	65.Г	90.А
16.В.	41.Б	66.Г	91.А
17.В	42.В	67.В	92.Б
18.В.	43.А	68.А	93.А
19.А	44.В.	69.Г	94.В
20.А	45.Г	70.А	95.В
21.В	46.А.	71.Д	96.А
22.Г	47.Д	72.А	97.Б
23.А	48.Б	73.Б	98.В
24.Г	49.А	74.А	99.Д
25.В	50.Б	75.Г	100.Б

Приложение 6

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

КОДЫ ФОРМИРУЕМЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ:

Компетенции	**Перечень компонентов**	**Технологии формирования. Формы оценочных средств**
В процессе подготовки по данной специальности ординатор формирует и демонстрирует следующие:		
Профессиональные компетенции:		
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	**ПС 768н ТФ С/04.8** **знать**: - методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); - методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) ; - клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания; - правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; - основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях (назначение и виды медицинской сортировки, виды, объем и порядок оказания медицинской помощи; медицинскую эвакуацию пострадавших при чрезвычайных ситуациях); - основы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного характера, химической и радиационной природы; - современные методы, средства, способы проведения лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях; - организацию медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; - особенности организации оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях; - патологию, основные клинические проявления поражений аварийно-опасными химическими веществами (АОХВ) и ионизирующими излучениями; - организацию лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, типичные диагностические и лечебные мероприятия первой врачебной помощи; - принципы организации и медико-санитарное обеспечение эвакуации населения; - порядок организации медицинской помощи при эвакуации населения; - санитарно-гигиенические и	Лекции, семинары, практические занятия, тренинг, практика Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков

	противоэпидемиологические мероприятий при эвакуации населения. **уметь**: - распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания; - выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией); - оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания); - применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме; оказывать медицинскую помощь пострадавшим при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, угрожающих их жизни и здоровью; - выполнять лечебно-эвакуационные мероприятия по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, определять вид и объем оказываемой медицинской помощи пострадавшим при ликвидации чрезвычайных ситуаций в зависимости от медицинской обстановки; - пользоваться медицинским и другими видами имущества, находящимися на обеспечении формирований и учреждений службы медицины катастроф; - оказывать врачебную помощь пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях и на этапах медицинской эвакуации; - проводить сердечно-легочную реанимацию при терминальных состояниях; - проводить мероприятия противошоковой терапии; - выполнять функциональные обязанности в составе формирований и учреждений службы медицины катастроф. **владеть**: - методикой оценки состояний, угрожающих жизни; - алгоритмом проведения медицинской сортировки, способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени; - алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующими лечебно-эвакуационными мероприятиями; - способами применения антидотов и радиопротекторов в объеме оказания врачебной	

	помощи; - алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях. - навыками оценки состояния пациентов, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; - навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; - навыками применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме	

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Типовые задания

1 *Раздел. Задачи и организация деятельности Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) – функциональной подсистемы Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС)*

1.1. Общая характеристика чрезвычайных ситуаций. Основные понятия, определения и классификация чрезвычайных ситуаций, чрезвычайная ситуация для здравоохранения.

1.2. Какие медико-санитарные последствия характерны для ЧС?

1.3.Какие задачи выполняют РСЧС и ВСМК в ЧС? Охарактеризуйте их организационную структуру и порядок функционирования в ЧС.

1.4. Какую роль и место имеет служба медицины катастроф МЗ РФ в Единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций?

1.5. Перечислите классификацию чрезвычайных ситуаций и их поражающие факторы.

1.6. Задачи, структура и организация работы формирований
службы медицины катастроф Минздрава России.

1.7. Режимы функционирования ВСМК. Перечислите их основные мероприятия.

1.8. Основы управления службой медицины катастроф
Минздрава России на всех уровнях.

Раздел. Организация оказания медицинской помощи населению, пострадавшему в чрезвычайных ситуациях

2.1. Понятие ЛЭО. Условия определяющие систему ЛЭО пораженного населения в ЧС. Основы организации медицинской помощи населению, пострадавшему в ЧС. Виды медицинской помощи.

2.2. Организация работы этапов медицинской эвакуации в зоне ЧС.
2.3. Основы медицинской сортировки пораженных (больных) в условиях ЧС.
2.4. Организация оказания скорой медицинской помощи в ЧС.
2.5. Организации медицинской эвакуации в условиях ЧС.

2.6. Организация оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации, в том числе санитарно-авиационной

2.7. Перечислите основные мероприятия при организации и оказании хирургической помощи в ЧС.

2.8. Перечислите основные мероприятия при организации и оказании терапевтической помощи в ЧС.

2.9. Особенности организации оказания медицинской помощи детям в ЧС.

2.10. Организация оказания медико-психологической и психиатрической помощи населению в ЧС.

Раздел. Медицинское обеспечение населения при природных и техногенных чрезвычайных ситуациях

3.1. Медико-санитарное обеспечение при ликвидаций последствий землетрясений (медико-тактическая характеристика землетрясений, поражающие факторы, структура санитарных потерь, медицинская сортировка, виды медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации, организация медицинской эвакуации)

3.2. Медико-санитарное обеспечение при ликвидаций последствий наводнений (медико-тактическая характеристика наводнений, поражающие факторы, структура санитарных потерь, медицинская сортировка, виды медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации, организация медицинской эвакуации)

3.3. Медико-санитарное обеспечение при ликвидаций последствий химических аварий (медико-тактическая характеристика химических аварий, поражающие факторы, структура санитарных потерь, медицинская сортировка, виды медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации, организация медицинской эвакуации)

3.4. Медико-санитарное обеспечение при ликвидаций последствий радиационных аварий (медико-тактическая характеристика радиационных аварий, поражающие факторы, структура санитарных потерь, медицинская сортировка, виды медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации, организация медицинской эвакуации)

3.5. Медико-санитарное обеспечение при ликвидаций последствий ЧС на взрыво-пожароопасных объектах и крупных природных пожарах (медико-тактическая характеристика аварий на взрыво-пожароопасных объектах и крупных природных пожарах, поражающие факторы, структура санитарных потерь, медицинская сортировка, виды медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации, организация медицинской эвакуации)

3.6. Медико-санитарное обеспечение при ликвидаций последствий дорож-но-транспортных происшествий (медико-тактическая характеристика дорож-но-транспортных происшествий,

поражающие факторы, структура санитарных потерь, медицинская сортировка, виды медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации, организация медицинской эвакуации)

Раздел. Медицинское обеспечение населения при террористических актах и вооруженных конфликтах

4.1. Медико-тактическая характеристика террористических актов.

4.2. Основы организации медицинского обеспечения населения при ликвидации последствий террористических актов.

4.3. Медико-тактическая характеристика вооруженных конфликтов.

4.4. Основы организации медицинского обеспечения населения при вооруженных конфликтах.

Раздел. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение населения вЧС
5.1. Основы организации санитарно-противоэпидемических меропри-ятий и биологической безопасности при ЧС.

Раздел. Медицинское снабжение при медицинском обеспечении в ЧС.
6.1.Основы организации медицинского снабжения при различных режимах ЧС.
6.2. Характеристика и классификация медицинского имущества, используемого в ЧС.

Показатели и критерии оценивания

Описание оцениваемых параметров ответов обучающихся

Балл	Оценка
5	**«Отлично»** 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. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.
4	**« Хорошо»** 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. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.
3	**«Удовлетворительно»** 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 студент затрудняется исправить самостоятельно.
2	**«Неудовлетворительно»** Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация, доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не

	только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

Типовые тестовые задания

1. Задачами РСЧС являются:

а) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС

б) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС

в) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС

г) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС

д) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС

2. Не предусмотрены режимы функционирования РСЧС:

а) режим повседневной деятельности
б) проведение неотложных работ в) режим чрезвычайной ситуации г) режим повышенной готовности
д) проведение эвакуационных мероприятий

3. Аварийно-спасательные работы при ликвидации ЧС – это:

а) спасение людей

б) спасение материальных и культурных ценностей в) защита природной среды в зоне ЧС г) все перечисленное

4. Принципы оказания медицинской помощи в ЧС:

а) быстрота и достаточность

б) преемственность и последовательность проводимых лечебно-эвакуационных мероприятий, своевременность их выполнения

в) доступность, возможность оказания медицинской помощи на этапах эвакуации

г) проведение медицинской сортировки, изоляции и эвакуации

д) определение потребности и установление порядка оказания медицинской помощи, осуществление контроля за массовым приемом, сортировкой и оказанием медицинской помощи

5. Режимы функционирования службы медицины катастроф:

а) неотложный и экстренный режим

б) повседневной деятельности, повышенной готовности, чрезвычайной ситуации

в) режим повышенной готовности, режим угрозы возникновения ЧС, режим ликвидации медицинских последствий ЧС г) режим защиты населения от факторов ЧС, режим ликвидации последствий ЧС д) режимы отсутствуют

6. Периодами лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС являются:

а) догоспитальный

б) квалифицированный

в) госпитальный
г) специализированный

7. Лечебно-эвакуационные мероприятия это комплекс:
а) медицинских мероприятий

б) организационных и технических мероприятий по розыску пораженных (больных). Их сбору, доставке (транспортировке) до медицинских формирований (подразделений) и учреждений в) мероприятий по оказанию необходимой медицинской помощи и реабилитации

г) всех перечисленных мероприятий

8. Критериями медицинской сортировки пораженных (больных) являются: а) опасность для окружающих

б) нуждаемость в медицинской помощи, определение места и очередности еѐ оказания в) целесообразность и возможность дальнейшей эвакуации г) все перечисленные критерии

9. Материально-техническое обеспечение формирований службы медицины катастроф осуществляется:
а) Минздравом России

б) органами управления территории

в) учреждениями-формирователями в виде комплектов, укладок и разрозненных предметов г) Всероссийским центром медицины катастроф «Защита»

10. В каких законодательных и нормативных актах регламентированы задачи и организация деятельности ВСМК:

а) Федеральный закон РФ от 21.12.1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера б) Федеральный закон РФ от 21.11.2011 г. №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан

в Российской Федерации»
в) Постановление Правительства РФ от 30.12.2003 г. №794 «О единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций»

г) Постановление правительства РФ от 03.05.1994 г. №420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями катастрофами» д) Постановление Правительства РФ от 26.08.2013 г. №734 «Об утверждении положения о Всероссийской службе медицины катастроф»

11. Задачи ВСМК, регламентированные Федеральным законом РФ от 21.11.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

а) быстрое реагирование, мобилизация материально-технических средств и личного состава в ЧС б) организация лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС

в) создание резерва материальных запасов для ЧС

г) обучение оказанию медицинской помощи гражданам, в том числе медицинской эвакуации при ЧС д) ликвидация эпидемических очагов

е) обеспечение реализации мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при ЧС

12. В состав ВСМК входят все, кроме:

а) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России

б) служба медицины катастроф МЧС России

в) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России

г) силы и средства исполнительных органов власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления

д) силы и средства медицинской службы гражданской авиации

13. На каких уровнях организуется СМК:

а) федеральном

б) межрегиональном

в) региональным

г) муниципальном

д) межмуниципальном

е) объектовом

ж) городском

14. Органом повседневного управления СМК на региональном уровне является:

а) Штаб ВСМК

б) орган управления здравоохранением субъекта РФ

в) территориальный центр медицины катастроф

г) Штаб ГО и ЧС региона

д) КЧС органа исполнительной власти субъекта РФ

15. Режимы функционирования Службы медицины катастроф:

а) неотложный и экстренный режим

б) повседневной деятельности, повышенной готовности, чрезвычайной ситуации

в) режим повышенной готовности, режим угрозы возникновения ЧС,

г) режим ликвидации медицинских последствий ЧС

д) режим защиты населения от факторов ЧС, режим ликвидации последствий ЧС

е) режимы отсутствуют

16. Проведение мероприятий режима повседневной деятельности должно обеспечить:

а) своевременное и качественное оказание санитарно-авиационной медицинской помощи и медицинской эвакуации

б) переход в режим повышенной готовности

в) планомерную деятельность сил и средств службы медицины катастроф

г) полное оснащение формирований и учреждений службы медицины катастроф

д) переход в режим чрезвычайной ситуации

17. Проведение комплекса мероприятий в режиме чрезвычайной ситуации(при возникновении чрезвычайной ситуации) позволяет:

а) полностью, без изменений реализовать ранее принятое решение

б) более конкретно уточнить сложившуюся обстановку и ранее принятое решение

в) начать отдавать распоряжения по взаимодействию медицинских сил и средств

г) наиболее эффективно и целесообразно использовать силы и средства службы медицины катастроф, осуществить немедленное их реагирование и выдвижение в район (хону) чрезвычайной ситуации

д) организовать и осуществить непрерывное и оперативное управление и организовать

взаимодействие, лечебно-эвакуационное, санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение, медицинское снабжение в ходе ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации

18. Органами управления службы медицины катастроф Минздрава России, являются:

а) координационные органы

б) органы повседневного управления

в) постоянно действующие органы

г) органы по взаимодействию

19. Укажите какое количество пораженных должна обслуживать одна врачебно-сестринская бригада в течение смены работы:

а) 20 человек

б) 40 человек

в) 10 человек

г) 50 человек

д) 80 человек

20. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является:

а) быстрое выведение пораженных их очага катастрофы

б) чѐтко организованная медицинская эвакуация

в) прогнозирование исхода поражения

г) медицинская сортировка

д) оказание неотложной помощи

21. По какому принципу осуществляется первичный наружный осмотр пострадавшего:

а) осматриваются только видимые участки травм и кровотечения

б) после остановки кровотечения, иммобилизации переломов, придании физиологического положения, обезболивания

в) осмотр «от головы до пят» у места ДТП

г) осмотр производится в процессе транспортировки в больницу

22. Какие методы используются при первичном осмотре:

а) визуальный осмотр

б) опрос

в) пальпация

г) все перечисленное

23. Медицинской сортировкой называется:

а) распределение пострадавших по очередности их эвакуации

б) разделение потока пострадавших

в) распределение пораженных на группы по признаку нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях

г) распределение пораженных на однородные группы по характеру поражения

д) разделение потока на "ходячих" и "носилочных"

24. Какова ориентировочная структура санитарных потерь по степени тяжести травм при землетрясении:

а) легкие потери - 36-39%

б) средней тяжести – 29-30%

в) изолированные травмы – 45%

г) сочетанные и комбинированные травмы д) тяжелые потери 36-39%

25. Очагом поражения АХОВ называют:

а) территорию, в пределах которой в результате аварии на химически опасном объекте произошли массовые поражения населения

б) территорию, на которой могут быть массовая гибель

в) местность, опасную для здоровья и жизни людей вследствие действия АХОВ

г) местность, зараженную АХОВ в пределах опасных для здоровья и жизни людей

д) зона заражения АХОВ вследствие аварии на химически опасном объекте

26. К быстродействующим АХОВ относятся:

а) хлор, аммиак, синильная кислота

б) фосген, аммиак, хлор

в) акрилонитрил, окислы азота, окись углерода, аммиак

г) диоксин, хлорацетоцетон, динитрофенол

д) фосген, хлор, диоксин

27. Эвакуация и рассредоточение больных из ЛПУ при угрозе теракта:

а) немедленная выписка больных на амбулаторное лечение

б) перевод в другие ЛПУ лечебным транспортом

в) эвакуация больных средней и тяжелой тяжести в другие стационары бригадами СМП

г) проверка объектового и личного транспорта на территории объекта

д) обеспечение персонала объекта СИЗ для данной ЧС

28. Основные задачи медико-санитарного обеспечения населения в ходе вооруженных конфликтов:

а) своевременное оказание медицинской помощи пострадавшему населению, эвакуация больных и пораженных в ЛПУ б) осуществление комплекса противоэпидемических мероприятий в зоне ВК и в местах наибольшего сосредоточения вынужденных переселенцев для предотвращения вспышек инфекционных заболеваний

в) бесперебойное снабжение медицинским имуществом учреждений и формирований

здравоохранения, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ВК

г) восстановление системы здравоохранения в зоне ВК

д) участие личного состава мед.формирований в военных операциях в зоне ВК

29. Укажите основные показатели, характеризующие медицинские учреждения стационарного типа по оказанию медицинской помощи и лечению пораженных:

а) профиль больницы (базовая, вспомогательная, резервная)

б) наличие дополнительно развернутых коек

в) количество врачей и их подготовка

г) наличие средств индивидуальной защиты

д) материально-техническое оснащение

30. Из какого расчета развертываются дополнительные койки:

а) из количества площади лечебного отделения б) из расчета 4 кв. м. на койку в) из количества дополнительных площадей

г) из расчета количества персонала с учетом 2 хирурга на 100 дополнительно развернутых коек д) количества среднего медицинского персонала на 3-х человек дополнительно на 1 врача

31. Назначение распределительного поста:

а) деление пораженных на опасных и неопасных

б) выявление легко пораженных и носилочных

в) выявление психических больных

г) выявление инфекционных больных

д) выявление пораженных АОХВ и РВ

32. Назначение сортировочной площадки:

а) сортировка по степени опасности для окружающих

б) сортировка пораженных по тяжести поражения

в) сортировка по очередности оказания помощи

г) сортировка пораженных АОХВ д) сортировка легкопораженных

33. Назначение площадки специальной обработки:

а) частичная санитарная обработка открытых частей тела пораженных

б) снятие и обработку одежды пораженных

в) обработка транспорта

г) упаковка загрязненной РВ одежды

д) дегазация, дезактивация одежды

34. Перевод лечебных отделений к работе в ЧС включает:

а) распределение лечебных отделений для чистых и загрязненных пораженных
б) организация работы персонала в отделениях для загрязненных пораженных
в) организация защиты персонала в отделениях для незагрязненных пораженных

г) организация санитарно-гигиенических мероприятий в отделении для загрязненных
пораженных
д) организация работы функциональных подразделений лечебных отделений

35. Мероприятия медицинской организации стационарного типа при автономном режиме не включают:
а) прекращение приѐма больных

б) санитарно-профилактические мероприятия
в) защита персонала и оставшихся больных
г) организация работы аварийно-санитарных формирований
д) выписка больных на амбулаторно-поликлиническое лечение

36. Укажите основные принципы перепрофилирования отделений медицинской организации стационарного при лечении пораженных в ЧС:
а) развертывание дополнительных коек
б) использование резервных фондов медикаментов и перевязочных средств

в) развертывание дополнительного медицинского оборудования
г) увеличение штата за счет введения специалистов по профилю поражения

д) подготовка медперсонала для работы в ЧС

37. Организация работы больницы при террористическом акте:

а) перевод больницы в автономный
режим
б) прекращение приема больных

в) подготовка врачебно-сестринской бригады приемного отделения для оказания первичной медико-санитарной помощи пораженным
г) организация работы зав. отделений согласно обстановки и решения главного врача

д) организация работы аварийно-спасательных формирований

38. Базами создания формирований санитарно-противоэпидемического профиля:
а) центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора

б) станции скорой медицинской помощи
в) центры медицины катастроф
г) при подвижном госпитале
д) Министерство здравоохранения России

39. Основное место хранения медицинского имущества формирований службы медицины катастроф:
а) сами формирования

б) учреждения-формирователи
в) склады ГО г) аптеки лечебных
учреждений

д) склады "Медтехника" и "Росфармация"

40. Виды имущества формировании и учреждений СМК:

а) медицинское имущество

б) медицинские инструменты

в) санитарно-хозяйственное имущество

г) медицинская техника

д) специальное имущество

41. Оказывая скорую медицинскую помощь пострадавшему и ЧС ребенку необходимо в первую очередь:

а) переместить пострадавшего в удобное положение

б) убедиться в отсутствии угрозы для пострадавшего и лиц, оказывающих первую помощь

в) переместить пострадавшего в правильное положение для транспортировки

г) осмотреть пострадавшего на наличие ран, переломов и вывихов

42. Укажите критические состояния, которые можно всегда отнести к "травме, несовместимой с жизнью":

а) клиническая смерть

б) обструкция ВДП

в) открытая ЧМТ

г) разрушение вещества головного мозга

д) ампутация части туловища

43. У пострадавшего ребенка отсутствует сознание, укажите, с чего начинают оказание медицинской помощи:

а) придают пострадавшему устойчивое положение на боку

б) определяют у пострадавшего наличие дыхания и пульса на сонной артерии

в) проводят сердечно-легочную реанимацию

г) осматривают верхние дыхательные пути

д) ничего из перечисленного

44. При проникающем ранении груди необходимо применить:

а) стерильную повязку

б) много салфеток

в) окклюзионную повязку

г) сдавление раны

45. Ребенок 14 лет пострадал во время теракта. Находится без сознания, бледен. Левая голень ампутирована, и кровь интенсивно брызгает из раны. Определите наиболее оптимальный метод остановки кровотечения:

а) наложение жгута

б) максимальное сгибание конечности

в) давящая повязка

г) пальцевое прижатие

46. Ожог дыхательных путей опасен быстрым развитием во всех перечисленных случаях, кроме:

а) кровотечения

б) отека легких, гортани, трахеи, бронхоспазма,

в) острой дыхательной недостаточности

г) ожогового шока

47. При оказании скорой медицинской помощи пострадавшему в ЧС ребенку вашими основными целями являются все, кроме:

а) устранение жизнеугрожающих состояний

б) лечение полученных пострадавшим повреждений

в) обеспечение безопасности себе и пострадавшему

г) выполнение мероприятий первой помощи в необходимом объеме и подготовка пострадавшего к транспортировке

48. Основные мероприятия, при лечении отравлений направлены на:

а) максимально быстрое прекращение поступления яда в организм

б) срочное обезвреживание яда или снижение его токсичности с помощью антидотов (противоядий)

в) ускоренное выведения яда, попавшего в организм

г) все перечисленное

49. Укажите, с какого мероприятия начинается сердечно-легочная реанимация:

а) проведение искусственного дыхания

б) проведения закрытого массажа сердца

в) обеспечения проходимости верхних дыхательных путей

50. Укажите, какие манипуляции следует предпринимать в первую очередь при остановке магистрального, артериального, наружного кровотечения:

а) наложить жгут выше месте кровотечения, туго его затянуть

б) обработать рану

в) наложить давящую повязку

г) наложить жгут, с указанием времени наложения последнего

51. Выбрать транспортное положение пострадавшего с черепно-мозговой травмой, без сознания:

а) лежа на спине с возвышенным головным концом и надетым шейным воротником

б) стабильное боковое положение на неповрежденной стороне с возвышенным головным концом носилок и надетым шейным воротом

52. Общими принципами оказания первой помощи при предполагаемом повреждении органов брюшной полости, являются:

а) при наличии пульса и сознания уложить пострадавшего на спину с приподнятым плечеголовным концом и валиком под согнутые колени.

б) при рвоте – положение на боку

в) при слабом пульсе на запястье, уложить пострадавшего на спину, с поднятым ножным концом на 30-40 минут

г) холод на живот

д) вызвать «скорую помощь»

е) самостоятельно транспортировать в стационар, если прибытие «скорой помощи» ожидается более чем через 30 минут ж) все перечисленное

53. Местная симптоматика при травме позвоночника может проявляться:

а) неестественным положением головы

б) нарушением конфигурации шеи

в) болезненностью в месте травмы

г) нарушением или невозможностью движения шеи, спины

д) усилением боли при попытке движения

е) пролабированием одного позвонка и западением другого

ж) выраженным гипертонусом мышц шеи или вдоль остальных отделов позвоночника з) все перечисленное

54. Первая помощь при подозрении на инфаркт миокарда требует:

а) срочного вызова специализированной бригады скорой помощи

б) дать таблетку нитроглицерина под язык, а при отсутствии эффекта повторить прием нитроглицирина через 5 минут, вплоть до 3-х таблеток в) дать 0,5 таблетки аспирина (разжевать, проглотить)

г) следить за общим состоянием пострадавшего

д) придать пострадавшему комфортное положение (обычно полусидя, или

«противошоковое»

е) быть готовым к СЛР

ж) все перечисленное

55. Принципиальными условиями при оказании первой психологической помощи пострадавшему в ДТП являются:

а) уверенность в своих действиях, отсутствие суеты, неразберихи.

б) запрет на критику относительно действий участников ликвидации ДТП

в) оказание психологической поддержки и взаимопомощь в совместной работе

д) создание для пострадавших психологически «комфортной» обстановки, с привлечением окружающих е) тактичность, корректность при проявлении пострадавшим психических реакций

ж) общение с пострадавшим должен осуществлять один человек, до момента передачи его медицинским работникам з) общение осуществлять на простом, доступном языке

и) обязательно учитывать возрастные, социально-¬психологические особенности, уровень культуры, статус, профессиональные особенности пострадавшего

к) все перечисленное

56. Упорядочить общие принципы оказания первой помощи при переохлаждении:

а) уложить горизонтально и запретить двигаться

б) возвышенное положение конечностей

в) перенести в тепло или укрыть от ветра

г) сменить одежду на сухую и теплую

д) снять влажную одежду
е) контроль температуры тела, частоты пульса для определения степени гипотермии
ж) приступить к постепенному согреванию пострадавшего

- укрыть одеялом
- на крупные магистральные сосуды положить бутылки, грелки с теплой водой, затем горячей
- использовать для согревания тепловентиляторы, обогреватели

-если пострадавший в сознании, напоить горячим чаем
з) вызвать скорую помощь

57. Транспортные положения, это:
а) физиологически выгодные положения, которые придают пострадавшим, в зависимости от характера и локализации травм

б) положения, удобные для транспортировки пострадавших
в) положения, которые необходимо придать пострадавшим по жизненным показаниям
в) все перечисленные

58. Укажите достоверные признаки наступления клинической смерти:

а) отсутствие дыхания, сердцебиения
б) расширение зрачков
в) отсутствие пульса на сонной артерии и др. магистральных сосудов

59. Укажите достоверные признаки биологической смерти:

а) отсутствие дыхания, сердцебиения
б) широкие зрачки
в) трупные пятна

г) трупное окоченение

60. Остановку артериального кровотечение начинают с выполнения следующего приема:
а) прижатие сосуда выше места кровотечения

б) максимальное сгибание конечности в суставе
в) наложение жгута
г) наложение давящей повязки

Правильные ответы на тесты:

1 – а,б,в,д; 2 – б,д; 3 – а,б,в; 4 – а,б,в,г; 5 – б; 6 – а, в; 7 – а,б,в,г; 8 – а,б,в,г; 9 – в; 10 – б,г,д; 11 – а,б,в,г,д,е; 12 – а,б,в,г; 13 – а,б; 14 – в; 15 – б; 16 – а,б,в,г; 17 – а,б,в,г,д; 18 – а, б; 19 – г; 20 – г; 21 – в; 22 – а,б,в,г; 23 – в; 24 – а,б,д; 25 – а; 26 – а; 27 – а,б,в; 28 – а,б,в,г; 29 – а,б,в; 30 – а,б,г,д; 31 – а,б,д; 32 – а,б,в; 33 – а,б,в,г; 34 – а,б,в,г; 35 – б; 36 – а,б,в,г; 37 – а,б,г; 38 – а; 39 – а,б; 40 – а,б,в,г,д; 41 – б,в,г; 42 – г; 43 – г; б; 44 – б; 45 – б; 46 – г; 47 – б; 48 – а,б,в,г; 49 – а,в; 50 – г; 51 – а; 52 – е; 53 – з; 54 – ж; 55 – к;
56 – в,з,д,е,а,б,е,ж; 57 – г; 58 – а,б,в; 59 – в,г; 60 – в.

Оценка результатов тестирования:
Отлично – 54 и более правильных ответов
Хорошо – 48-53 правильных ответов

Удовлетворительно – 42-47 правильных
ответов Неудовлетворительно – менее 42
правильных ответов

Показатели и критерии оценивания
Тест считается сданным, если обучающийся верно ответил на 35 вопросов из 50.
Шкалы оценивания

Кол-во правильных ответов	**Оценка**
Менее 42	неудовлетворительно
42-47	удовлетворительно
48-53	хорошо
54 и более	отлично

Бланочное тестирование проводится на занятии в соответствии с отдельным расписанием. На тестирование отводится 50 минут. Результаты доводятся до сведения обучающегося на следующий день

Приложение 7

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ»

ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Компетенции	Перечень компонентов	Технологии формирования Формы оценочных средств
Универсальные компетенции:		
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ПС 135н ТФ А/03.7 Знать: 1 Основы законодательства РФ по вопросам онконастороженности• 2. Эпидемиологию онкологических заболеваний З. Основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов и систем организма; Уметь: 1. Получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки поражения, оценить тяжесть состояния пациента; 2. Интерпретировать данные специальных методов исследования; Владеть: 1. Методами общеклинического обследования больного (онкоосмотр)	Лекции, семинары, практические занятия, Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков
Общепрофессиональные компетенции:		
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ПС 135н ТФ А/02.8 знать: Знать: 1. Клиническую симптоматику, макро- и микроскопическую характеристику доброкачественных и злокачественных опухолей основных локализаций; 2. Принципы симптоматической терапии онкологических больных; 3. Организацию диспансерного наблюдения онкобольных; Уметь: 1. Получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки поражения, оценить тяжесть состояния пациента; 2. Интерпретировать данные специальных методов исследования; 3. Оформить необходимую медицинскую документацию, проводить диспансеризацию населения и оценивать ее эффективность; Владеть: 1. Методами общеклинического обследования больного (онкоосмотр)	Лекции, семинары, практические занятия, тренинг, практика. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков.

	;	
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ПС 135н ТФ А/08.8 ПС 768н ТФ С/04.8 Знать: 1. Формы и методы санитарно-просветительной работы• 2.Паллиативная терапия в онкологии Уметь: 1. Оформить необходимую медицинскую документацию, проводить диспансеризацию населения и оценивать ее эффективность; 2. Проводить санитарно-просветительную работу среди населения. Владеть: - методами общеклинического обследования больного (онкоосмотр); - навыками сопоставления морфологических и клинических проявлений болезни; - навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного и инструментального обследования; - основами врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях с нарушениями иммунной системы; - медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, компьютерной техникой;	Лекции, семинары, практические занятия, тренинг, практика. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков.

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.
Тестовые задания
Инструкция:
Для каждого из указанных ниже вопросов (утверждений) выберите только один наиболее правильный ответ и укажите наиболее правильный ответ.

1. Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются
1) для выявления первичной опухоли
2) для определения распространенности злокачественного процесса
3) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов
4) правильны только ответы а) и б)
5) все ответы правильные
2. Радиоактивный йод может быть применен для выявления
1) первичной опухоли щитовидной железы
2) метастазов рака щитовидной железы в легкие, печень
3) метастазов рака щитовидной железы в кости
4) правильно а) и б)
5) все ответы правильные
3.Первичная профилактика рака кожи проводится путем
диспансеризации населения
индивидуальных осмотров
санитарно-просветительной работы среди населения
скрининга при профилактических осмотрах

4. Мероприятия по раннему выявлению онкологических заболеваний в медицинской организации является предметом
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
проверки Федеральной инспекции по труду и занятости
экспертизы территориального фонда социального страхования
проверки общественных пациентских организаций

5. Конечная цель скрининга в онкологии?
1) ранняя диагностика
2) увеличение общей выживаемости
3) диагностика рецидива
4) снижение смертности
5) выявление групп риска
6) все ответы верные
6. Вторичная профилактика рака предусматривает:
выявление и лечение предраковых заболеваний
выявление и лечение рецидивов злокачественных новообразований
медико-генетическое консультирование новорожденных
меры по устранению вредных и канцерогенных факторов внешней среды на организм человека

7. При проведении контроля качества диспансерного наблюдения необходимо учитывать, что если гражданин не подлежит диспансеризации в текущем году, то ему может быть предложено пройти
осмотр врача-онколога
профилактический медосмотр
скрининговое обследование на онкомаркеры
обследование в отделении функциональной диагностики

8. Показатели естественного движения населения
рождаемость, смертность, естественный прирост
рождаемость, смертность, летальность
заболеваемость, смертность
рождаемость, заболеваемость

9. При контроле организации диспансеризации определенных гпрупп взрослого населения необходимо учитывать, что для раннего выявления онкологических заболеваний в рамках первого этапа диспансеризации женщинам проводят

определение мутаций генов BRCA1,2
компьютерную томографию легких
маммографию
ЭГДС

10. Кто и в каких условиях оказывает первичную врачебную медико-санитарную помощь онкологическому больному?
Врач-онколог онкологического диспансера
Врач-терапевт участковый амбулаторно и в дневном стационаре
Фельдшер фельдшерско-акушерского пункта
Врач скорой медицинской помощи

Правильные ответы (эталон), специальность: «Онконастороженность»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	5	6	1
2	5	7	2

3	3	8	1
4	1	9	3
5	6	10	2

Ситуационные задачи

1. Мужчина 46 лет заболел остро 2 месяца назад, когда поднялась температура до 38°С, появились сухой кашель, одышка, слабость, потливость. Проводилось амбулаторное лечение антибиотиками, отхаркивающими в течение 3 недель, состояние улучшилось. Рентгенологически в нижних отделах правого легкого определяется гиповентиляция, правый корень расширен, правое легкое уменьшено в объеме. Ваша тактика:
1) Продолжить курс лечения антибиотиками и оценить ситуацию через 2-3 недели
2) Назначить проведение компьютерной томографии легких
3) Назначить консультацию онколога
4) Верно b и c

2.У женщины 53 лет при отсутствии жалоб во время диспансеризации по данным рентгенологического исследования органов грудной клетки выявлено очаговое образование в средней доле правого легкого размером около 1.5 см в диаметре с «дорожкой» к корню.
Ваш предварительный диагноз:
1) Туберкулез легких
2) Центральный рак правого легкого
3) Периферический рак правого легкого
4) Пневмония в средней доле правого легкого

3.К терапевту обратился мужчина 36 лет для проведения диспансерного обследования. Жалоб не предъявляет. Пациент хочет исключить у себя наличие рака легкого, поскольку полгода назад его отец умер от рака легкого в возрасте 59 лет. Пациент не курит. Профессиональных вредностей не имеет (работает в офисе). Относится ли данный пациент к группе высокого риска развития рака легкого:
1) Да, любой человек имеет высокий риск развития рака легкого
2) Да, к группе высокого риска относятся лица с семейным анамнезом рака легкого
3) Нет, так как наследственность не определяет группу высокого риска
4) Нет, только курение определяет высокий риск развития рака легкого

4.К терапевту обратился пациент 40 лет с результатами гастроскопии. Диагностирован полип малой кривизны желудка 7 мм на широком основании. Биопсия не проведена. Пациент жалоб не предъявляет, гастроскопия проведена в рамках диспансеризации.
Ваши рекомендации:
1) Проведение повторной гастроскопии для биопсии полипа в ближайшие сроки
2) Проведение повторной гастроскопии для биопсии полипа через 6 месяцев
3) Рекомендуете оперативное лечение - проведение гастрэктомии
4) Лечение травами (чистотел) и повторная гастроскопия через 3 месяца

5.Пациентки 69 лет обследуется по поводу болей в эпигастрии. При УЗИ брюшной полости выявлен камень в желчном пузыре и гипоэхогенное образования в головке поджелудочной железы. Наиболее вероятно у пациентки:
a) Рак головки поджелудочной железы
b) Билиарный панкреатит
c) Калькулезный холецистит
d) Холангит

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
Тестовые задания
Инструкция:

Для каждого из указанных ниже вопросов (утверждений) выберите только один наиболее правильный ответ и укажите наиболее правильный ответ.

Злокачественные опухоли мягких тканей могут развиваться из следующих исходных тканей
1)мезенхимы
2)фиброзной ткани
3)жировой ткани
4)мышечной ткани
5)все ответы верные

Опухоли мягких тканей могут развиваться
1)из фиброзной ткани
2)из жировой ткани
3)из мышечной ткани
4)из синовиальной ткани
5)все ответы верные

Постоянным признаком, который наблюдается у больных саркомами мягкими тканей, является
1)ограничение подвижности опухоли
2)медленный рост
3)боли
4)нарушение функции конечности

Для диагностики злокачественной опухоли мягких тканей могут быть применены следующие рентгенологические методы исследования
1)обзорная рентгенограмма
2)ангиография и флебография
3)пневмография
4)лимфография
5)все перечисленные

Наиболее частый этиологический фактор развития базальноклеточного рака кожи головы и шеи
Вирус папилломы человека;
Лучевая терапия;
Ультрафиолетовое излучение;
Вирус Эпштейн – Бар

Основной метод диагностики базальноклеточного рака кожи головы и шеи
Биопсия с гистологическим исследованием;
УЗИ;
КТ+МРТ;
Основной метод диагностики базальноклеточного рака кожи головы и шеи
Частота локализации базальноклеточного рака на коже головы и шеи
50%;
40%;
80%;
60%

Прогностически неблагоприятная локализация базальноклеточного рака кожи головы и шеи
Периорбитальная зона;
Скальп;
Н-зона;
Ушная раковина

Основной метод лечения базальноклеточного рака кожи головы и шеи
Хирургическое лечение;
Лучевая терапия;
Химиотерапия;
Фотодинамическое лечение

Частота метастазирования базальноклеточного рака кожи головы и шеи в лимфатические узлы шеи
30%;
0,5%;
10%;
5%
11. В основе врачебной этики и деонтологии лежат все перечисленные ниже критерии, кроме:
1) гуманизма;
2) рационализма;
3) профессионализма;
4) индивидуализма
5) оптимизма

12. В нормальном лимфоузле присутствуют:
1) клетки миелоидного ряда
2) только В-лимфоциты
3) только Т-лимфоциты
4) В-лимфоциты, Т-лимфоциты, а так же клетки циркулирующей крови
5) эпителиоидные клетки

13. Классификация лейкозов основана на:
1) клинической картине заболевания
2) анамнестических данных
3) степени зрелости клеточного субстрата опухоли
4) продолжительности жизни больного
5) ответе на проводимую терапию

14. Наследственность имеет решающее причинное значение при:
1) хроническом миелолейкозе,
2) хроническом лимфолейкозе,
3) остром миел области ом лейкозе,
4) лимфогранулематозе,
5) множественной миеломе
15. К факторам риска при остром лимфобластном лейкозе относятся:
1) глубокая анемия (гемоглобин менее 70 г/л)
2) лейкоцитоз более 30 тыс. в 1 мкл
3) тромбоцитопения
4) возраст старше 35 лет
5) правильно Б и Г
16. Необходимыми исследованиями для диагностики лимфогранулематоза являются:
1) лабораторные методы (гемограмма, биохимические исследования);
2) цитология и гистология лимфоузла;
3) радиосцинтиграфия;
4) лимфография;
5) компьютерная и МР-томография.

17. При хроническом лимфолейкозе чаще, чем при других лейкозах наблюдается:7
1) аутоиммунная гемолитическая анемия
2) апластическая анемия
3) железодефицитная анемия

4) пернициозная анемия
5) правильного ответа нет

18. При остром лейкозе наиболее характерным показателем периферической крови является:8
1) анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз с присутствием бластных форм
2) умеренная анемия, тромбоцитоз, гиперлейкоцитоз с левым сдвигом в лейкограмме до миелоцитов
3) умеренная анемия и тромбоцитопения, лейкоцитоз с лимфоцитозом
4) эритроцитоз, тромбоцитоз, небольшой лейкоцитоз с нейтрофилезом
5) нормальное кол-во эритроцитов и тромбоцитов, небольшая лейкопения без сдвигов в лейкограмме
19. Выраженная анемия, лейкопения, нейтропения, единичные плазматические клетки в периферической крови, плазмоцитоз в костном мозге. Цитологическая картина характерна для:
1) острого лейкоза
2) хронического миелолейкоза
3) миеломной болезни
4) хронического лимфолейкоза
5) лимфогранулематоза

20. В каких органах могут появляться лейкозные инфильтраты при остром лейкозе?
1) лимфоузлы
2) селезенка
3) сердце
4) кости
5) почки
Скрининг - это выявление рака ... появления каких-либо симптомов
До
После

Ранняя диагностика - выявление рака ... появления каких-либо симптомов
До
После

Меры для избежания ложно-отрицательного результата скрининга:
Все ответы верны;
Профессионализма врача: подход, объяснения и рекомендации;
Проверять историю генетических исследований пациентов, которые имеют семейный анамнез, возраст целевой группы, зависимость от региона или локальную вредность;
Адекватное восприятие информации пациентом;
Правильно выбирать целевые группы

Главным побочным эффектом скрининга является серьезная нагрузка в сфере здравоохранения
Верно
Неверно

«Золотым стандартом» с целью местного стадирования рака ободочной кишки является
УЗИ брюшной полости;
МРТ брюшной полости с в/в контрастированием;
КТ брюшной полости с в/в контрастированием;
Колоноскопия с биопсией

Чаще всего могут превращаться в злокачественные опухоли
полипы на ножке
ювенильные полипы
псевдополипы
полипы на широком основании
гамартомные полипы

27. злокачествление одиночных полипов толстой кишки происходит в
2 - 4% наблюдений
10 - 15% наблюдений
30 - 50% наблюдений
60 - 80% наблюдений
100% наблюдений

28. «Золотым стандартом» с целью местного стадирования рака прямой кишки является:
1) МРТ малого таза с в/в контрастированием
2) КТ малого таза с в/в контрастированием
3) УЗИ малого таза
4) ректоскопия

29. Что означает префикс «с» при формулировки диагноза по TNM:
1) диагноз установлен на основании неинвазивных методов обследования
2) диагноз установлен на основании патологоанатомического вскрытия
3) диагноз установлен на основании патоморфологического исследования операционного препарата
4) пациенту проведено химиолучевое лечение

30. Почему уровень диагностики на 4 стадии не изменяется, составляя практически постоянную величину во всем мире?
Некомлаентность пациентов;
Низкий уровень программ здравоохранения;
Быстро прогрессирующие опухоли;
Низкий уровень профессиональной подготовки врачей.
Правильно 1,3
Правльно 2,4

Правильные ответы (эталон), специальность: «Онконастороженность»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	5	6	4
2	5	7	3
3	1	8	3
4	5	9	1
5	3	10	2
№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
11	2	16	1
12	2	17	1
13	3	18	1
14	2	19	2
15	2	20	1
№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
21	1	26	4
22	2	27	1
23	1	28	1
24	1	29	1
25	3	30	5

Ситуационные задачи

1. Пациенту 58 лет в поликлинике по месту жительства выполнена колоноскопия, диагностирован полип поперечно-ободочной кишки. Биопсия не проведена. Обратился к участковому терапевту для получения рекомендаций. Вы рекомендуете:
1) провести повторную колоноскопию для выполнения биопсии полипа в ближайшие сроки
2) Контрольная колоноскопия через 6 месяцев
3) бесшлаковую диету
4) Контрольная колоноскопия через 1 год

Женщина 45 лет планирует пластическую операцию по увеличению груди и обратилась к врачу-терапевту для предоперационного осмотра. Пациентка обследована перед операцией в полном объеме, патологии не выявлено. Ваши рекомендации пациентке:
1) предупредите женщину о том, что импланты увеличивают риск развития рака молочной железы,
2) рекомендуете после операции регулярный самостоятельный осмотр молочной железы,
3) рекомендуете ежегодное проведение маммографии,
4) рекомендуете после операции ежегодно проводить ПЭТ КТ.
5) Пункты 2, 3

Женщина 52 лет наблюдается у участкового терапевта по поводу бронхиальной астмы. В анамнезе 5 лет назад перенесла нижнедолевую пневмонию. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие. При рентгеновском исследовании – без патологии. Пациентка ухаживает за мужем с раком легкого. На приеме пациентка задает вопросы о возможном риске возникновения у нее рака легкого. Вы объясняете пациентке, что к группе высокого риска в отношении рака легкого НЕ относятся:
1) пациенты с бронхиальной астмой,
2) лица, контактирующие с больными раком легкого,
3) лица, работающие в условиях постоянной высокой концентрации пыли,
4) лица с наследственным раком легкого.
5) пункты 1, 2

Пациент 35 лет обратился к терапевту с жалобами на появившеюся кровоточивость невуса. Из анамнеза удалось выяснить, что примерно 15 лет назад появилось образование около 1,5 мм в диаметре, болезненности не было. На момент осмотра в области левой лопатки имеется образование размером 3,4 мм, ассиметричный контур, волосяной покров отсутствует, признаки кровоточивости с образовавшимися сухими корочками. Ваша тактика:
1) Направить к хирургу для удаления новообразования
2) направить к онкологу для решения вопроса о дальнейшей тактике
3) Назначить местное лечение (перевязка с р-ром бетадина)
4) Динамическое наблюдение

У пациента 46 лет при диспансерном обследовании выявлено повышение уровня общего ПСА крови в 2 раза от верхней границы нормы. Ваши рекомендации:
1) направить на трансректальное УЗИ предстательной железы,
2) направить к урологу,
3) рекомендовать динамическое наблюдение и контроль через месяц,
4) провести курс антибактериальной терапии по поводу простатита и назначить контроль ПСА после лечения.
5) пункты 1, 2

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
Тестовые задания
Инструкция:
Для каждого из указанных ниже вопросов (утверждений) выберите только один наиболее правильный ответ и укажите наиболее правильный ответ.

Операция при злокачественной опухоли, предусматривающая удаление пораженного органа или части его в пределах заведомо здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим аппаратом и окружающей клетчаткой единым блоком.
Радикальная
Паллиативная
Комбинированная
Симптоматическая

Операция при злокачественной опухоли, заведомо нерадикальная, но продлевающая жизнь пациента

Радикальная
Паллиативная
Комбинированная
Симптоматическая

Операция при злокачественной опухоли, устраняющая тягостные симптомы течения злокачественной опухоли
Радикальная
Паллиативная
Комбинированная
Симптоматическая

К какому виду относится химиотерапия, при которой достигается общее воздействие путем энтерального или парентерального введения препаратов
Системная
Регионарная
Локальная

К какому виду относится химиотерапия, при которой происходит воздействие на определенную область путем изолированной перфузии
Системная
Регионарная
Локальная

К какому виду относится химиотерапия, при которой происходит местное воздействие путем введения в полости (брюшная, плевральная), интравезикально (мочевой пузырь), непосредственно на опухоль или опухолевые язвы
Системная
Регионарная
Локальная

Вид терапии в онкологии, при котором происходит лечение препаратами, которые блокируют рост и распространение раковых клеток, посредством воздействия на специфические молекулы, которые участвуют в росте и развитии опухолевой клетки
Таргетная терапия
Лучевая терапия
Гармонотерапия
Ииуунотерапия

8. Вид терапии в онкологии, при котором применяется особый вид энергии электромагнитных излучений или пучков элементарных ядерных частиц, способный убивать опухолевые клетки или сдерживать их рост и деление.
Таргетная терапия
Лучевая терапия
Гармонотерапия
Ииуунотерапия

Лечение, при котором происходит использование двух принципиально разных методов лечения (например, оперативного и лучевого; оперативного и химиотерапии; лучевой терапии и химиотерапии)
Комбинированное
Комплексное
Симптоматическое
Изолированное

Лечение, при котором используются все три метода лечения (лучевое, хирургическое, химиотерапия).
Комбинированное
Комплексное
Симптоматическое
Изолированное

Назовите основной метод инструментальной диагностики рака молочной железы
УЗИ;
Маммография + УЗИ;
ПЭТ-КТ;
Лимфография

Какова доля наследственного рака молочной железы?
5-10%;
20-30%;
40-50%;
70-80%

В каком возрасте заболеваемость раком молочной железы максимальна?
30-40 лет;
40-50 лет;
50-60 лет;
60-70 лет

Стандартными проекциями при проведении скрининговой рентгеновской маммографии являются:
Прямая и боковая проекции;
Прямая и косая проекции;
Только косая проекция;
Только боковая проекция

Выберите наиболее доступный и распространенный метод лучевой диагностики, позволяющий провести дифференциальную диагностику между солидными и кистозными образованиями молочной железы:
Радионуклидный метод;
Рентгеновская маммография;
Ультразвуковой метод;
Магнитно-резонансная маммография

Какое место занимает рак молочной железы по частоте метастазирования в центральную нервную систему?
Рак молочной железы чаще всего метастазирует в центральную нервную систему;
Метастазирование рака молочной железы в центральную нервную систему – казуистика;
Рак молочной железы занимает второе место после рака легкого по частоте метастазирования в центральную нервную систему

Выберите ведущую методику лучевой диагностики для скрининга рака молочной железы:
Радионуклидный метод;

Ультразвуковой метод;
Магнитно-резонансная маммография;
Рентгеновская маммография

Как соотносится заболеваемость раком молочной железы у мужчин и женщин?
~1:2;
~1:10;
~1:50;
~1:100

Какое место в структуре онкологической заболеваемости занимает рак молочной железы?
Первое;
Второе;
Третье;
Четвёртое

Показатели чувствительности и специфичности рентгеновской маммографии у пациенток с высокой плотностью ткани молочной железы:
Повышаются;
Снижаются

Правильные ответы (эталон), специальность: «Онконастороженность»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	1	6	3
2	2	7	1
3	4	8	2
4	1	9	1
5	2	10	2
№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
11	2	16	3
12	1	17	4
13	4	18	4
14	2	19	4
15	3	20	2

Ситуационные задачи

1. Пациент 16 лет обратился к врачу с жалобами на наличие носовых кровотечений, кровоизлияния на коже, общую слабость, высокую температуру тела. Заболевание началось после ОРВИ. Лечился дома самостоятельно. При объективном обследовании: бледность кожи, температура тела 38,2°С, кровоизлияние на нижних конечностях размерами от петехий до 1-2 см, увеличение шейных лимфатических узлов, печенки, селезенки. Вы подозреваете у пациента острый лейкоз. Ваша тактика на первом этапе:
1) Пункция лимфоузла и определение тактики лечения после получения результатов
2) Общий анализ крови по cito! и госпитализация в стационар
3) Пробный курс антибактериальной терапии и оценка динамики
4) Консультация инфекциониста

У больного 26 лет около 3 месяцев повышается температура до 38ºС, кожный зуд, выраженная потливость, похудание, других жалоб не предъявляет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки определяется увеличение лимфоузлов средостения. Вы заподозрили у больного лимфогранулематоз. Ваши действия:

1) Провести курс антибактериальной терапии и оценить динамику
2) Направить к гематологу на дообследование
3) Назначить преднизолон и оценить динамику
4) Назначить анализ крови на онкомаркеры

На приеме у терапевта мужчина 50 лет. Среди прочих жалоб отмечает, что стал просыпаться ночью 3-4 раза из-за позывов к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Симптомы появились последние 2-3 месяца. У уролога был около 5 лет назад. Для исключения рака предстательной железы пациенту:
1) Назначить анализ крови на ПСА и направить к урологу
2) Достаточно сдать общий анализ мочи
3) Назначить анализ мочи на ПСА
4) Достаточно сдать общий анализ крови

Пациентка 39 лет предъявляет жалобы на дискомфорт в эпигастрии после еды, отрыжку воздухом, чувство страха, канцерофобия. Указанные симптомы появились после смерти подруги пациентки от рака желудка. Ваши рекомендации:
1) Назначить гастроскопию и по результатам провести лечение
2) Назначить седативные препараты и повторный осмотр через месяц
3) Порекомендовать консультацию психотерапевта
4) Назначить лечение травами и повторный осмотр через месяц

На прием к терапевту обратился пациент 76 лет с жалобами на образование «язвочки» в области задней поверхности шеи. Первые проявления заболевания отметил примерно месяц назад, когда без видимых причин появилось небольшое изъязвление, постепенно увеличивающиеся в размерах – «становилось шире и глубже». При осмотре по увеличением края язвы приподняты над поверхностью имеют вид валика и углубление плавно спускается вниз. Ваша тактика:
1) Направить к хирургу для обработки дефекта и проведения местной терапии
2) Назначить самостоятельно местную противовоспалительную терапию с оценкой динамики через две недели от начала лечения
3) Провести исследование общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимических показателей при наличии изменений – провести системную противовоспалительную терапию, при отсутствии – рекомендовать записаться на прием через месяц
4) Направить к онкологу для решения вопроса о дальнейшей тактике обследования и лечения

Приложение 8

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КОНФЛИКТОЛОГИЯ»

ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Компетенции	Перечень компонентов	Технологии формирования Формы оценочных средств
Универсальные компетенции:		
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ПС 135н ТФ А/03.7 Знать: 1 Основы законодательства РФ по вопросам конфликтологии• 2. Основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов и систем организма; Уметь: 1. Получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки поражения, оценить тяжесть состояния пациента; 2. Интерпретировать данные специальных методов исследования; Владеть: 1. Методами общеклинического обследования больного	Лекции, семинары, практические занятия, Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	ПС 135н ТФ А/03.8, А/04.8 Знать и уметь использовать 1.психотехники профессионального общения и коммуникативных навыков в медицинской деятельности; 2. психотехники избегания коммуникативных неудач: врач-пациент; врач-врач; 3. психотехники, направленные на формирование адекватной комплаентности (приверженности к терапии) у пациентов;	Лекции, семинары, практические занятия, Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков
Общепрофессиональные компетенции:		
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ПС 135н, ТФ А/01.8 Знать: 1. психотехники достижения компромисса в спорных с пациентом ситуациях; 2. психотехники, формирующие навыки аргументации при формировании /выборе плана обследования-лечения; 3. психотехники, формирующие корректные приемы в споре врач-пациент; 4. психотехники, формирующие подходы к правильному информированию пациента/родственника пациента о высоком	Лекции, семинары, практические занятия, Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков

	риске неблагоприятного прогноза лечения; Уметь: 1. Получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки поражения, оценить тяжесть состояния пациента; 2. Интерпретировать данные специальных методов исследования; 3. Оформить необходимую медицинскую документацию, проводить диспансеризацию населения и оценивать ее эффективность; Владеть: 1. Методами общеклинического обследования больного;	
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ПС 135н ТФ А/08.8 ПС 768н ТФ С/04.8 Знать: 1. психотехники достижения компромисса в спорных с пациентом ситуациях; 2. психотехники, формирующие навыки аргументации при формировании /выборе плана обследования-лечения; 3. психотехники, формирующие корректные приемы в споре врач-пациент; 4. психотехники, формирующие подходы к правильному информированию пациента/родственника пациента о высоком риске неблагоприятного прогноза лечения; Уметь: 1. Получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки поражения, оценить тяжесть состояния пациента; 2. Интерпретировать данные специальных методов исследования; 3. Оформить необходимую медицинскую документацию, проводить диспансеризацию населения и оценивать ее эффективность; Владеть: 1. Методами общеклинического обследования больного;	Лекции, семинары, практические занятия, Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков

Тестовые задания

Критерии оценки: Результаты тестирования оцениваются в процентах:
- оценка «зачтено» выставляется, если получено 70% и более правильных ответов;
- оценка «незачтено» если получено менее 70% правильных ответов.

Инструкция: на каждое задание выберите один правильный ответ из числа предложенных вариантов.
1) Выгорание проявляется триадой признаков, кроме:
а) эмоциональное истощение
б) отсутствие личных достижений
в) деперсонализация
г) эндогенная депрессия

2) Характеристики личности, повышающие стрессоустойчивость:
а) самоэффективность
б) выносливость/устойчивость
в) выученная беспомощность
г) алекситимия
д) а и б

3) Личностные характеристики, формирующие коммуникативную компетентность, все кроме
а) эмоциональная стабильность
б) эмпатия
в) аффиляция
г) сенситивность к отвержению
д) алекситимия

4) Коммуникативные особенности пациентов пожилого и старческого возраста все кроме:
а) психологическая доминанта возраста - «уходящая жизнь», «приближение смерти»;
б) чувства тоски, одиночества, нарастающая беспомощность;
в) возрастные изменения: снижение слуха, зрения, памяти, сужение интересов, повышенная обидчивость, ранимость, снижение возможности самообслуживания;
г) интерпретация болезни только через возраст, отсутствие мотивации к лечению и выздоровлению.
д) пренебрежительное отношение к болезни, факторам риска

5) Психологические особенности пациента с высоким риском суицидального поведения все кроме:
а) амбивалентность
б) импульсивность
в) ригидность
г) все три признака

6) К основным факторам возникновения конфликтов в медицинской среде относятся все, кроме:
а) состояние стресса;
б) недостаток информации об оппоненте, который восполняется домыслами, носящими обычно негативный характер;
в) уровень мотивов конфликта: чем он выше (сохранение здоровья), тем выше степень искажения информации при общении (например, желание пациента вылечиться быстро и одной таблеткой);
г) широкий кругозор пациента

7) С выполнением сторонами своих социальной ролей, а также с ожиданиями, требованиями и установками участников отношений связан аспект конфликта:
а) социальный
б) профессиональный
в) экономический
г) правовой

8) С оценкой эффективности и качества оказания медицинской помощи обеими сторонами связан аспект конфликта:
а) социальный
б) профессиональный
в) экономический
г) правовой

9) С финансовой составляющей медицинской услуги связан аспект конфликта:
а) социальный
б) профессиональный
в) экономический
г) правовой

10) С правоотношениями, участниками которых являются врач и пациент, их правами и обязанностями связан аспект конфликта:
а) социальный
б) профессиональный
в) экономический
г) правовой

11) Этапом конфликтной ситуации, когда происходит развитие конфликта, является:
а) начальная фаза
б) подъем
в) пик
г) спад

12) Предконфликтная ситуация соответствует этапу развития конфликта:
а) начальная фаза
б) подъем
в) пик
г) спад

13) Разрешение конфликтной ситуации соответствует этапу развития конфликта:
а) начальная фаза
б) подъем
в) пик
г) спад
14) Возможность разрешения конфликта минимальна на этапе:
а) начальной фазы
б) подъема
в) пика
г) спада

15) Возможность разрешения конфликта максимальна на этапе:
а) начальной фазы
б) подъема
в) пика
г) спада

16) К негативным функциям конфликтов относят все, кроме:
а) Большие эмоциональные, материальные затраты на участие в конфликте;
б) Увольнение сотрудников, снижение дисциплины, ухудшение социально-психологического климата в коллективе;
в) Чрезмерное увлечение процессом конфликтного взаимодействия в ущерб работе;
г) Диагностика возможностей оппонентов.

17) Признаком случайного конфликта является:
а) возникший на основе реально существующих между субъектами противоречий;
б) возникший по недоразумению или случайному стечению обстоятельств;
в) возникший на ложном основании, когда истинная причина скрыта.
г) конфликта находится «за кулисами» противоборства, а в конфликте задействованы участники, не имеющие к нему отношения.

18) Максимальная ориентация на интересы как собственные, так и оппонента в конфликте наблюдается при стиле поведения:
а) избегание
б) компромисс
в) сотрудничество
г) уступчивость

19) Умеренная ориентация на интересы как собственные, так и оппонента в конфликте наблюдается при стиле поведения:
а) избегание
б) компромисс
в) сотрудничество
г) уступчивость

20) Конфликты в медицине происходят на следующих уровнях противоречий:
а) система здравоохранения – общество;
б) учреждения здравоохранения (администрация) – медицинский персонал;
в) медицинский персонал – пациенты (и их родственники).
г) все перечисленное верно

21) Какие качества формируют успешную коммуникацию?
а) умение слушать
б) сдержанность
в) вежливость
г) чувство юмора
д) верно все

22) Что необходимо для рефлексивного слушания?
а) безучастный вид врача
б) обращение к пациенту за объяснениями
в) создание благоприятных условий для общения
г) верно б, в
д) все верно

23) Что такое эмпатия?
а) способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию
б) принцип коллективного обсуждения и (или) решения вопросов
в) последовательная передача чего-либо от одного к другому
г) склонность анализировать свои переживания

24) К чему может привести избыточная эмоциональная «включенность» в переживания пациента?
а) к синдрому эмоционального выгорания
б) к повышенной потребности в общении
в) к повышению работоспособности

25) Что характерно для детей дошкольного возраста?
а) отсутствие осознания болезни в целом
б) неумение формулировать жалобы
в) сильные эмоциональные реакции на отдельные симптомы болезни
г) восприятие лечебных и диагностических процедур как устрашающих мероприятий
д) все верно

26) Что характерно для подростков?
а) пренебрежительное отношение к болезни
б) показная храбрость
в) внутренняя психологическая ранимость
г) все верно

27. Какая деонтологическая тактика необходима при работе с пожилыми пациентами?
а) подчеркнуто уважительное, тактичное, деликатное отношение
б) отсутствие фамильярности и нравоучений
в) ориентация на двигательную активность
г) мотивация на выздоровление
д) все верно

28. Как следует беседовать с пациентами онкологического профиля:
а) давать полную информацию о диагнозе, предстоящей операции, исходе и прогнозе заболевания, рисках и осложнениях
б) избегать при разговоре слов «рак», «смерть»
в) никогда не обвинять пациента
г) эмоционально не отстраняться, не прятаться от тяжелых разговоров
д) все верно

29) Какие психологические особенности пациентов с высоким риском суицидального поведения?
а) двойственность чувств (амбивалентность) по отношению к совершению суицидального акта
б) импульсивность
в) постоянные мысли о совершении самоубийства, неспособность увидеть иные способы разрешения проблемы
г) все верно

30) Какой существует оптимальный способ узнать о том, помышляет ли человек о самоубийстве:
а) задать ему прямой вопрос об этом
б) поинтересоваться у друзей или родственников пациента о его состоянии
в) провести тест на выявление депрессии (Госпитальная шкала тревоги и депрессии)

31) Как оказывать эмоциональную поддержку пациенту?
а) хвалить пациента за определенные умения или проявления характера, делать уместные комплименты внешности, манере одеваться или держаться
б) принимать закрытую позу (перекрещенные руки и ноги) во время беседы
в) вербально поддерживать при помощи фраз – «Хорошо», «Не волнуйтесь из-за этого», «Вы поступили правильно», «Я хорошо Вас понимаю», «Расскажите подробнее»
г) невербально поддерживать при помощи мягкого, доброжелательного тона голоса, небольших пауз в речи
д) все верно
е) верно все, кроме б

32) Какие внешние факторы могут привести к профессиональному выгоранию?
а) необходимость вести большой объем информации
б) большое количество пациентов
в) тяжелые операции
г) новые условия медицинского образования (особенности НМО)
д) все верно
33) Какой тип копинг-стратегии является более адаптивным и способствует конструктивному разрешению трудностей:
а) проблемно-ориентированный (целенаправленный анализ ситуации, выработка стратегии разрешения проблемы, планирование собственных действий)
б) субъективно-ориентированный (эмоциональное реагирование на ситуацию, отрицание или полное игнорирование проблемы, погружение в фантазии, переедание, употребление алкоголя)

34) Что такое алекситимия?
а) ограниченная способность индивида к восприятию собственных эмоций и чувств, приводящая к эмоциональному напряжению
б) склонность человека к переживаниям
в) стремление к совершенству
г) заниженная самооценка, пессимизм

35) Основные принципы профилактики эмоционального выгорания:
а) формирование адаптивного совладающего со стрессом поведения
б) адекватное восприятие своего психического, физического и эмоционального состояния
в) понимание причин стресса, рациональное осмысление ситуации и своих возможностей, поиск возможных средств для преодоления стресса

г) верно все, кроме б
д) все верно
36) Какие существуют организационные меры, повышающие общую стрессоустойчивость в коллективе:
а) профессиональный отбор, направленный не только на выявление профессионализма специалиста, но и на определение его психоэмоциональной устойчивости и способности к эмпатии
б) проведение корпоративных праздников
в) поощрение администрацией соблюдения психогигиенических норм и здоровьесберегающего поведения на рабочем месте
г) все верно
д) верно все, кроме б

37) Что характеризует эмоциональное выгорание?
а) чувство эмоциональной опустошенности и усталости, обусловленное профессиональной деятельностью
б) дегуманизация (эмоциональная «холодность», формализация контактов, цинизм, внутреннее раздражение)
в) возникновение чувства собственной некомпетентности, потеря творческого потенциала
г) все верно

38) Что делать, если пациент хамит, оскорбляет и матерится, не применяя физической силы?
а) у врача на сегодня нет законных возможностей противостоять такому поведению, придется продолжать лечебные процедуры, иначе есть риск попасть под статью «Неоказание помощи больному» (ст. 124 УК РФ, до 4 лет лишения свободы)
б) врачу необходимо вызывать больничную охрану, чтобы она «зафиксировала» хулиганские действия пациента/ родственника, обездвижила его и таким образом пресекла хулиганское поведение. В случае, если охранника нет на месте, либо он не в силах справиться с буйным больным – врач может смело подключиться к «нейтрализации» пациента
в) начинать обороняться, бить агрессора вплоть до летального исхода

39) Что делать, если пациент применяет незначительное физическое воздействие (начинает кусаться, лягаться, разбрасывать вещи и другими подобными способами нарушать порядок):
а) у врача на сегодня нет законных возможностей противостоять такому поведению, придется продолжать лечебные процедуры, иначе есть риск попасть под статью «Неоказание помощи больному» (ст. 124 УК РФ, до 4 лет лишения свободы)
б) врачу необходимо вызывать больничную охрану, чтобы она «зафиксировала» хулиганские действия пациента/ родственника, обездвижила его и таким образом пресекла хулиганское поведение. В случае, если охранника нет на месте, либо он не в силах справиться с буйным больным – врач может смело подключиться к «нейтрализации» пациента
в) начинать обороняться, бить агрессора вплоть до летального исхода

40) Что делать, если от пациента исходит реальная угроза жизни и здоровью медперсонала – в руках у больного оружие, нож, осколок бутылки, другие предметы, способные причинить вред, и он угрожает ими; пациент нападает на окружающих, бьет, режет и т.п.:
а) у врача на сегодня нет законных возможностей противостоять такому поведению, придется продолжать лечебные процедуры, иначе есть риск попасть под статью «Неоказание помощи больному» (ст. 124 УК РФ, до 4 лет лишения свободы)
б) врачу необходимо вызывать больничную охрану, чтобы она «зафиксировала» хулиганские действия пациента/ родственника, обездвижила его и таким образом пресекла хулиганское поведение. В случае, если охранника нет на месте, либо он не в силах справиться с буйным больным – врач может смело подключиться к «нейтрализации» пациента
в) начинать обороняться, бить агрессора вплоть до летального исхода

41) Аффилиация – это:
а) способность к сочувствию, сопереживанию
б) стремление человека быть в обществе других людей

в) потребность в достижениях
г) склонность испытывать эмоцию тревоги
д) верно А и В

42) Эмпатия – это:
а) способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию
б) склонность к повышенному настроению
в) склонность испытывать чувство вины
г) потребность в эмоциональной поддержке со стороны окружающих людей
д) все перечисленное верно
43) Сокращение психологической дистанции с больным допустимо:
а) при длительном общении с пациентом
б) во взаимоотношениях с агрессивным пациентом
в) в ситуациях, когда возникает угроза жизни больного
г) при наличии взаимной симпатии между врачом и больным
д) не допустимо ни при каких обстоятельствах
44) Проекция – это:
а) приписывание больным врачу собственных негативных черт
б) проецирование в ситуацию взаимоотношений с врачом наиболее значимых психических травм детского возраста
в) перенос больным на врача прошлого опыта взаимоотношений со значимыми людьми
г) перенос больным на врача детских фантазий и мечтаний
д) все перечисленное неверно

45) В результате сочетания положительного переноса и положительного контр переноса во взаимоотношениях «врач – больной»:
а) повышается вероятность возникновения неформальных взаимоотношений между ними
б) повышается точность диагностики и эффективность терапии
в) повышается вероятность быстрого выздоровления пациента
г) повышается вероятность осложнений и рецидивов
д) ничего из перечисленного

46) В структуре внутренней картины болезни выделяют следующие основные компоненты:
а) сенситивный и эмоциональный
б) эмоциональный и рациональный
в) эмоциональный, рациональный и мотивационный
г) эмоциональный и мотивационный
д) сенситивный, эмоциональный, рациональный и мотивационный

47) Адаптивные механизмы, направленные на редукцию патогенного эмоционального напряжения, предохраняя от болезненных чувств и воспоминаний, а также от дальнейшего развития психологических и физиологических нарушений, называют:
а) копинг-механизмами
б) механизмами психологической защиты
в) компенсаторными психологическими механизмами
г) адаптивными психологическими реакциями
д) ничего из перечисленного

48) Защита от угрожающего объекта путем отождествления с ним называют:
а) проекцией
б) вытеснением
в) идентификацией
г) рационализацией
д) изоляцией

49) Диссимуляция – это:
а) сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания

б) сознательное сокрытие симптомов болезни
в) сознательное преувеличение симптомов болезни
г) сознательное преуменьшение симптомов заболевания
д) ничего из перечисленного

50) Анозогнозия – это:
а) сознательное сокрытие симптомов болезни
б) бессознательная реакция: неосознавание болезни
в) сознательное преуменьшение симптомов заболевания
г) «уход в болезнь»
д) сознательное преувеличение симптомов болезни

ЛИСТ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ (ЭТАЛОН ОТВЕТОВ)

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	г	14	в	27	д	40	в
2	д	15	а	28	д	41	Б
3	д	16	г	29	г	42	А
4	д	17	б	30	а	43	В
5	г	18	в	31	е	44	В
6	г	19	б	32	д	45	А
7	а	20	г	33	а	46	Д
8	б	21	д	34	а	47	Б
9	в	22	г	35	д	48	В
10	г	23	а	36	г	49	Б
11	б	24	а	37	г	50	Б
12	а	25	д	38	а		
13	г	26	г	39	б		

Ситуационные задачи

Задача 1
Мужчина обратился с жалобой к заведующему хирургического отделения, где проходил лечение его отец. Врач не предупредил пациента, что после операции запрещен прием твердой пищи в течение 10 дней.
На каком этапе коммуникации (по Анцупову А. и Баклановскому) в данном случае произошла ошибка?
а) Первом
б) Четвертом
в) Пятом
г) Седьмом
Какие из методов активного слушания были бы наиболее уместными в данной ситуации для разрешения конфликта?
а) Уточнение
б) Перефразирование
в) Поощрение
г) Эмпатия
д) Все перечисленное верно

Задача 2
Пожилой человек пришел на прием к врачу в поликлинику без записи. Оказалось, что в очереди есть люди по записи и не по записи. Возник спор, кто должен заходить первым. Врач вышел из кабинета и заявил, что если пациенты не успокоятся, то он вообще не будет никого не принимает. Из-за долгого ожидания и нервного возбуждения у пациента возник гипертонический криз.
Имел ли право врач действительно отказаться от приема пациентов:
а) Да
б) Нет
2. Наиболее эффективным методом предотвращения конфликтов в данной ситуации был бы:
а) Проведение пациентских школ
б) Тренинги стрессоустойчивости для врачей
в) Рациональная организация потока пациентов
г) верно б, в

Задача 3
Врач скорой помощи на вызове обнаружил мужчину в состоянии алкогольного опьянения лежащим в подъезде дома. Осмотр не выявил показаний к госпитализации. Медики завели его в квартиру, привели в чувство. Ночью больной скончался. Как показало вскрытие – от закрытой ЧМТ.
С учетом трудности диагностики, наиболее приемлемой тактикой для врача было бы:
а) Оставить все как есть
б) Склониться к гипердиагностике и доставить пациента в травматологическое отделение
в) Ничего из перечисленного

Эталоны ответов

Задача	Вопрос	Ответ
1	1	б
	2	д
2	1	б
	2	г
3	1	б

Приложение 9

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля	
Тестовые задания	
Ситуационные (клинические) задачи	

ОЦЕНИВАНИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ

ОЦЕНКА	
ЗАЧТЕНО	**51-100**
НЕЗАЧТЕНО	**0-50**

ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Компетенции	**Перечень компонентов**	**Технологии формирования. Формы оценочных средств**
В процессе подготовки по данной специальности ординатор формирует и демонстрирует следующие:		
ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями		
ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями	**Знать** Этиологию, эпидемиологию и патогенез инфекционных заболеваний; Современные классификации, клиническую симптоматику инфекционных заболеваний; Методы диагностики инфекционных заболеваний; МКБ; Медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов лабораторной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. **Уметь** Обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или)	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Владеть □ Направлением пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; □ Обоснованием и постановкой диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ).	
	Знать: Механизмы действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при инфекционных заболеваниях и (или) состояниях; Медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; Возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные. Уметь Обосновывать применение лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения для пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Назначать лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий; Проводить мониторинг эффективности и	Лекции, семинары, практические занятия. Тестирование, собеседование, ситуационные задачи

	безопасности использования лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями Проводить мониторинг симптомов и результатов лабораторных исследований у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения. Владеть Навыками назначения лекарственных препаратов и медицинских изделий пациентам с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями	

Учебный материал по дисциплине (модуля) разделен на 3 раздела: Раздел 1. Инфекции с фекально-оральным механизмом передачи. Раздел 2. Воздушно-капельные инфекции у детей.

Раздел 3. Инфекции с преимущественно парентеральным и трансмиссивным механизмом передачи.

Изучение дисциплины (модуля) согласно учебному плану предполагает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и специальной литературы, её конспектирование, подготовку к семинарам (практическим занятиям), текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации (зачету).

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация осуществляются в соответствие с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

ФОРМА ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ 2 СЕМЕСТРА
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. «АНТРОПОНОЗ» ОЗНАЧАЕТ, ЧТО
   A. источником инфекции является человек
   B. B. заболевают люди
   C. C. источником инфекции являются животные
   D. источником инфекции являются как люди, так и животные
2. «ЗООНОЗ» ОЗНАЧАЕТ, ЧТО
   A. источником инфекции является человек
   B. B. источником инфекции являются животные
   C. C. заболевают животные
   D. источником инфекции являются как люди, так и животные
   A. 7 . ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ К САПРОНОЗАМ ОТНОСИТСЯ
   B. чума
   C. B. гепатит А
   D. C. сальмонеллез
   E. легионеллез
3. ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА В ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
   a. ослабленный вирус
   b. инактивированный вирус
   c. HBsAg
   d. HBsAb
4. ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ОТМЕЧАЮТ ПОЯВЛЕНИЕ В КРОВИ

a. HBs Ab
b. HBcor Ab
c. HBcor IgM
d. повышенных трансаминаз

5. 24. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА В У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИМЕНЯЕТСЯ
   A. вакцинация
   B. введение иммуноглобулина
   C. химиопрофилактика
   D. воздержание от грудного вскармливания
6. 25. ПРИ ВВЕДЕНИИ ИММУННЫХ СЫВОРОТОК И ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В ОРГАНИЗМЕ РАЗВИВАЕТСЯ
   A. естественный активный иммунитет
   B. B. искусственный активный иммунитет
   C. C. естественный пассивный иммунитет
   D. искусственный пассивный иммунитет
7. 26. ПРИ ВВЕДЕНИИ ВАКЦИН В ОРГАНИЗМЕ РАЗВИВАЕТСЯ:
   A. естественный активный иммунитет
   B. B. искусственный активный иммунитет
   C. C. естественный пассивный иммунитет
   D. искусственный пассивный иммунитет
8. 27. ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ ВАКЦИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
   A. БЦЖ
   B. B. Энджерикс-В
   C. C. АКДС
   D. АДС-М
9. 28. К ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ОТНОСИТСЯ:
   A. цикличность
   B. B. наличие возбудителя
   C. C. формирование иммунитета после перенесенного заболевания
   D. контагиозность
10. 34. ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ИЗМЕНЧИВОСТЬЮ АНТИГЕНОВ НАРУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
    A. вирус парагриппа
    B. B. риновирус
    C. C. вирус гриппа А
    D. аденовирус
11. 35. ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ГРИППА
    A. пищевой
    B. трансмиссивный
    C. воздушно-капельный
    D. вертикальный
12. ПОРАЖЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГРИППЕ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО НА УРОВНЕ
    A. носа и его придаточных пазух
    B. гортани
    C. трахеи
    D. альвеол легких
13. ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

ринита
B. трахеита
C. ларингита
D. тонзиллита

14. В 80 – 90% СЛУЧАЕВ ПЕРВИЧНЫЙ ПРОСТОЙ ГЕРПЕС ПРОТЕКАЕТ
    A. в виде ОРВИ
    B. B. бессимптомно
    C. C. в виде экземы Капоши
    D. D. в виде генерализованной инфекции
15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 1-ГО ТИПА
    A. слизистая оболочка половых органов
    B. B. губы
    C. C. кожа туловища
    D. D. кожа волосистой части головы
16. ТИПИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ СЫПИ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ
    A. папула
    B. B. везикула
    C. C. розеола
    D. D. петехия
17. МЕСТО ПЕРСИСТИРОВАНИЯ ВИРУСА HERPES ZOSTER В ОРГАНИЗМЕ
    A. слюнные железы
    B. миндалины
    C. чувствительные нервные ганглии
    D. кожа и слизистые оболочки
18. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПАЦИЕНТА
    A. бластов
    B. ретикулоцитов
    C. акантоцитов
    D. атипичных мононуклеаров
19. ТУПЫЕ ТЯНУЩИЕ БОЛИ В ОКОЛОУШНОЙ ОБЛАСТИ, ПРИПУХЛОСТЬ ПЕРЕД УШНОЙ РАКОВИНОЙ, ВЫНУЖДЕННОЕ

ПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВЫ С НАКЛОНОМ В ПОРАЖЕННУЮ СТОРОНУ, СУХОСТЬ ВО РТУ ЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ
   A. гриппа
   B. B. инфекционного мононуклеоза
   C. C. эпидемического паротита
   D. D. дифтерии
20. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА
   A. проводится по эпидемическим показаниям
   B. B. входит в Национальный календарь профилактических прививок
   C. C. проводится по индивидуальным показаниям
   D. D. не проводится
21. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А ЯВЛЯЕТСЯ
   A. человек, больной острой формой заболевания
   B. B. животное
   C. C. человек, больной хронической формой заболевания
   D. D. все перечисленное
22. НАИБОЛЕЕ УСТОЙЧИВЫМ К ВОЗДЕЙСТВИЮ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ И МЕТОДАМ ДЕЗИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
   A. вирус гепатита А
   B. B. вирус гепатита В
   C. C. вирус гепатита С
   D. D. вирус гепатита Е
23. МИНИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ИНФИЦИРОВАННОЙ КРОВИ, ДОСТАТОЧНЫЙ ДЛЯ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В СОСТАВЛЯЕТ
   A. 10 мл
   B. B. 0,1 мл
   C. C. 1 мл
   D. D. 10 мл
24. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У РАНЕЕ НЕ БОЛЕВШИХ ДЕТЕЙ В ОЧАГЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   A. введение иммуноглобулина
   B. B. введение препаратов интерферона-а
   C. C. вакцинация
   D. D. текущая дезинфекция
25. У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В. И С ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ
   A. рибавирина
   B. B. интерферонов-а в свечах
   C. C. индукторов интерферонов
   D. D. пегелированных интерферонов
26. ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ
   A. слюна и слезы
   B. B. кровь и семенная жидкость
   C. C. грудное молоко и пот
   D. D. вагинальный секрет и моча
27. В ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТЫ
   A. рибавирин
   B. B. пегинтрон
   C. C. боцепревир
   D. D. ламивудин
28. 80. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ У НЕПРИВИТОГО РЕБЕНКА, БОЛЬНОГО ЧЕТВЕРТЫЙ ДЕНЬ С ФЕБРИЛЬНОЙ ЛИХОРАДКОЙ, ПЯТНИСТО-ПАПУЛЕЗНОЙ СЫПЬЮ СО СКЛОННОСТЬЮ К СЛИЯНИЮ НА ЛИЦЕ, ШЕЕ, ЗА УШАМИ, ЯВЛЕНИЯМИ РИНОФАРИНГИТА, КОНЪЮНКТИВИТА, ГИНГИВИТА И СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
   A. краснуха
   B. B. корь
   C. C. скарлатина
   D. D. псевдотуберкулез
29. 81. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ ВЕЗИКУЛЕЗНОЙ СЫПИ С ОБРАЗОВАНИЕМ КОРОЧЕК НА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, ЛИЦЕ, ТУЛОВИЩЕ, А ТАКЖЕ АФТ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКА, ФЕБРИЛЬНО ЛИХОРАДЯЩЕГО ДО 39,5°С В ТЕЧЕНИЕ 3-Х ДНЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
   A. герпетическая инфекция
   B. ветряная оспа
   C. энтеровирусная инфекция
   D. парвовирусная инфекция
30. 83. У БОЛЬНОЙ 15 ЛЕТ, ЛЕЧИВШЕЙСЯ ДОМА ПО ПОВОДУ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ГРИППА, НА 6 ДЕНЬ БОЛЕЗНИ СОСТОЯНИЕ РЕЗКО УХУДШИЛОСЬ, ЛИХОРАДКА НАРОСЛА ДО 40°С, ПОЯВИЛИСЬ ОДЫШКА (ЧД – 36 В МИН), ГЛУХОСТЬ ТОНОВ СЕРДЦА, ТАХИКАРДИЯ (ДО 110 УДАРОВ В МИН), ЦИАНОЗ ГУБ, АУСКУЛЬТАТИВНО В НИЖНИХ

ОТДЕЛАХ ЛЕГКИХ С ОБЕИХ СТОРОН – ВЛАЖНЫЕ МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ХРИПЫ, ЧТО ХАРАКТЕРИЗОВАЛО РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ВИДЕ

A. отека легких
B. В. миокардита
C. С. вторичной пневмонии
D. D. бронхита с обструктивным синдромом

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Инфекции с фекально-оральным механизмом передачи у детей: Вирусные диареи (ротавирусы, калицивирусы, аденовирусы, астровирусы) у детей. Характеристика возбудителей. Эпидемиология. Патогенез и патоморфология. Клиническая классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
2. Полиомиелит. Определение болезни. История изучения. Характеристика возбудителей. Эпидемиологические особенности. Патогенез, патоморфология. Классификация. Клинические формы и течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Порядок вакцинации.
3. Энтеровирусная (Коксаки и ECHO) инфекция. Определение болезни. История изучения. Характеристика возбудителей. Эпидемиологические особенности. Патогенез, патоморфология. Классификация. Клинические формы и течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
2. Инвазивные диареи: сальмонеллез у детей. Характеристика возбудителей. Эпидемиология. Патогенез и патоморфология. Клиническая классификация. Клиника. Особенности у детей первого года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
3. Дизентерия у детей. Характеристика возбудителей. Эпидемиология. Патогенез и патоморфология. Клиническая классификация. Клиника. Особенности у детей первого года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
4. Эшерихиозы у детей. Характеристика возбудителей. Эпидемиология. Патогенез и патоморфология. Клиническая классификация. Клиника. Особенности у детей первого года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
5. Кампилобактериоз у детей. Характеристика возбудителей. Эпидемиология. Патогенез и патоморфология. Клиническая классификация. Клиника. Особенности у детей первого года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
6. Дисбиоз кишечника_ синдром избыточного бактериального роста у детей.
7. Кишечный и внекишечный амебиаз у детей.
8. Острые респираторные вирусные инфекции (парагрипп, аденовирусная инфекция, риновирусная инфекция, респираторно-синцитиальная инфекция) у детей . Эпидемиологические особенности. Классификация. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
9. Понятие о пневмотропных и атипичных возбудителях.
10. Корь. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
11. Коревой энцефалит и панэнцефалит.
12. Дифференциальная диагностика экзантем. Морфологическая характеристика элементов сыпи, описание экзантем, особенности высыпаний при экзантемных инфекциях. Лечение.
13. Краснуха. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
14. Синдром врожденной краснухи
15. Скарлатина. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
16. Эпидемический паротит у детей. Эпидемиология. Особенности течения. Дифференциальная диагностика. Диагностика. Лечение. Профилактика.
17. Инфекционный мононуклеоз у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика..

18. Ветряная оспа. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика..

19. Цитомегаловирусная инфекция у детей Характеристика возбудителя. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления в зависимости от возраста ребенка. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика

20. Менингококковая инфекция. Современное состояние заболеваемости и летальности. Характеристика возбудителя. Эпидемиология. Патогенез менингококцемии, гнойного менингита, инфекционно-токсического шока. Патоморфология. Синдром Уотерхаус-Фридериксена. Классификация клинических форм и симптоматика.. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение клинических форм менингококковой инфекции.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Ребенок 1 года 5 месяцев заболел ОРВИ. Помимо катаральных явлений в зеве у него возникла одышка экспираторного характера с удлиненным выдохом, непостоянные разнокалиберные влажные и свистящие сухие хрипы в легких. Диагностирован обструктивный бронхит.

1. Какие особенности дыхательной системы маленького ребенка способствуют частому возникновению подобного осложнения ОРВИ?
2. Какие лечебные мероприятия Вы порекомендуете?
3. Какие рекомендации по уходу о организации режима и питания Вы дадите матери?

Ответ:

1) Склонность слизистых оболочек к отеку и гиперсекреции, недостаточная дренажная и защитная функция бронхов, горизонтальное расположение ребер, высокое стояние диафрагмы, маленький диаметр бронхов.
2) Антибиотики (профилактически), муколитики, обильное щелочное питье, щелочные ингаляции с эуфиллином.
3) Щадящий режим, обильное витаминизированное щелочное питье, легко усвояемая пища, дыхательная гимнастика, вибрационный массаж.

Задача 2

Ребенок 3 месяцев заболел остро: температура 38,7°С, слизистые выделения из носа. На 3-й день состояние резко ухудшилось: одышка с участием вспомогательной мускулатуры до 90 в минуту, втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, перioральный цианоз. Над легкими коробочный оттенок перкуторного тона, при аускулътации масса мелкопузырчатых хрипов и крепитация с обеих сторон - "влажное" легкое.

1. Диагноз?
2. Что свидетельствует против пневмонии?
3. Какова тяжесть дыхательной недостаточности?
4. Наметьте план ведения больного.

Ответ:

1) ОРВИ, бронхиолит (коробочный звук).
2) Диффузный характер изменений в легких, коробочный звук.
3) ДНIII степени.
4) Кислородотерапия, бронхолитики, глюкокортикоиды, отхаркивающие, антибиотики (профилактически), эуфиллин.

Задача 3

Мальчик, 2 года 6 месяцев, поступил в стационар в тяжелом состоянии. Болен 4-й день, высоко лихорадит с 1-го дня болезни. Объективно: состояние тяжелое, температура 39°С, обильные выделения из носа, правосторонний гнойный конъюнктивит, сухой кашель с высоким "спастическим" обертоном. Кожные покровы бледные, с мраморным рисунком, цианоз носогубного треугольника. ЧД - 48 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры,

усиливающимися при беспокойстве, "дистанционные" хрипы, синдром "клокотания" при аускультации. ЧСС - 140 в минуту.

1. Предположите этиологию заболевания у данного больного.
2. Как оценить изменения в легких? с
3. Изложите принципы терапии заболевания.

Ответ:

1) Аденовирусная инфекция.
2) Обструктивный синдром, экспираторная одышка, ДН III.
3) Кислородотерапия, бронхолитики, глюкокортикоиды, отхаркивающие.

Задача 4 , '

Мальчик 3,5 лет заболел остро: повысилась температура до 39°С, появились жалобы на головную боль, вялость, снижение аппетита. На второй день заболевания появилась припухлость в околоушной области слева, мочка уха приподнята, кожа напряжена, лоснящаяся, негиперемирована. Слизистые губ и полости рта сухие. Катаральных явлении нет. На третьи сутки появилась рвота, боли в животе без четкой локализации. Поставлен диагноз: эпидемический паротит. Ребенок госпитализирован по поводу болей в животе.

1. Какова Ваша тактика ведения больного в роли врача приемного отделения?
2. Проведите дифференциальный диагноз с банальным лимфаденитом.
3. Какие противоэпидемические мероприятия проводятся в очаге заболевания?

Ответ:

1) Изоляция больного в бокс, анализы крови на амилазу и мочи на диастазу, анализ крови общий, УЗИ органов брюшной полости, динамическое наблюдение. 2) При эпидемическом паротите над пораженной железой цвет кожи не изменен, сама железа тестоватой консистенции, сухость слизистой полости рта, в анализе крови - лейкопения с лимфоцитозом. 3) Изоляция больного на 9 дней. Карантин в детском саду на 21 день и ежедневный осмотр контактных детей. Непривитым контактным детям не болевшим ранее паротитом можно провести срочную вакцинацию.

Задача 5

Ребенок 1,5 лет доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение многопрофильной больницы с диагнозом: ОРВИ, круп II степени. Состояние тяжелое, температура 38,0°С, бледен, выражена инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением уступчивых мест грудной клетки, переоральный цианоз, грубый лающий кашель, осиплость голоса. Врачом приемного отделения назначено: обильное питье, ингаляции с гидрокортизоном, парощелочные, озокерит на переднюю поверхность шеи, увлажненный кислород, внутривенные вливания глюкозосолевых растворов с преднизолоном, коргликоном.

1. Обсудите правильность поставленного диагноза.
2. Каковы критерии тяжести синдрома крупа?
3. Оцените назначенную терапию.

Ответ:

1) Диагноз верный.

2) Выраженность инспираторной одышки. Цианоз в покое. Втяжение уступчивых мест грудной клетки. Лающий кашель (или его отсутствие при III степени), шумное дыхание, пульс, давление, диаметр просветаподголосовой полости гортани, сознание, газы крови. 3) Терапия назначена правильно. Необходимо назначить мочегонные, провести санацию гортани и трахеобронхиального дерева.

Задача 6

Ребенок 3-месячного возраста болен в течение недели. После умеренных катаральных явлений и покашливания появились периоды апноэ вне приступов кашля, продолжительностью 1 - 2 минуты, сопровождающиеся общим цианозом, вялостью, судорогами и кратковременной потерей сознания.

1. Какие эпидемиологические данные помогут Вам в постановке диагноза?
2. Какие лабораторные данные подтвердят предполагаемый диагноз?
3. Какая антибактериальная терапия показана?
4. Какая патогенетическая терапия показана?

3. Какой препарат наиболее эффективен в терапии коклюша?

Ответ:

1) Контакт с больным коклюшем или длительно кашляющим человеком.

2) Высев возбудителя коклюша (Бордетелла пертуссис) со слизистой носоглотки на среде Борде-Жангу, значительный лейкоцитоз и лимфоцитоз, положительные серологические данные в динамике (иммунофлюоресценция, РА, РСК).

3) Эритромицин, сумамед, левомицетин (более токсичен), ампициллин (присоединение вторичной инфекции).

4) Оксигенотерапия. Пипольфен (дипразин) - противорвотное, седативное, снижает секрецию желез, десенсебилизирующее. Гормональные (гидрокортизон, дексаметазон). Витамины. Нормальный гомологичный иммуноглобулин (в ранней стадии детям до 2-ух лет) - эффективность не доказана.

5) Эритромицин.

ФОРМА ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ 2 СЕМЕСТРА

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

31. 85. В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА НЕОБХОДИМО ВОЗДЕРЖАТЬСЯ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНГО ПРЕПАРАТА
    A. цефотаксима
    B. B. ровамицина
    C. C. флемоксина
    D. D. доксициклина
32. 86. КЛИНИКА СТЕНОЗА II СТЕПЕНИ ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ У РЕБЕНКА 11 МЕС ПРИ ПАРАГРИППЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
    A. инспираторной одышкой в покое, втяжением уступчивых мест грудной клетки, западением грудины, участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, цианозом, исчезающем в покое
    B. B. шумным вдохом с втяжением яремной ямки при беспокойстве ребенка
    C. C. общей бледностью, потливостью, цианозом губ, акроцианозом, парадоксальным пульсом
    D. D. экспираторной одышкой в покое, втяжением уступчивых мест грудной клетки, участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, цианозом, крепитирующими хрипами над поверхностью легких
33. 87. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ И ПОРАЖЕНИЕМ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 2 ЛЕТ ЖИЗНИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЯВЛЯЕТСЯ
    A. вирус парагриппа
    B. B. аденовирус
    C. C. микоплазма пневмонии
    D. D. респираторно-синцитиальный вирус
34. 91. ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ, НЕ БОЛЕВШИЕ КОРЬЮ, КРАСНУХОЙ И ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ И НЕ ПРИВИТЫЕ ПРОТИВ ЭТИХ ИНФЕКЦИЙ, НЕ ДОПУСКАЮТСЯ В ДЕТСКИЕ ДОШКОЛЬНЫЕ И ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ С МОМЕНТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРВОГО БОЛЬНОГО И ДО _____ ДНЯ С МОМЕНТА ИЗОЛЯЦИИ ПОСЛЕДНЕГО
    A. 7
    B. B. 9
    C. C. 17
    D. D. 21
35. 92. КОНТАКТНЫЕ ПО СКАРЛАТИНЕ ДОШКОЛЬНИКИ И ШКОЛЬНИКИ 1-2 КЛАССА ПОДЛЕЖАТ ИЗОЛЯЦИИ НА_____ ДНЕЙ
    A. 5
    B. B. 7
    C. C. 10
    D. D. 17
36. 93. ИЗОЛЯЦИЮ БОЛЬНЫХ КОКЛЮШЕМ ДЕТЕЙ ПРОВОДЯТ НА _____ ДНЕЙ
    A. 5
    B. B. 7
    C. C. 14
    D. D. 25
37. 95. БЕЗ КАКОГО СИМПТОМА НЕ БЫВАЕТ СКАРЛАТИНЫ?

A. лихорадки
B. B. сыпи
C. C. гиперемии и гипертрофии миндалин
D. D. увеличения тонзиллярных лимфоузлов

38. 102. У БОЛЬНОГО, ДОСТАВЛЕННОГО В ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С СИМПТОМАМИ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ И ЭЛЕМЕНТАМИ СКУДНОЙ РОЗЕОЛЕЗНОЙ СЫПИ НА ГРУДИ И ЖИВОТЕ НА 12-Й ДЕНЬ ВЫСОКОЙ ЛИХОРАДКИ, ПЕРФОРАЦИЯ ЯЗВЫ КИШЕЧНИКА, ОСЛОЖНИВШАЯСЯ ПЕРИТОНИТОМ, ВЕРОЯТНО ОБУСЛОВЛЕНА
A. брюшным тифом
B. B. клинической дизентерией
C. C. гангренозным аппендицитом
D. D. неспецифическим язвенным колитом

39. 103. КАКОВА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ КАТАРАЛЬНОГО АППЕНДИЦИТА И МЕЗАДЕНИТА С ПАКЕТАМИ УВЕЛИЧЕННЫХ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ, ОБНАРУЖЕННЫХ В ХОДЕ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОДОЗРЕНИЮ НА ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ АППЕНДИЦИТ У БОЛЬНОГО С ЖАЛОБАМИ НА СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ СО 2-ГО ДНЯ БОЛЕЗНИ, ПРОТЕКАВШЕЙ С ВЫСОКОЙ ЛИХОРАДКОЙ И ПОВТОРНЫМИ ОЗНОБАМИ?
A. дизентерия
B. B. амебиаз
C. C. псевдотуберкулез
D. D. брюшной тиф

40. 104. СОЧЕТАНИЕ ЛИХОРАДКИ, ГОЛОВНОЙ БОЛИ, БОЛЕЗНЕННОСТИ В ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, СКУДНОЙ РОЗЕОЛЕЗНОЙ СЫПИ С УВЕЛИЧЕНИЕМ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
A. брюшного тифа
B. B. клещевого энцефалита
C. C. клинической дизентерии
D. D. висцеральной формы токсокароза

41. 105. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ВЫЗВАЛО У ПОДРОСТКА ЧЕРЕЗ 40 МИНУТ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ В ШКОЛЬНОМ БУФЕТЕ МЯСНЫХ КОТЛЕТ СИЛЬНУЮ СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ХОЛОДНЫЙ ПОТ НА ФОНЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА 37,3°С, БОЛЬ В ЭПИГАСТРИИ, МНОГОКРАТНУЮ РВОТУ С ЖЕЛЧЬЮ, КОТОРАЯ ПРЕКРАТИЛАСЬ ПОСЛЕ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА?
A. ботулизм
B. B. сальмонеллез
C. C. пищевая токсикоинфекция
D. D. ротовирусный гастроэнтерит

42. 106. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ, ЧЕРЕЗ 1 ЧАС, ПОСЛЕ ТОГО, КАК ОН СЪЕЛ В БУФЕТЕ ПИРОЖНОЕ С КРЕМОМ, БУЛКУ И КОМПОТ ИЗ ФРУКТОВ, НЕДОМОГАНИЯ, РЕЗКОЙ СЛАБОСТИ, ТОШНОТЫ, РВОТЫ СЪЕДЕННОЙ ПИЩЕЙ, А ПОЗДНЕЕ ОБИЛЬНОГО ЖИДКОГО, ВОДЯНИСТОГ О СТУЛА, НА ФОНЕ ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 38,6°С ЯВЛЯЕТСЯ
A. кампилобактериоз
B. B. норовирусная инфекция
C. C. сальмонеллезный гастроэнтерит
D. D. стафилококковая пищевая токсикоинфекция

43. 107. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ОТСУТСТВИЕМ
A. острого начала заболевания
B. B. явлений гастроэнтерита
C. C. частого развития перфораций язв кишечника и кровотечений
D. D. выраженной интоксикации

44. 109. В ТЕРАПИИ СЕКРЕТОРНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НЕ ПОКАЗАН
A. сорбент
B. B. лоперамид
C. C. пробиотик
D. D. ферментный препарат

45. 110. НА ОСНОВАНИИ НАЛИЧИЯ У БОЛЬНОГО ГИПЕРПИРЕТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ, СОНЛИВОСТИ, СЛАБОСТИ, ГОЛОВНОЙ БОЛИ, ПОВТОРНОЙ РВОТЫ, НЕСКОЛЬКИХ ЭЛЕМЕНТОВ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ СЫПИ РАЗЛИЧНЫХ РАЗМЕРОВ С НЕКРОЗОМ В ЦЕНТРЕ НА НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЕ ТУЛОВИЩА И НОГАХ, МОЖНО КЛИНИЧЕСКИ ЗАПОДОЗРИТЬ
A. сыпной тиф
B. B. менингококцемию

C. C. парвовирусную инфекцию
D. D. геморрагическую лихорадку с почечным синдромом

46. ЛИ1ХОРАДЯЩИЙ В ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛИ ДО 38,5-39°С БОЛЬНОЙ, НАХОДЯЩИЙСЯ В СОСТОЯНИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, В СОЗНАНИИ, У КОТОРОГО ПРИ ОСМОТРЕ ЗА УХОМ ВЫЯВЛЕН УЧАСТОК ГИПЕРЕМИИ ДИАМЕТРОМ ДО 10 СМ С ПРОСВЕТЛЕНИЕМ В ЦЕНТРЕ И УВЕЛИЧЕННЫЙ, БОЛЕЗНЕННЫЙ РЕГИОНАРНЫЙ ЛИМФОУЗЕЛ, СООБЩИВШИЙ, ЧТО ЗА МЕСЯЦ ДО ЗАБОЛЕВАНИЯ СНИМАЛ С СЕБЯ КЛЕЩА, С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ПЕРЕНОСИТ КЛЕЩЕВОЙ
   A. анаплазмоз
   B. B. риккетсиоз
   C. C. боррелиоз
   D. D. энцефалит
47. 112. У БОЛЬНОГО ПОДРОСТКА 13 ЛЕТ, У КОТОРОГО НА 2-Й ДЕНЬ БОЛЕЗНИ, ПРОТЕКАВШЕЙ С ФЕБРИЛЬНОЙ ЛИХОРАДКОЙ, РЕЗКИМ НАРУШЕНИЕМ САМОЧУВСТВИЯ И ВЫРАЖЕННЫМ МЕНИНГЕАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, В ЛИКВОРЕ ВЫЯВЛЕН ЦИТОЗ 8000 /МКЛ (95% НЕЙТРОФИЛОВ), БЕЛОК 1,1 Г/Л, ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ
   A. энтеровирусный менингит
   B. B. менингококковый менингит
   C. C. туберкулезный менингит
   D. D. субарахноидальное кровоизлияние с вторичным менингитом
48. 113. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПАРАЛИТИЧЕСКОГО ПОЛИОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
   A. очаговых симптомов
   B. B. вялого асимметричного проксимального паралича
   C. C. генерализованных тонико-клонических судорог
   D. D. расстройства чувствительности, тазовые нарушения
49. 117. В КРУГ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕМ НАРУШЕНИИ ГЛОТАНИЯ У НЕПРИВИТОГО БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧАТЬ
   A. энцефалит
   B. B. полиомиелит
   C. C. дифтерию
   D. D. инфекционный мононуклеоз
50. 118. МЕНИНГИТ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ НА ОСНОВАНИИ
   A. выбухания большого родничка
   B. B. появления косоглазия
   C. C. вздутия живота
   D. D. развития гипотрофии
51. 120. ЭНЦЕФАЛИТ У ДЕТЕЙ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ НА ОСНОВАНИИ ПОЯВЛЕНИЯ
   A. очаговых симптомов
   B. B. повторных рвот
   C. C. тонико-клонических судорог
   D. D. психомоторного возбуждения
52. 121. КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ НА ОСНОВАНИИ ПОЯВЛЕНИЯ
   A. тризма жевательных мышц
   B. B. тонико-клонических судорог
   C. C. спастического тетрапареза
   D. D. вялых парезов мышц шеи и верхних конечностей
53. 125. ТЯЖЕЛЫЙ ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИЗ СЕМЕЙСТВА
   A. Koronaviridae
   B. B. Paramyxoviridae
   C. C. Picornaviridae
   D. D. Orthomyxoviridae
54. 132. БОЛЬНОЙ, ПРОЖИВАЮЩИЙ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В ЗАБАЙКАЛЬЕ, ЗАБОЛЕВШИЙ ОСТРО И ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫЙ В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ, С ГИПЕРПИРЕТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ, ОЗНОБОМ, ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ, УВЕЛИЧЕННЫМ И БОЛЕЗНЕННЫМ ПАХОВЫМ ЛИМФОУЗЛОМ С НЕЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ (ПРИЗНАКАМИ ПЕРИАДЕНИТА), БАГРОВО-КРАСНОЙ, ЛОСНЯЩЕЙСЯ КОЖЕЙ НАД БУБОНОМ, ВЕРОЯТНО, ПЕРЕНОСИТ
   A. туляремию, бубонную форму
   B. B. чуму, бубонную форму
   C. C. острый гнойный лимфаденит
   D. D. доброкачественный лимфоретикулез
55. 139. У ПАЦИЕНТА 16 ЛЕТ, КОТОРЫЙ ВОЗВРАТИЛСЯ ИЗ ТУРПОХОДА В ПРИМОРСКОМ КРАЕ, ГДЕ ЖИЛ В ПАЛАТКЕ, ПИЛ ВОДУ ИЗ РУЧЬЯ, НА 20 СУТКИ ОТ ВОЗВРАЩЕНИЯ ДОМОЙ ОСТРО ПОДНЯЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА

ДО 39,5°С, ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ГЛАЗНЫХ ЯБЛОКАХ, В ПОЯСНИЦЕ, НА 6-Й ДЕНЬ БОЛЕЗНИ ПРИСОЕДИНИЛАСЬ РВОТА, ОТМЕЧАЛОСЬ СНИЖЕНИЕ ДИУРЕЗА, НА КОЖЕ ПОЯВИЛИСЬ ЭЛЕМЕНТЫ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ СЫПИ, ЧТО, ВЕРОЯТНО, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАЗВИТИИ У НЕГО

A. ботуллизма
B. В. омской лихорадки
C. С. клещевого энцефалита
D. D. геморрагической лихорадки с почечным синдромом

56. 149. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ ПОДРОСТКУ, МЕСЯЦ НАЗАД ОТДЫХАВШЕМУ В КАРЕЛИИ, И СНИМАВШЕГО С СЕБЯ КЛЕЩА ВО ВРЕМЯ ПОХОДА В ЛЕС, ЕСЛИ У НЕГО НА ФОНЕ ФЕБРИЛЬНОЙ ЛИХОРАДКИ ДО 39°С В ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛИ В ПРАВОЙ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ ПАЛЬПИРУЕТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЙ, БОЛЕЗНЕННЫЙ ЛИМФОУЗЕЛ., РЯДОМ С КОТОРЫМ УЧАСТОК ГИПЕРЕМИИ ДИАМЕТРОМ ДО 10 СМ. С ПРОСВЕТЛЕНИЕМ В ЦЕНТРЕ?

A. клещевой риккетсиоз
B. В. клещевой энцефалит
C. С. клещевой боррелиоз
D. D. туляремия

57. 154. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ХАРАКТЕРНО

A. А. резкое затруднение носового дыхания
B. В. обильные выделения из носа
C. С. сухой навязчивый кашель
D. D. конъюнктивит

58. 155. ДЛИТЕЛЬНОЕ ВИРУСОВЫДЕЛЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

A. А. парагриппа
B. В. аденовирусной инфекции
C. С. коронавирусной инфекции
D. D. гриппа В

59. 157. МАРКЕРОМ ПРОДОЛЖАЮЩЕЙСЯ АКТИВНОЙ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА ЭПШТЕЙНА-БАРР (ВЭБ) В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

A. IgG к капсидному антигену ВЭБ
B. В. IgG к раннему антигену ВЭБ
C. С. IgG к нуклеарному антигену ВЭБ
D. D. ДНК ВЭБ в слюне

60. 158. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХЕ РЕБЕНОК СЧИТАЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ

A. первые две недели
B. В. 1 месяц после рождения
C. С. 6 месяцев
D. D. 12 мес

61. 159. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ КОКЛЮША НЕ ОТНОСЯТ

A. А. Серозный менингит
B. В. Апноэ
C. С. Кровоизлияние в склеру
D. D. Пневматоракс

62. 160. К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРИОДА РАЗГАРА КОКЛЮША ОТНОСЯТ

A. лихорадку
B. экспираторную одышку
C. ринорею
D. приступообразный кашель с репризами

63. 161. НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД КОКЛЮША ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

A. постепенно нарастающим сухим кашлем на фоне нормальной температуры тела
B. острым началом с затрудненным вдохом, осипшим голосом, грубым, «лающим» кашлем
C. приступообразным кашлем с постепенным нарастанием экспираторной одышки
D. сухим кашлем на фоне фебрильной лихорадки

64. 162. ПРИЗНАКИ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ВКЛЮЧАЮТ

A. яркую отграниченную гиперемию миндалин
B. В. налет, выходящий за пределы миндалин, на фоне отека миндалин и тканей мягкого неба
C. С. зернистость задней стенки глотки с гнойными выделениями, стекающими по задней стенке глотки
D. D. геморрагическую энантему на мягком небе

65. 163. К РЕЗИДУАЛЬНЫМ ЯВЛЕНИЯМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА НЕ ОТНОСЯТ

A. сахарный диабет,
B. артрит
C. ожирение
D. бесплодие

66. 164. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

A. серозный менингит
B. В. пневмония

C. C. миокардит
D. D. артрит

67. 165. ФОРМОЙ ОСТРОЙ ПЕРВИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ГЕРПЕСА 6 ТИПА, ЯВЛЯЕТСЯ
A. внезапная экзантема
B. B. афтозный стоматит
C. C. инфекционная эритема
D. D. менингонцефалит
68. 166. ДЛЯ ОСТРОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
A. сиалоаденит
B. B. гастроэнтерит
C. C. везикулезные экзантема
D. D. афтозный стоматит
69. 167. В КАЧЕСТВЕ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
A. Осельтамивир
B. B. Ганцикловир
C. C. Ламивудин
D. D. Ацикловир

70. 168. ТИПИЧНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОГРАММЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ
A. гипохромная анемия
B. B. резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево до палочкоядерных и юных форм нейтрофилов
C. C. гиперлейкоцитоз с резко повышенной СОЭ
D. D. лимфомоноцитоз с атипичными мононуклеарами
71. 169. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ КРУГА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ?
A. стрептококковый тонзиллит
B. B. дифтерия ротоглотки
C. C. колиэнтерит
D. D. аденовирусная инфекция
72. 170. ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
A. стенозирующего ларинготрахеита
B. B. афтозного стоматита
C. C. мелкопятнистой экзантемы
D. D. фарингоконъюнктивальной лихорадки
73. 171. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПАРАГРИППА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ
A. ринита
B. B. ларингита
C. C. тонзиллита
D. D. аденоидита
74. 172. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОКАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМ
A. респираторной и желудочно-кишечной
B. B. желудочно-кишечной и мочевыделительной
C. C. респираторной и мочевыделительной
D. D. респираторной и центральной нервной
75. 173. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО СИНДРОМА (ТОРС, SARS) ПРИЗНАН
A. энтеровирус
B. B. коронавирус
C. C. аденовирус
D. D. бокавирус
76. 174. ДЛИТЕЛЬНОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ С ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ_____ИНФЕКЦИИ
A. риновирусной
B. B. аденовирусной
C. C. коронавирусной
D. D. микоплазменной
77. 175. РАЗВИТИЕ ПНЕВМОНИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ
A. Гриппа
B. B. Парагриппа
C. C. Энтеровирусом
D. D. Парвовирусом
78. 176. ВЫРАЖЕННЫЙ ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
A. респираторно-синцитиальной инфекции
B. B. кори
C. C. краснухи
D. D. коклюша
79. 177. В ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА В ИСПОЛЬЗУЮТ
A. ацикловир
B. B. римантадин
C. C. софосбувир
D. D. осельтамивир
80. 178. ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ВОЗМОЖНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТОВ
A. осельтамивир
B. B. ацикловир

C. C. ремантадин
D. D. ламивудин

81. 179. ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ
A. гриппа
B. B. парагриппа
C. C. риновирусом
D. D. аденовирусом

82. 181. КЛИНИКА СТЕНОЗА ГОРТАНИ I СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
A. одышкой и шумным дыханием в покое
B. B. одышкой и шумным дыханием при беспокойстве, физической нагрузке
C. C. вялостью, адинамией
D. D. акроцианозом

83. 182. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА ГОРТАНИ 1-2 СТЕПЕНИ ПРИ ОРВИ У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
A. лоратадин
B. B. фенотерол
C. C. будесонид
D. D. дексаметазон

84. 184. СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА ДОЛЖНА ПРОВОДИТСЯ
A. аминопенициллином
B. B. цефалоспорином 3 поколения
C. C. аминогликозидом
D. D. 14-членным макролидом

85. 185. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ЯВЛЯЕТСЯ
A. гепатит
B. B. панкреатит
C. C. энцефалит
D. D. перитонит

86. 186. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ИЗ ГРУППЫ
A. пенициллинов
B. B. макролидов
C. C. цефалоспоринов
D. D. аминогликозидов

87. 187. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
A. Микоплазма пневмонии
B. B. Пневмококк
C. C. Респираторно-синцитиальный вирус
D. D. Пневмоциста пневмонии

88. 188. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
A. иммунограмму, ф.50, ферритин
B. B. клинический анализ крови, ф. 50, АлТ
C. C. определение ДНК ВЭБ в крови, ф. 50, АлТ
D. D. определение антител к ВЭБ, ДНК ВЭБ в слюне, ф. 50

89. 189. ПРИЧИНОЙ ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ В ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ
A. респираторный микоплазмоз
B. B. висцеральный токсокароз
C. C. гиповитаминоз
D. D. респираторный хламидиоз

90. 192. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ:
A. рвоты
B. B. лихорадка выше 39,0
C. C. судорог
D. D. кашлевых пароксизмов

91. 194. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТРЫЙ_____
A. бронхит
B. B. пневмония
C. C. ринофарингит
D. D. ларинготрахеит

92. 195. СЫПЬ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ОБЫЧНО СВЯЗАНА С ПРИЕМОМ
A. парацетамола
B. B. амоксициллина
C. C. азитромицина
D. D. аскорбиновой кислоты

93. 196. С ВИРУСОМ ГЕРПЕСА ЧЕЛОВЕКА 8 ТИПА СВЯЗЫВАЮТ РАЗВИТИЕ
A. рака шейки матки
B. B. меланомы
C. C. саркомы Капоши
D. D. лимфомы Беркитта

94. 197. С ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР СВЯЗЫВАЮТ РАЗВИТИЕ
    A. рака шейки матки
    B. B. саркомы Капошли
    C. C. лимфомы Беркитта
    D. D. гепатоцеллюлярной карциномы

95. 198. ГЕРПЕТИФОРМНАЯ ЭКЗЕМА КАПОШИ РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ДЕРМАТОЗОМ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ВИРУСОМ ГЕРПЕСА
    A. 1 типа
    B. B. 4 типа
    C. C. 6 типа
    D. D. 8 типа

96. 200. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА 4 МЕСЯЦЕВ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС И ОРГАНА СЛУХА В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ
    A. виферона
    B. B. неоцитотекта
    C. C. ацикловира
    D. D. ганцикловира

97. 404. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ПОКАЗАНА ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ:
    A. **в** первые 24 часа после рождения
    B. B. в 3 мес
    C. C. в 6 мес
    D. D. после 12 мес

98. 405. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ПОКАЗАНА ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОКЛЮША:
    A. в первые 24 часа после рождения
    B. B. в 1.5 мес
    C. C. в 2 мес
    D. D. в 3 мес
    A. 406. ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА А ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
    B. ослабленный вирус
    C. B. инактивированный вирус
    D. C. убитый формалином
    E. D. живой вирус

99. 407. ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА А ОТМЕЧАЮТ ПОЯВЛЕНИЕ:
    A. РНК HAV В КРОВИ
    B. B. HBcor AB
    C. C. HAVAB
    D. D. Повышение трансфераз

100. 408. ИСТОЧНИКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРАГРИППОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
    A. предметы обихода со слюной больного
    B. B. кровь больного
    C. C. воздух комнаты, где находился больной
    D. D. больной

101. 413. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА В У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ
    A. вакцинация и специфический иммуноглобулин
    B. B. кесарево сечение
    C. C. химиопрофилактика
    D. D. воздержание от грудного вскармливания

102. 420. К ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРОТЕРАПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ
    A. анафилактический шок
    B. B. феномен Артюса
    C. C. сывороточная болезнь
    D. D. септический шок

103. 421. К АНТИБИОТИКАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ
    A. фторхинолоны
    B. B. цефалоспорины
    C. C. аминогликозиды
    D. D. пребиотики

104. 422. К ОСНОВНЫМ ВИДАМ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ОТНОСЯТ
    A. антибактериальную , патогенетическую , симптоматическую терапию
    B. B. этиотропную терапию, патогенетическую терапию, симптоматическую терапию
    C. C. противовирусную , патогенетическую , симптоматическую терапию
    D. D. серотерапию, вакцинотерапию, диуретическую терапию

105. 423. ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ИЗМЕНЧИВОСТЬЮ И МУТАГЕННОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
    A. вирус гепатита С
    B. B. риновирус
    C. C. реовирус
    D. D. аденовирус

106. 425. ПОРАЖЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПАРАГРИППЕ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО НА УРОВНЕ

A. носа и его придаточных пазух
B. B. гортани
C. C. трахеи
D. D. альвеол легких

107. 426. ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
A. ринит, фарингоконъюнктивит
B. B. трахеит, колит
C. C. ларингит, стеноз гортани
D. D. тонзиллит, ангина

108. 427. ПЕРВИЧНЫЙ ПРОСТОЙ ГЕРПЕС У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРОТЕКАЕТ
A. в виде ОРВИ
B. B. бессимптомно
C. C. в виде экземы Капоши
D. D. в виде генерализованной инфекции

109. 428. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 2-ГО ТИПА
A. слизистая оболочка половых органов
B. B. губы
C. C. кожа туловища
D. D. кожа волосистой части головы

110. 429.ТИПИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ СЫПИ ПРИ ПРОСТОМ ГЕРПЕСЕ
A. папула
B. B. везикула
C. C. розеола
D. D. петехия

111. 430. ПЕРСИСТЕНЦИЯ ЦИОМЕГАЛОВИРУСА В ОРГАНИЗМЕ ХАРАКТЕРНА В
A. слюнных железах
B. B. эпителии почек
C. C. эпителии легких
D. D. правильно все вышеперечисленное

112. 431. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ВЭБ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПАЦИЕНТА
A. атипичных мононуклеаров более 15%
B. B. ретикулоцитов 15%-20%
C. C. акантоцитов 15-50%
D. D. миелоцитов 5-10%

113. ПРИПУХЛОСТЬ В СУБМАНДИБУЛЯРНОЙ И СУБЛИНГВАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В СОЧЕТАНИИ С КРАТКОВРЕМЕННЫМ СУБФЕБРИЛКЕТЕТОМ И ПАНКРИАТИТОМ ЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ
A. аденовирусной инфекции
B. B. инфекционного мононуклеоза
C. C. токсокароза
D. D. эпидемического паротита

114. 450. ОСНОВНОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
A. карта диспансерного наблюдения
B. B. карта профилактических прививок
C. C. амбулаторная карта
D. D. все выше перечисленное

115. 451. ПРИНЦИП НЕПРЕРЫВНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЬЕМ ДЕТЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ
A. преемственность в работе врачей
B. B. диспансерное наблюдение
C. C. этапность в лечении
D. D. принцип участковости

116. 452. В ЦЕЛЯХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАНОСА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТАЦИОНАР ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ:
A. наличие боксированного приемного покоя
B. B. учет сведений о контактах с инфекционными больными
C. C. проведение регулярных медицинских осмотров персонала
D. D. все перечисленное верно

117. 453. ПО ПРОФИЛЮ БОЛЬНИЦЫ ДЕЛЯТСЯ НА:
A. многопрофильные
B. B. стационары диспансеров
C. C. специализированные
D. D. все перечисленное верно

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Инфекции с фекально-оральным механизмом передачи у детей: Вирусные диареи (ротавирусы, калицивирусы, аденовирусы, астровирусы) у детей. Характеристика возбудителей. Эпидемиология. Патогенез и патоморфология. Клиническая классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
2. Полиомиелит. Определение болезни. История изучения. Характеристика возбудителей. Эпидемиологические особенности. Патогенез, патоморфология. Классификация. Клинические формы и течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Порядок вакцинации.
3. Энтеровирусная (Коксаки и ECHO) инфекция. Определение болезни. История изучения. Характеристика возбудителей. Эпидемиологические особенности. Патогенез, патоморфология. Классификация. Клинические формы и течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
21. Инвазивные диареи: сальмонеллез у детей. Характеристика возбудителей. Эпидемиология. Патогенез и патоморфология. Клиническая классификация. Клиника. Особенности у детей первого года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
22. Дизентерия у детей. Характеристика возбудителей. Эпидемиология. Патогенез и патоморфология. Клиническая классификация. Клиника. Особенности у детей первого года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
23. Эшерихиозы у детей. Характеристика возбудителей. Эпидемиология. Патогенез и патоморфология. Клиническая классификация. Клиника. Особенности у детей первого года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
24. Кампилобактериоз у детей. Характеристика возбудителей. Эпидемиология. Патогенез и патоморфология. Клиническая классификация. Клиника. Особенности у детей первого года жизни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
25. Дисбиоз кишечника_ синдром избыточного бактериального роста у детей.
26. Кишечный и внекишечный амебиаз у детей.
27. Острые респираторные вирусные инфекции (парагрипп, аденовирусная инфекция, риновирусная инфекция, респираторно-синцитиальная инфекция) у детей . Эпидемиологические особенности. Классификация. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
28. Понятие о пневмотропных и атипичных возбудителях.
29. Корь. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
30. Коревой энцефалит и панэнцефалит.
31. Дифференциальная диагностика экзантем. Морфологическая характеристика элементов сыпи, описание экзантем, особенности высыпаний при экзантемных инфекциях. Лечение.
32. Краснуха. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
33. Синдром врожденной краснухи
34. Скарлатина. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
35. Эпидемический паротит у детей. Эпидемиология. Особенности течения. Дифференциальная диагностика. Диагностика. Лечение. Профилактика.
36. Инфекционный мононуклеоз у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика..
37. Ветряная оспа. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика..
38. Цитомегаловирусная инфекция у детей Характеристика возбудителя. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления в зависимости от возраста ребенка. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика
39. Менингококковая инфекция. Современное состояние заболеваемости и летальности. Характеристика возбудителя. Эпидемиология. Патогенез менингококцемии, гнойного менингита, инфекционно-токсического шока. Патоморфология. Синдром Уотерхаус-Фридериксена.

Классификация клинических форм и симптоматика.. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение клинических форм менингококковой инфекции.

40. Особенности клиники, течения и диагностики менингита у детей раннего возраста

41. Коклюш, паракоклюш у детей. Характеристика возбудителя. Эпидемиология. Патогенез. Механизм коклюшного кашля. Патоморфология. Классификация. Клинические проявления в зависимости от возраста ребенка. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

42. Острые вирусные гепатиты А-Е у детей. Определение. Классификация. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

43. Острый гепатит А. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

44. Острый гепатит В. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

45. Острый гепатит С. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

46. Хронические вирусные гепатиты В.Д и С у детей. Характеристика возбудителей. Особенности эпидемиологии. Патогенез. Патоморфология. Клиника. Исходы. Диагностика. Серологические маркеры. Дифференциальный диагноз. Лечение хронических вирусных гепатитов.

47. ВИЧ-инфекция у детей Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

48. Герпесвирусные инфекции у детей Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

49. ВЭГ – инфекция Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

50. ВГЧ-6 инфекция у дететй. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

51. Парвовирусная инфекция у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

52. Энтеробиоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

53. Природно-очаговые инфекции у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

54. Особенности клинического тесчения COVID-19 у детей.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Ребенок 1 года 5 месяцев заболел ОРВИ. Помимо катаральных явлений в зеве у него возникла одышка экспираторного характера с удлиненным выдохом, непостоянные разнокалиберные влажные и свистящие сухие хрипы в легких. Диагностирован обструктивный бронхит.

1. Какие особенности дыхательной системы маленького ребенка способствуют частому возникновению подобного осложнения ОРВИ?

2. Какие лечебные мероприятия Вы порекомендуете?

4. Какие рекомендации по уходу о организации режима и питания Вы дадите матери?

Ответ:

1) Склонность слизистых оболочек к отеку и гиперсекреции, недостаточная дренажная и защитная функция бронхов, горизонтальное расположение ребер, высокое стояние диафрагмы, маленький диаметр бронхов.

2) Антибиотики (профилактически), муколитики, обильное щелочное питье, щелочные ингаляции с эуфиллином.

3) Щадящий режим, обильное витаминизированное щелочное питье, легко усвояемая пища, дыхательная гимнастика, вибрационный массаж.

Задача 2

Ребенок 3 месяцев заболел остро: температура 38,7°С, слизистые выделения из носа. На 3-й день состояние резко ухудшилось: одышка с участием вспомогательной мускулатуры до 90 в минуту, втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. Над легкими коробочный оттенок перкуторного тона, при аускулътации масса мелкопузырчатых хрипов и крепитация с обеих сторон - "влажное" легкое.

1. Диагноз?
2. Что свидетельствует против пневмонии?
5. Какова тяжесть дыхательной недостаточности?
6. Наметьте план ведения больного.

Ответ:

1) ОРВИ, бронхиолит (коробочный звук).
2) Диффузный характер изменений в легких, коробочный звук.
3) ДНIII степени.
4) Кислородотерапия, бронхолитики, глюкокортикоиды, отхаркивающие, антибиотики (профилактически), эуфиллин.

Задача 3

Мальчик, 2 года 6 месяцев, поступил в стационар в тяжелом состоянии. Болен 4-й день, высоко лихорадит с 1-го дня болезни. Объективно: состояние тяжелое, температура 39°С, обильные выделения из носа, правосторонний гнойный конъюнктивит, сухой кашель с высоким "спастическим" обертоном. Кожные покровы бледные, с мраморным рисунком, цианоз носогубного треугольника. ЧД - 48 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры, усиливающимися при беспокойстве, "дистанционные" хрипы, синдром "клокотания" при аускультации. ЧСС - 140 в минуту.

1. Предположите этиологию заболевания у данного больного.
2. Как оценить изменения в легких? с
4. Изложите принципы терапии заболевания.

Ответ:

1) Аденовирусная инфекция.
2) Обструктивный синдром, экспираторная одышка, ДН III.
3) Кислородотерапия, бронхолитики, глюкокортикоиды, отхаркивающие.

Задача 4 , '

Мальчик 3,5 лет заболел остро: повысилась температура до 39°С, появились жалобы на головную боль, вялость, снижение аппетита. На второй день заболевания появилась припухлость в околоушной области слева, мочка уха приподнята, кожа напряжена, лоснящаяся, негиперемирована. Слизистые губ и полости рта сухие. Катаральных явлении нет. На третьи сутки появилась рвота, боли в животе без четкой локализации. Поставлен диагноз: эпидемический паротит. Ребенок госпитализирован по поводу болей в животе.

1. Какова Ваша тактика ведения больного в роли врача приемного отделения?
2. Проведите дифференциальный диагноз с банальным лимфаденитом.
4. Какие противоэпидемические мероприятия проводятся в очаге заболевания?

Ответ:

1) Изоляция больного в бокс, анализы крови на амилазу и мочи на диастазу, анализ крови общий, УЗИ органов брюшной полости, динамическое наблюдение. 2) При эпидемическом паротите над пораженной железой цвет кожи не изменен, сама железа тестоватой консистенции, сухость слизистой полости рта, в анализе крови - лейкопения с лимфоцитозом. 3) Изоляция больного на 9 дней. Карантин в детском саду на 21 день и ежедневный осмотр контактных детей. Непривитым контактным детям не болевшим ранее паротитом можно провести срочную вакцинацию.

Задача 5

Ребенок 1,5 лет доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение многопрофильной больницы с диагнозом: ОРВИ, круп II степени. Состояние тяжелое, температура 38,0°С, бледен, выражена инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением уступчивых мест грудной клетки, переоральный цианоз, грубый лающий

кашель, осиплость голоса. Врачом приемного отделения назначено: обильное питье, ингаляции с гидрокортизоном, парощелочные, озокерит на переднюю поверхность шеи, увлажненный кислород, внутривенные вливания глюкозосолевых растворов с преднизолоном, коргликоном.

1. Обсудите правильность поставленного диагноза.
2. Каковы критерии тяжести синдрома крупа?
4. Оцените назначенную терапию.

Ответ:

1) Диагноз верный.

2) Выраженность инспираторной одышки. Цианоз в покое. Втяжение уступчивых мест грудной клетки. Лающий кашель (или его отсутствие при III степени), шумное дыхание, пульс, давление, диаметр просветаподголосовой полости гортани, сознание, газы крови. 3) Терапия назначена правильно. Необходимо назначить мочегонные, провести санацию гортани и трахеобронхиального дерева.

Задача 6

Ребенок 3-месячного возраста болен в течение недели. После умеренных катаральных явлений и покашливания появились периоды апноэ вне приступов кашля, продолжительностью 1 - 2 минуты, сопровождающиеся общим цианозом, вялостью, судорогами и кратковременной потерей сознания.

1. Какие эпидемиологические данные помогут Вам в постановке диагноза?
2. Какие лабораторные данные подтвердят предполагаемый диагноз?
3. Какая антибактериальная терапия показана?
4. Какая патогенетическая терапия показана?
4. Какой препарат наиболее эффективен в терапии коклюша?

Ответ:

1) Контакт с больным коклюшем или длительно кашляющим человеком.

2) Высев возбудителя коклюша (Бордетелла пертуссис) со слизистой носоглотки на среде Борде-Жангу, значительный лейкоцитоз и лимфоцитоз, положительные серологические данные в динамике (иммунофлюоресценция, РА, РСК).

3) Эритромицин, сумамед, левомицетин (более токсичен), ампициллин (присоединение вторичной инфекции).

4) Оксигенотерапия. Пипольфен (дипразин) - противорвотное, седативное, снижает секрецию желез, десенсебилизирующее. Гормональные (гидрокортизон, дексаметазон). Витамины. Нормальный гомологичный иммуноглобулин (в ранней стадии детям до 2-ух лет) - эффективность не доказана.

5) Эритромицин.

Задача 7

В группе детского сада отмечается повторный случай коклюша, у остальных детей в ряде случаев наблюдаются катаральные явления, кашель.

1. Какие мероприятия целесообразно провести в целях предупреждения распространения инфекции?
2. На какие симптомы, характерные для коклюша, должны обратить внимание воспитатели и родители детей, контактировавших с заболевшими? 3. Имеет ли значение в данной ситуации анализ прививочного календаря детей, посещающих детский сад?

Ответ:

1) Изоляция больного на 25 дней от начала болезни (заразительность при коклюше длиться с последних двух дней инкубации, весь катаральный период (1-2 недели) и до 3-ей недели спастического периода), разобщение на 14 дней детей до 7 лет не болевших коклюшем. Бактериологическое исследование детей с катаральными явлениями. Установление карантина. Химиопрфилактика эритромицином в течение 7 дней. Контактным непривитым вводят противококлюшный иммуноглобулин.

2) Сухой кашель преимущественно в ночные часы; приступообразный характер кашля с репризами с обильным вязким слизистым отделяемым в конце приступа. Катаральные явления на фоне не нарушенного общего состояния вне приступов.

3) Конечно. В первую очередь следует защитить непривитых детей или неполноценно привитых, введя им противококлюшный (или нормальный человеческий) иммуноглобулин.

Задача 8

Ребенок 6 месяцев болен 3-й день: затруднено носовой дыхание, покашливает, температура 37,4°С. Ночью состояние ухудшилось - появился грубый лающий кашель, осиплость голоса, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки на вдохе при беспокойстве ребенка.

1. Причина ухудшения состояния ребенка?
2. Имеются ли показания к экстренной госпитализации больного и каким транспортом?
3. Наметьте план терапевтических мероприятий.

Ответ:

1) Ложный (т.к. развился внезапно ночью на фоне выраженных катаральных явлений) круп II степени (одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки).

2) Больной нуждается в экстренной госпитализации по "03" в инфекционное отделение.

3) Ларингоскопия, санация гортани и трахеобронхиального дерева, увлажненный кислород. Ингаляция смеси эфедрина, гидрокортизона, димедрола. Димедрол или пипольфен в/м. Тепловые процедуры (ножные ванны). Антибактериальная терапия.

Задача 9

Ребенок 1,5 лет доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение многопрофильной больницы с диагнозом: ОРВИ, круп II степени. Состояние тяжелое, температура 38,0°С, бледен, выражена инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением уступчивых мест грудной клетки, переоральный цианоз, грубый лающий кашель, осиплость голоса. Врачом приемного отделения назначено: обильное питье, ингаляции с гидрокортизоном, парощелочные, озокерит на переднюю поверхность шеи, увлажненный кислород, внутривенные вливания глюкозосолевых растворов с преднизолоном, коргликоном.

1. Обсудите правильность поставленного диагноза.
2. Каковы критерии тяжести синдрома крупа?
5. Оцените назначенную терапию.

Ответ:

1) Диагноз верный.

2) Выраженность инспираторной одышки. Цианоз в покое. Втяжение уступчивых мест грудной клетки. Лающий кашель (или его отсутствие при III степени), шумное дыхание, пульс, давление, диаметр просветаподголосовой полости гортани, сознание, газы крови. 3) Терапия назначена правильно. Необходимо назначить мочегонные, провести санацию гортани и трахеобронхиального дерева.

Задача 10

Девочка 4,5 лет, посещающая детский сад, заболела остро: температура до 38,2°С, снижение аппетита, беспокойство. К концу первых суток отмечена полиморфная сыпь папулы, везикулы и корочки на лице, волосистой части головы, туловище. В последующие дни отмечались новые подсыпания, которые сопровождались новыми подъемами температуры. Осмотрена участковым врачом, поставлен диагноз: ветряная оспа. В семье есть еще один ребенок 2 лет.

1. На основании каких клинических признаков будет проводиться дифференциальный диагноз с другими детскими инфекциями?
2. Ваша тактика как участкового врача при выявлении такого больного?
5. Какие бактериальные осложнения чаще возникают при этом заболевании?

Ответ:

1) На основании отсутствия катаральных явлений, полиморфизма сыпи, сыпь на неизмененном фоне, нет мест излюбленной локализации, наличие подсыпание.

2) Изоляция больного, изоляция контактного ребенка с 8-9-го по 21-й день с момента контакта (т.к. инкубационный период 10-21 день, а заразными становятся за 48-24 часа до появления экзантемы), осмотр кожи и термометрия контактным детям, карантин в детском саду.

3) Абсцесс, импетиго, стрептодермия, лимфаденит, стоматиты.

Задача 11

Ребенок 8 лет почувствовал недомогание, озноб, боль в горле при глотании, тошноту, сопровождающуюся рвотой. Болен 2-ой день. При осмотре - кожа сухая, щеки ярко гиперимированы, бледный носогубный треугольник. На коже туловища и конечностях мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне, более насыщенная на сгибательных поверхностях конечностей, внизу живота, в естественных складках кожи.

Язык обложен былым налетом, миндалины гиперплазированы отечны. В лакунах экссудат желтоватого цвета. Подчелюстные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре, плотные болезненные. Температура -38,7°С. Тоны сердца звучные. Живот мягкий безболезненный. В анализе крови: лейкоцитоз нейтрофильного характера, СОЭ - 27 мм/час. Осмотрен участковым врачом, поставлен диагноз: скарлатина.

1. Какие противоэпидемические мероприятия следует провести?
2. Какие клинические признаки позволят исключить другие сыпные инфекции?
2. Какие осложнения возможны при этом заболевании?

Ответ:

1) Изолировать больного, заполнить экстренное извещение, наложить карантин на 7 дней, осмотреть контактных и обслуживающий персонал.

2).Наличие ангины, мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне по всей поверхности тела, больше в естественных складках; раннее шелушение на местах сыпи.

3). Аллергического характера (сердечнососудистые расстройства, аллергический миокардит, диффузный гломерулонефрит на 2-3-ей неделе заболевания, поражение суставов) и септические (лимфаденит, отит, некротическая ангина) катарального, гнойного или некротического характера.

1.

2. Задача 12

При осмотре ребенка 6 месяцев в приемном покое кишечного отделения отмечалось беспокойное поведение, плач, повышение температуры до 38,5°С, бледность кожи с "мраморным сосудистым" рисунком, сухость слизистых оболочек, сниженный тургор кожи, запавший большой родничок, блеск глаз, тахикардия, снижение диуреза, рвота после питья.

1. Ваш предварительный диагноз на основании осмотра ребенка.
2. Перечень дополнительных вопросов родителям для уточнения диагноза.
3. Ваша терапевтическая тактика.
3. Расчет количества жидкости для регидратации за сутки.

Ответ:

1. Эксикоз II степени тяжести, связанные по-видимому, с кишечной инфекцией (холера, эшерихиоз, сальмонелез, вирусный гастроэнтерит, ПТИ).

2.Когда заболел ребенок? Какие симптомы заболевания отмечались? Каков был характер стула? Отмечалась ли повторная рвота? Связана ли болезнь ребенка со съеденной пищей или возможны другие причины заболевания?

3. Начать инфузионную терапию глюкосолевых растворов, назначить сорбенты, антибиотики, оральную регидратацию, дробное питание, симптоматическую терапию (ацидоз, гипертермия, отеки, анемия, ССС).

4. Патогенетическое лечение. Самым важным разделом является инфузионная (эксикоз П-III).

Примерный объем жидкости при II степени эксикоза - 175-200 мл/кг/24, III степени - 220 мл/кг/24. Для более точного подсчета суточной потребности необходимой жидкости можно использовать следующую формулу: V (суточная потребность в мл) = ДМ + ФП + ПП, где ДМ - потребность в жидкости в зависимости от степени эксикоза (дефицита массы): II степень - 60-90 мл/кг. ФП - физиологическая потребность: новорожденный - 150 мл/кг. ПП - продолжающиеся потери: стул 5-7 *раз/24* - 30-40 мл/кг, стул 8-14 *раз/24* - 70-80 мл/кг, стул 15 и более раз/ч - 140 мл/кг.

Объем жидкости для инфузионной терапии может составлять до 1/2 рассчитанного объема. В оставшуюся половину входят жидкости, даваемые в виде питья, а также молочные смеси.

I этап в течение первых 4-6 ч проводится для ликвидации водно-солевого дефицита, имеющегося на момент осмотра больного: для эксикоза II степени 100 мл/кг за 6 ч. Если подобный расчет сделать трудно, то глкжозо-солевые растворы назначают из расчета 20-50 мл после каждого акта дефекации.

II этап - поддерживающая терапия с учетом суточной потребности ребенка в жидкости и продолжающихся потерь с учащенным стулом и рвотой. Для эксикоза I-II степени ориентировочный объем - 100 мл/кт/24 ч. 1-ые сутки в/в регидратация, затем можно переходить к оральной.

Растворы даются по 2-3 мл каждые 3-5 мин, но не более 100 мл в течение 20 мин. Принцип оральной регидратации - ложка за ложкой, дробность выпаивания. Для контроля эффективности ОРГ необходимо через каждые 4-6 ч переоценивать состояние ребенка. Об эффективности оральной регидратации судят по следующим показателям:

- исчезновению или снижению симптомов обезвоживания;
- прекращению водянистой диареи или снижению количества стула;
- восстановлению диуреза;
- прибавке массы (не более 5-10% за сутки).

Коррекция калиевого обмена начинается уже с момента введения солевых растворов. При развитии синдрома гипокалиемии (необходимо подтвердить лабораторными показателями) внутривенно капельно вводится 7,5% раствор хлорида калия, разведенного 10% раствором глюкозы в соотношении 1:8. 1 мл 7,5% раствора хлорида калия содержит 1 ммоль электролита. Общий объем необходимого калия при гипокалиемии составляет: СП + ДК, где СП - суточная потребность в калии, равная [3 ммоль х масса тела (кг)]; ДК (дефицит калия) = (4,5 - содержание калия у б-го) х объем внеклеточной жидкости (у грудного = 1/2 массы тела). Суточную дозу калия лучше вводить в 2 приема. Не следует назначать калий в ночное время, принимая во внимание связь его концентраций с антидиуретическим гормоном. Внутрь калий может применяться в виде 10% раствора ацетата калия (1мл = 1 ммоль калия), а также аспаркама и панангина. Принимая во внимание низкое содержание калия в указанных препаратах, они не могут быть использованы для лечения синдрома гипокалиемии. Контроль правильности коррекции калия осуществляется по клиническим проявлениям улучшения состояния ребенка: положительной динамике ЭКГ, исчезновению пареза кишечника, улучшению мышечного тонуса и нервно-рефлекторной проводимости.

Адекватность проводимой регидратационной терапии оценивается по уменьшению или исчезновению симптомов эксикоза, прибавке массы тела, нормализации лабораторных показателей.

Этиотропное лечение: фуразолидон, нитроксолин, грамурин, невиграмон (их спектр действия приходится на грамнегативную флору).

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля	
Тестовые задания	
Ситуационные (клинические) задачи	

ОЦЕНИВАНИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ

ОЦЕНКА	
ЗАЧТЕНО	**51-100**
НЕЗАЧТЕНО	**0-50**

КАРТА ФОРМИРУЕМЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Компетенции	**Перечень компонентов**	**Технологии формирования. Формы оценочных средств**
В процессе подготовки по данной специальности ординатор формирует и демонстрирует следующие:		
Универсальные компетенции:		
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	**ПС 306н ТФ А/01.7, А/02.7, А/03.7, А/04.7** **знать**: - основные категории и понятия в медицине; - основы взаимоотношений физиологического и патологического в медико-биологических процессах; - основы количественных и качественных закономерностей медико-биологических процессов в неврологии; **уметь**; - анализировать проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними. - определять пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектировать процессы по их устранению - критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников	Лекции, семинары, практические занятия, Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков
Общепрофессиональные компетенции:		
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	**ПС 306н ТФ А/01.7** **Знать:** - Методику сбора и оценки данных о состоянии здоровья ближайших родственников и лиц, осуществляющих уход за ребенком (наследственные и хронические заболевания)	Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических

	- Особенности диагностики и клинического течения заболеваний у детей раннего возраста - Методику получения и оценки информации о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте) - Методику сбора и оценки анамнеза болезни (жалобы, сроки начала заболевания, сроки первого и повторного обращения, проведенная педиатрия) - ЭтиологиЮ и патогенез болезней и состояний у детей, клиническая симптоматика болезней и состояний с учетом возраста ребенка и исходного состояния здоровья - Анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности детей - Клиническую картину болезней и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование, с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Клиническую картину болезней и состояний, требующих направления детей к врачам-специалистам с учетом обследования и действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), порядков оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной помощи детям - Клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания неотложной помощи детям - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем **Уметь:** - Устанавливать контакт с ребенком, родителями (законными представителями) и лицами, осуществляющими уход за ребенком - Получать информацию о жалобах, сроках начала заболевания, сроках первого и повторного обращения, проведенной терапии - Оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной помощи детям - Оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания неотложной помощи детям - Обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования детей - Обосновывать необходимость и объем инструментального обследования детей - Обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам - Обосновывать необходимость направления	навыков

	детей на госпитализацию - Пользоваться медицинской аппаратурой, которая входит в стандарт оснащения кабинета врача-педиатра участкового в соответствии с порядком оказания медицинской помощи. **Владеть:** - методикой сбора анамнеза жизни ребенка - методикой сбора анамнеза заболевания ребенка - методикой оценки состояния ребенка - методикой направления детей на инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - методикой оценки клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной помощи детям - методикой оценки клинической картины болезней и состояний, требующих оказания неотложной помощи детям - методикой проведения дифференциального диагноза с другими болезнями и постановка диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	
ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	**ПС 306н ТФ А/02.7** **Знать:** - Современные методы медикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Механизм действия лекарственных препаратов; медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением - Современные методы немедикаментозной терапии основных болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Механизм действия немедикаментозной терапии; медицинские показания и противопоказания к ее назначению; осложнения, вызванные ее применением - Принципы и правила проведения мероприятий при оказании медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний с явными признаками угрозы жизни пациента в соответствии с действующими клиническими	Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков

	рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи (проведение мероприятий для восстановления дыхания и сердечной деятельности) **Уметь:** - Составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Назначать медикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Назначать немедикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний с явными признаками угрозы жизни пациента, в том числе проводить мероприятия для восстановления дыхания и сердечной деятельности в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи **Владеть** - методикой разработки плана лечения болезней и состояний ребенка - методикой назначения медикаментозной терапии ребенку - методикой назначения немедикаментозной терапии ребенку - методикой оказания медицинской помощи	

	детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний с явными признаков угрозы жизни пациента (проведение мероприятий для восстановления дыхания и сердечной деятельности) - методикой оказание медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента	
ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	**ПС 306н ТФ А/02.7** **Знать.** - Основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия», порядок медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. - Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия». - Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия», в том числе индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов. **Уметь.** - Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. - Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения. - Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия». Участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. **Владеть.**	Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков

	- Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия» в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения. - Составление плана по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «Педиатрия» в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации детей и подростков. - Оценку эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитаций пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия» в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации.	
Профессиональные компетенции		
ПК-4. Способен выявлять и оценивать клиническое значение и курабельность биомеханических компонентов патогенеза состояний и заболеваний у детей разного возраста, контролировать эффективность проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий, проводить профилактические мероприятия	**ПС 306н ТФ А/01.7, А/02.7, А/03.7, А/04.7** 2.1.1. Знать патогенез биомеханических нарушений у детей 2.1.2. Знать влияние биомеханических нарушений на состояние здоровья детей разного возраста при наличии различной, в том числе, мультидисциплинарной патологии и без таковой. 2.1.3. Знать клинические признаки наличия биомеханических нарушений у детей разного возраста 2.1.4. Знать физикально выявляемые признаки наличия клинически значимой биомеханической патологии (статико-динамические нарушения, блоки, гипермобильность, триггерные точки) 2.1.5. Знать инструментально определяемые признаки биомеханической патологии 2.1.6. Знать показания и противопоказания к мануальной и остеопатической коррекции таких изменений 2.2.1. Уметь выявлять наличие у пациента клинически значимой биомеханической патологии. с применением базовых возможностей мануальной, остеопатической и инструментальной диагностики 2.3.1. Владеть навыками определения показаний к направлению пациента на консультацию врача-мануального терапевта 2.3.2. Владеть навыками определения показаний к направлению пациента на консультацию врача-остеопата 2.3.3. Владеть навыками определения показаний к направлению пациента на консультацию врача-мануального терапевта 2.3.4. Владеть навыками оценки клинической эффективности коррекции выявленных	Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков

	биомеханических изменений.	

Промежуточная аттестация за 3-й

1. (Ф-014) Нервные центры обладают…
а) низкой чувствительностью к недостатку кислорода
б) отсутствием чувствительности к недостатку кислорода
в) высокой чувствительностью к недостатку кислорода

2. (И-024) Электрическую активность отдельных мышечных волокон при проведении электромиографии можно зарегистрировать с помощью
а) поверхностных электродов
б) игольчатых электродов
в) мультиполярных электродов
г) поверхностных и игольчатых электродов
д) мультиполярных и поверхностных электродов

3. Возможно ли в клинической практике отсутствие жалоб на имеющийся болевой синдром?
а) Да
б) Нет

4. Дайте определение понятия «сопутствующее заболевание»:
а) заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;
б) заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи;
в) заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени влияния на работоспособность;
г) заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени опасности для жизни и здоровья;
д) заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но не является причиной смерти.

5. Какие клинические синдромы характерны для поражения мотонейрона?
А) Мышечный гипотонус, гипорефлексия, атрофия мышц, фибриллярные подергивания в мышцах.
Б) Мышечный гипертонус, патологические стопные рефлексы, гиперрефлексия, патологические защитные рефлексы

6. К донозологическим в грудном возрасте (со 2 месяца жизни) у детей с ЭН относятся все клинические синдромы, кроме:
А) Общего угнетения ЦНС
Б) Задержка психомоторного и предречевого развития
В) Гипертензионно-гидроцефальный
Г) Судорожный
Д) Астеноневротический (церебрастенический)
Е) Вегетативно-висцеральных дисфункций

7. Укажите правильную последовательность периодов дородового онтогенеза:
А) Прогенез, перинатальный, пренатальный
Б) Перинатальный, прогенез, пренатальный
В) Прогенез, пренатальный, перинатальный

8. (Ф-009) Рефлексы, в которых эффектор и рецепторное поле рефлекса относятся к соматическим структурам, называют…
а) Вегетативными
б) Ориентировочными
в) Половыми
г) Соматическими

9. (Н-018) Какой нерв НЕ входит в состав поясничного сплетения?
а) бедренный
б) запирательный
в) наружный кожный нерв бедра
г) седалищный
д) бедренно-половой

10. (Ф-016) Какую роль играет торможение в работе нервных центров?
а) служит для замыкания рефлекторной дуги в ответ на раздражение
б) выполняет охранительную, регулирующую и координирующую функции
в) обеспечивает объединение клеток ЦНС в нервные центры
г) стимулирует работу нервных центров

11.(Ф-011) В какой части рефлекторной дуги имеется наибольшее отличие между вегетативным и соматическим рефлексом?
а) рецепторной
б) эфферентной
в) центральной
г) афферентной
д) правильного ответа нет

12. (И-044) Какой метод исследования является оптимальным при подозрении на аномалию сосудов головного мозга?
а) Реоэнцефалография
б) Ультразвуковая допплерография
в) Эхоэнцефалография
г) Классическая ангиография
д) МСКТ-ангиография

13. (Н-019) Какой нерв входит в состав крестцового сплетения?
а) наружный кожный нерв бедра
б) запирательный нерв
в) седалищный нерв
г) бедренный нерв
д) бедренно-половой нерв

14. (Т-130) Где располагается центральный двигательный нейрон?
а) Передние рога спинного мозга
б) Передняя центральная извилина
в) Задние рога спинного мозга
г) Спинномозговой ганглий

15. Ноцицептивное раздражение это:
А) Раздражение рецепторов;
Б) Раздражение, сопровождающееся болью при повреждении целостности кожного покрова и глубжележащих тканей;
В) Нарушение гомеостаза кожи и глубжележащих тканей, не обязательно сопровождающееся их механическим повреждением;
Г) Нарушение восприятия;
Д) Все перечисленное.

16. Блокирование позвоночника это:
А. Обратимое ограничение его подвижности в двигательном сегменте;
Б. Ограничение подвижности по отношению к вертикальной оси;
В. Ограничение подвижности по отношению к горизонтальной оси;
Г. Ограничение ротации;
Д. Всё перечисленное верно

17. Только по показаниям у детей проводится:
А) Краткий осмотр нервной системы
Б) Оценка развития
В) Детальный неврологический осмотр

18. Тест Фогге предназначен для:
А) Выявления незначительной асимметрии походки
Б) Выявления слабости икроножных мышц
В) выявления слабости четырехглавых мышц
Г) Ничего из перечисленного

19. Причиной блокирования является:
А) Статическая и динамическая перегрузка;
Б) Аномальная нагрузка;
В) Травма;
Г) Рефлекторная фиксация двигательного сегмента в результате патологического раздражения в нём (при внутренних болезнях);
Д) Всё перечисленное верно

20. Блокирование в соседних ПДС компенсируется:
А) Гипомобильностью;
Б) Гипермобильностью;
В) Остеартрозом;
Г) Спондилёзом
Д) Всё перечисленное верно.

ЛИСТ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ (ЭТАЛОН ОТВЕТОВ)

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	**В**	6	**А**	11	**Б**	16	**А**
2	**Б**	7	**В**	12	**Д**	17	**В**
3	**А**	8	**Г**	13	**Г**	18	**А**
4	**А**	9	**Г**	14	**Б**	19	**Д**
5	**А**	10	**Б**	15	**В**	20	**Б**

Аттестация за 4-й семестр

1. Рефлексы орального автоматизма в норме (кроме сосательного) угасают у доношенного ребенка к:
а) 2 месяцу жизни
б) 4 месяцу жизни
в) 6 месяцу жизни
г) 12 месяцу жизни
д) 7-8 годам

2. Для вертеброгенной васкулярной цервикальной миелопатии характерны

а) выраженные расстройства тазовых функций
б) смешанный верхний парапарез в сочетании со спастическим нижним парапарезом
в) грубые атрофии мышц нижних конечностей
г) вялый тетрапарез

3. (Н-020) Препаратами выбора при лечении большинства форм нейропатической боли являются
а) анальгетики из группы НПВП
б) спазмолитики
в) противосудорожные средства
г) ноотропы

4. (Н-021) Для синдрома "плечо-кисть" характерны
а) вегетативно-трофические нарушения кисти
б) асимметрия артериального давления
в) гипотрофия грудино-ключично-сосцевидной мышцы
г) выпадение сухожильных рефлексов с рук

5. Платибазией называется краниовертебральная аномалия, при которой имеется
а) уплощение ската затылочной кости
б) воронкообразное вдавление в область затылочного отверстия
в) сращение I позвонка с затылочной костью
г) гипермобильность шейных позвонков
д) сращение шейных позвонков

6. Аномалией Арнольда-Киари называется патология, при которой имеется
а) сращение шейных позвонков
б) сращение I шейного позвонка затылочной костью
в) смещение вниз миндалин мозжечка
г) расщепление дужки I шейного позвонка
д) спондилолистез шейных позвонков

7. При невральной амиотрофии Шарко-Мари наблюдается
а) дистальная амиотрофия конечностей
б) проксимальная амиотрофия конечностей
в) амиотрофия туловища
г) псевдогипертрофия икроножных мышц
д) сегментарная демиелинизация нервов

8. Пациент П., 4 года поступил с жалобами на частые падения, задержку психического развития. Ранний анамнез без особенностей. В 2,5 года мама заметила, что ребенок часто спотыкается, отстает в развитии от своих сверстников, плохо говорит. С 3 лет наблюдается трудность подъема по лестнице. При осмотре обращает внимание псевдогипертрофия дистальных отделов нижних конечностей, симптом Говерса, невыраженный лордоз поясничного отдела позвоночника. Мышечный тонус снижен. Сухожильные рефлексы снижены, ахиллов рефлекс вызывается. Выставлен предварительный диагноз Миопатия Дюшена. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
А) Активность КФК в крови,
Б) ЭМГ обследование,
В) Ультразвуковое исследование мышц,
Г) Гендиагностика (ген DMD)
Д) Все перечисленное
Е) Ничего из перечисленного

9. Как кой стадии ювенильного остеохондроза соответствует следующая клиническая картина? Отмечаются неврологические расстройства, такие, как боль в различных отделах спины, защемление нервных корешков, смещение отдельных позвонков, искривление позвоночного столба. Визуально можно заметить деформацию спины. Ребенок начинается жаловаться на болезненность при вставании из положения сидя, быструю утомляемость, ноющие ощущения в спине.
А) Начальная или латентная.
Б) Ранняя.
В) Поздняя.

10. При обследовании ребенка 2 мес. с диагнозом: внутричерепная родовая травма показательными в оценке состояния являются следующие рефлексы:
А) врожденного автоматизма,
Б) ползания,
В) Робинзона,
Г) Галанта,
Д) Переса,
Е) автоматической ходьбы
Ж) все перечисленное
З) Ничего из перечисленного

11. Ребенок в 3 месяца не держит голову, недостаточно реагирует на окружающих, мышечная дистония со склонностью к гипотонии, рефлексы оральной группы вызываются, рефлексы Моро только 1 фаза, реакция опоры слабая, автоматическая ходьба отсутствуют, защитного рефлекса нет. Какой доминирует синдром у ребенка?
А) Задержка психомоторного развития
Б) Дистонический
В) Нижний парапарез
Г) нормальное состояние для данного возраста

12. Какой основной клинический синдром характерен для двойной гемиплегической формы ДЦП?
А) Центральный нижний парапарез
Б) Центральный гемипарез
В) Центральный тетрапарез прибладающий в руках
Г) Атонически-астатический
Д) Гипертонически-гиперкинетическй

13. Какие двигательные нарушения могут выявляться при спастической диплегии?
А) Атонически-астатический
Б) Центральный гемипарез
В) Центральный тетрапарез, прибладающий в руках или центральный нижний парапарез
Г) Гипертонически-гиперкинетическй

14. Какой основной клинический синдром характерен для гемиплегической формы ДЦП?
А Гипертонически-гиперкинетический
Б) Центральный гемипарез
В) Центральный тетрапарез прибладающий в руках
Г) Центральный нижний парапарез
Д) Атонически-астатический

15. Клиническими формами ДЦП является все, кроме:
А) Гипотонически-гиперкинетическая
Б) Двойная гемиплегия
В) Гиперкинетическая форма
Г) Гемиплегическая форма
Д) Спастическая диплегия
Е) Атонически-астатическая форма

16. Для внутрижелудочковых кровоизлияний характерны все признаки, кроме:
А) Наличие светлого промежутка
Б) Децеребрационная ригидность
В) Общемозговые симптомы ярко выражены
Г) Наличие крови в ликворе

17. Какие из перечисленных признаков РЧМТ относятся к обязательным и связаны с поражением оболочек и образованием гематом?
А) Очаговые симптомы
Б) Прогрессирующая внутричерепная гипертензия
В) Наличие светлого промежутка
Г) Менингеальные симптомы
Д) Все перечисленное
Е) Ничего из перечисленного

18. Диагностика РЧМТ основывается на выявлении:
А) Патологии беременности
Б) Механических повреждений черепа и его содержимого, а также неврологических расстройств
В) Патологии плода

19. Какие из перечисленных диагнозов относятся к РЧМТ и связанны с поражением оболочек?
А) Кефалогематома, Субдуральная гематома, Эпидуральная гематома
Б) Внутримозговая гематома, Эпидуральная гематома, Кефалогематома
В) Субдуральная гематома, Эпидуральная гематома, Субарахноидальное кровоизлияние

20. Перечислите мероприятия направленные на профилактику ЭН:
А) Планирование беременности
Б) Антенатальная охрана плода
В) Бережное ведение родов
Г) Ранняя диагностика гипоксических состояний плода и новорожденного
Д) Рациональное лечение гипоксических состояний плода и новорожденного
Е) Все вышеперечисленное

ЛИСТ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ (ЭТАЛОН ОТВЕТОВ)

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	**А**	6	**В**	11	**А**	16	**А**
2	**Б**	7	**А**	12	**В**	17	**Д**
3	**В**	8	**Д**	13	**В**	18	**Б**
4	**А**	9	**Б**	14	**Б**	19	**В**
5	**А**	10	**Ж**	15	**А**	20	**Е**

Практика

Промежуточная аттестация за 3-й

Собеседование

1. Онтогенез нервной системы человека
2. Филогенез нервной системы человека
3. Анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей. Периоды психомоторного развития ребенка первого года жизни.
4. Понятие о ПДС. Составляющие элементы, функционирование.
5. Строение и функционирование опорно-двигательного аппарата.
6. Возрастные нормы у детей разного возраста
7. Физиологические и патологические рефлексы у детей разного возраста в норме
8. Энцефалопатия новорожденных. Этиопатогенез, лечение, профилактика, прогноз.
9. Родовая ЧМТ. Этиопатогенез, лечение, профилактика, прогноз.
10. Детский церебральный паралич. Клинические формы, этиопатогенез, лечение, профилактика, прогноз.
11. Инструментальная диагностика в детской неврологии
12. Ноцицептивная, нейропатическая и смешанная боль. Этиопатогенез, лечение.

Аттестация за 4-й семестр

Собеседование

1. Анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей. Периоды психомоторного развития ребенка первого года жизни.
2. Энцефалопатии новорожденного – этиология, патогенез гипоксических поражений ЦНС, периоды течения. Реабилитационный прогноз.
3. Энцефалопатии новорожденного – критерии постановки степени тяжести в неонатальном периоде и клинические синдромы. Реабилитационный прогноз.
4. Энцефалопатии новорожденного – клинические синдромы в грудном периоде и возможные исходы. Реабилитационный прогноз.
5. Лечение энцефалопатии новорожденного в неонатальном и грудном периодах, профилактика. Реабилитационный прогноз.
6. Родовая черепно-мозговая травма – этиопатогенез, классификация. Реабилитационный прогноз.
7. Родовая черепно-мозговая травма – клиника внутримозговых и внутрижелудочковых кровоизлияний. Реабилитационный прогноз.
8. Родовая черепно-мозговая травма – диагностика, консервативное и оперативное лечение. Реабилитационный прогноз.
9. Детский церебральный паралич - этиология, стадии течения, степени тяжести, клиническая классификация. Реабилитационный прогноз.
10. Детский церебральный паралич, мозжечковая форма – клиника, диагностика и лечение. Реабилитационный прогноз.
11. Детский церебральный паралич, гиперкинетическая форма – клиника, диагностика и лечение. Реабилитационный прогноз.
12. Детский церебральный паралич, спастические формы – клиника, диагностика и лечение. Реабилитационный прогноз.
13. Наследственные нервно-мышечные заболевания – определение, общая характеристика, классификация. Дифференциальная диагностика с ДЦП.
14. Прогрессирующие мышечные дистрофии – классификация, общие принципы диагностики. Дифференциальная диагностика с ДЦП.
15. Первичные прогрессирующие мышечные дистрофии – общая характеристика, классификация, дифференциально-диагностические критерии формы Дюшенна. Дифференциальная диагностика с ДЦП.
16. Первичные прогрессирующие мышечные дистрофии – общая характеристика, классификация, дифференциально-диагностические критерии формы Эрба-Рота. Дифференциальная диагностика с ДЦП.

17.Первичные прогрессирующие мышечные дистрофии – общая характеристика, классификация, дифференциально-диагностические критерии формы Ландузи-Дежерина. Дифференциальная диагностика с ДЦП.

18.Вторичные прогрессирующие мышечные дистрофии – определение, классификация, клиника невральной амиотрофии Шарко-Мари-Тута. Дифференциальная диагностика с ДЦП.

19.Вторичные прогрессирующие мышечные дистрофии – определение, классификация, клиника спинальной амиотрофия Верднига-Гоффманна. Дифференциальная диагностика с ДЦП.

20. Миастения - этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Миастенический и холинергический криз

Ситуационные задачи:

№1.

Мальчик, 11 лет жалуется на приступы головной боли, начинающиеся в правой шейно-затылочной области и распространяющиеся на правую теменную и лобную области, сопровождающиеся ощущением жара в На высоте головной боли появляются боли в глазах, ощущение распирания глаз, когда он не может прочитать. Одновременно возникает ощущение "ползания мурашек" в верхней половине грудной клетки и в области шеи справа, болезненностью, усиливающимися при повороте головы. Мальчик связывает их с началом обучения игре на баяне. Объективно: обращает внимание снижение корнеальных рефлексов с обеих сторон, болезненность точек тройничного нерва, левосторонняя кривошея, напряжение шейно-затылочных мышц, гипотрофия мышц плечевого пояса, выстояние лопаток, асимметрия стояния плечевого пояса.

1. Наиболее вероятная этиология? (ювенильный остеохондроз - болезнь Шейермана)
2. Какая конкурирующая патология? (распространенный миофасциальный синдром)
3. Необходимые действия? (отказ от обучения игре на баяне, ортезирование ШОП)
4. Какое необходимо дообследование? (рентгенография и/или КТ ШОП, консультация невролога и нейрохирурга)

№2.

Больной ребенок 4 лет, с отягощенным акушерским анамнезом (затяжные роды, асфиксия), говорит отдельные слова, ходит с поддержкой опираясь на носочки, предметы в руки берет хорошо, в неврологическом статусе с рождения отмечается слабость в нижних конечностях, с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов в них, патологическими стопными рефлексами с двух сторон.

1. Назовите основные синдромы (задержка психического развития, центральный парапарез)
2. Назовите основной диагноз (ДЦП, диплегическая форма)
3. Укажите основные направления реабилитации (когнитивная, речевая, моторная)

№3

У ребенка 10 лет на фоне легких катаральных явлений и субфебрильной температуры, появились боли в пояснице, ногах и нижней части живота, продолжавшиеся нескольких часов, затем возникло онемение и слабость в дистальных отделах ног, затруднения мочеиспускания. При осмотре: сознание ясное, тонус мышц в нижних конечностях снижен, активные движения в конечностях незначительные, в сгибателях и разгибателях голеней сила мышц- 3 балла. Коленные и Ахилов рефлексы вызываются, но торпидны. При исследовании подошвенных рефлексов возникает экстензорное положение пальцев. Наблюдается гипестезия поверхностной чувствительности (болевой, тактильной и температурной) от уровня паховых складок, кроме того, снижено двумерно-пространственное чувство. Симптомы натяжения отсутствуют. Самостоятельно не мочится.

1. Для какого процесса характерна описанная клиническая картина? (полирадикулоневрит)
2. Какой патогенез можно предположить? (токсический, аутоиммунный).
3. Нуждается ли пациент в незамедлительной консультации специалиста, если да, то какого? (да, невролога).

№4

Больной 14 лет, поскользнувшись, упал, ударился головой, отмечалась кратковременная потеря памяти. После этого жаловался на головную боль, дважды балла рвота. Состояние прогрессивно ухудшалось, госпитализирован. Объективно: вялый, несколько заторможен. Зрачки D>S, сглажена носогубная складка и опущен угол рта слева, девиация языка влево. Снижена сила в левой руке, с повышением сухожильных рефлексов и мышечного тонуса. Легкая ригидность мышц затылка. В стационаре у больного развился приступ тонической судороги левой кисти в течении 1 минуты, без потери сознания. На глазном дне признаки начинающегося застоя. ЭхоЭГ – смещение М-эхо справа налево на 4 мм. В спинномозговой жидкости единичные эритроциты, белок – 0,66 г/л, цитоз - 9.

1. Где локализуется патологический очаг? (верхняя и средняя треть передней центральной извилины справа)
2. Чем обусловлена ригидность затылочных мышц? (менингеальный синдром)
3. Назовите ведущий клинический синдром (центральный парез)
4. Причина тонической судороги? (ирритация коры головного мозга гематомой)
4. Наиболее вероятный клинический диагноз? (закрытая черепно-мозговая травма, субдуральная гематома)
5. Какое необходимо дообследование? (КТ головы, консультация нейрохирурга)

№5.

У больного 3 лет, с отягощенным акушерским анамнезом (внутриутробная гипоксия, асфиксия), задержкой психоречевого и моторного развития, в неврологическом статусе с рождения отмечается слабость в конечностях, с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами с двух сторон, не говорит, не ходит. Назовите клинический диагноз и синдромы:

1. Назовите ведущие клинические синдромы. (алалия, центральный тетрапарез)
2. Назовите клинический диагноз. (ДЦП, двойная гемиплегическая форма)
3. Оцените реабилитационный прогноз (сомнительный или неблагоприятный)
4. Возможное реабилитационное лечение. (сосудистая и ноотропная терапия, ЛФК, массаж, логопед)

№6

У больного 12 лет, с отягощенным акушерским анамнезом (стремительные роды, асфиксия), задержкой психоречевого развития, в неврологическом статусе с рождения отмечается слабость в правых конечностях, с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами с одноименной стороны, девиацией языка вправо, сохраненной чувствительностью.

1. Назовите ведущий клинический синдром. (центральный гемипарез)
2. Назовите топическую локализацию очага (передняя центральная извилина слева)
3. Назовите клинический диагноз. (ДЦП, гемипаретическая форма)

№7

Ребенку 2 дня, от 2 беременности, 2 преждевременных (32 недели), стремительных родов, с весом 1900 и оценкой по Апгар 2 балла, в белой асфиксии. Акушерский анамнез отягощен (токсикоз, ОРВИ во 2 половине беременности, роды спровоцированы падением). Сразу после рождения состояние крайне тяжелое, находится на управляемом дыхании, брадикардия. Окр. гол 30 см., большой родничок напряжен. Реакция на внешние раздражители отсутствует. Плавающие глазные яблоки. Сухожильно-периостальные и основные безусловные рефлексы не вызываются. Манипуляции провоцируют горметонические судороги. Выраженные менингеальные симптомы. Мышечная атония. Спинномозговая жидкость кровянистая, вытекает под повышенным давлением.

1. Поставьте клинический диагноз. (ВЧРТ, острый период, внутрижелудочковое кровоизлияние, коматозное состояние, судорожный синдром)
2. Определите реабилитационный прогноз. (сомнительный или неблагоприятный)

№8

Ребенку 10 месяцев, отстает в психомоторном развитии с рождения. Акушерский анамнез отягощен (токсикоз, затяжные роды, асфиксия). Вес при рождении 4 кг. Мозговая часть черепа преобладает над лицевой. Окр. гол. 50 см. (при рождении 36), расхождение костей черепа, напряжение родничков. При перкуссии головы звук «треснувшего горшка». Парезов нет, сухожильные рефлексы оживлены. Спинномозговая жидкость: вытекает струей, белок – 0,099 г/л, цитоз – 10 лимфоцитов. На рентгенограмме признаки хронической внутричерепной гипертензии. Атрофия дисков зрительных нервов.

1. Поставьте клинический диагноз. (Гидроцефальный синдром, ЗПР вследствие перенесенной ЭН и ГС)
2. Необходимые консультации (невролог, нейрохирург)
3. Оптимальная тактика (для данного возраста, особенно при прогрессирующей гидроцефалии – хирургическая)

4.7 Церебральная патология у детей периода беременности и родов: энцефалопатия новорожденного, родовая черепно-мозговая травма, детский церебральный паралич. 1. – 3 7. – 1,3,5,6,8 13. – 2,5,6 19. – 3 25. – 3 2. – 1,5,8 8. – 1,2,3,4,5 14. – 1,3,5,7 20. – 1,3,6 26. – 2,3,5 3. – 1,3,5 9. – 2 15. – 2,3,6,7 21. – 2,4 27. – 2,4,7 4. – 1,3,5,6,8 10. – 4 16. – 2,3,6,7 22. – 2,3,5,6,7 28. – 2,6 5. – 2,4,5,7,9 11. – 1,3,5 17. – 3 23. – 3,4 6. – 3,4,5,7,8 12. – 2,4 18. – 4 24. – 2

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЛОР ПАТОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля	
Тестовые задания	
Ситуационные (клинические) задачи	

ОЦЕНИВАНИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ

ОЦЕНКА	
ЗАЧТЕНО	**51-100**
НЕЗАЧТЕНО	**0-50**

Компетенции	**Перечень компонентов**	**Технологии формирования. Формы оценочных средств**
В процессе подготовки по данной специальности ординатор формирует и демонстрирует следующие:		
Общепрофессиональные компетенции:		
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и лечение	**ПС 306н ТФ А/01.7** **Знать:** - Методику сбора и оценки данных о состоянии здоровья ближайших родственников и лиц, осуществляющих уход за ребенком (наследственные и хронические заболевания) - Особенности диагностики и клинического течения заболеваний у детей раннего возраста - Методику получения и оценки информации о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте) - Методику сбора и оценки анамнеза болезни (жалобы, сроки начала заболевания, сроки первого и повторного обращения, проведенная педиатрия) - Этиологиу и патогенез болезней и состояний у детей, клиническая симптоматика болезней и состояний с учетом возраста ребенка и исходного состояния здоровья - Анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности детей - Клиническую картину болезней и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование, с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Клиническую картину болезней и состояний,	Лекции, семинары, практические занятия, Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков

	требующих направления детей к врачам-специалистам с учетом обследования и действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), порядков оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной помощи детям - Клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания неотложной помощи детям - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем **Уметь:** - Устанавливать контакт с ребенком, родителями (законными представителями) и лицами, осуществляющими уход за ребенком - Получать информацию о жалобах, сроках начала заболевания, сроках первого и повторного обращения, проведенной терапии - Оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной помощи детям - Оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания неотложной помощи детям - Обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования детей - Обосновывать необходимость и объем инструментального обследования детей - Обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам - Обосновывать необходимость направления детей на госпитализацию - Пользоваться медицинской аппаратурой, которая входит в стандарт оснащения кабинета врача-педиатра участкового в соответствии с порядком оказания медицинской помощи. **Владеть:** - методикой сбора анамнеза жизни ребенка - методикой сбора анамнеза заболевания ребенка - методикой оценки состояния ребенка - методикой направления детей на инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - методикой оценки клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной помощи детям - методикой оценки клинической картины болезней и состояний, требующих оказания неотложной помощи детям - методикой проведения дифференциального	

	диагноза с другими болезнями и постановка диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	
ОПК-5. Способность назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	**ПС 306н ТФ А/02.7** **Знать:** - Современные методы медикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Механизм действия лекарственных препаратов; медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением - Современные методы немедикаментозной терапии основных болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Механизм действия немедикаментозной терапии; медицинские показания и противопоказания к ее назначению; осложнения, вызванные ее применением - Принципы и правила проведения мероприятий при оказании медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний с явными признаками угрозы жизни пациента в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи (проведение мероприятий для восстановления дыхания и сердечной деятельности) **Уметь:** - Составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Назначать медикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов	Лекции, семинары, практические занятия, Тестирование, собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков

	медицинской помощи - Назначать немедикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний с явными признаками угрозы жизни пациента, в том числе проводить мероприятия для восстановления дыхания и сердечной деятельности в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи **Владеть** - методикой разработки плана лечения болезней и состояний ребенка - методикой назначения медикаментозной терапии ребенку - методикой назначения немедикаментозной терапии ребенку - методикой оказания медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний с явными признаков угрозы жизни пациента (проведение мероприятий для восстановления дыхания и сердечной деятельности) - методикой оказание медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента	

Тестовые задания

Вопрос № 1
Осложнением фурункула носа может быть:
1. деформация наружного носа
2. тромбоз кавернозного синуса
3. тромбоз сигмовидного синуса
4. тромбоз поперечного синуса

Вопрос № 2

Какая функция гортани нарушается при двухстороннем пересечении возвратных нервов, когда голосовые складки стоят в срединном положении?

1. Голосообразовательная
2. Защитная
3. Дыхательная
4. Резонаторная
5. Рефлекторная

Вопрос № 3

Какое из следующих осложнений наиболее вероятно при острых средних отитах у детей?

1. Лабиринтит
2. Паралич лицевого нерва
3. Менингит
4. Мастоидит

Вопрос № 4

Какое лечение является наиболее подходящим для ребёнка с острым стрептококковым тонзиллитом?

1. Системная терапия антигистаминами
2. Антибактериальная терапия
3. Ингаляции
4. Промывание небных миндалин

Вопрос № 5

Между какими хрящами гортани находится коническая связка?

1. Между черпаловидным и перстневидным хрящами
2. Между надгортанным и перстневидным
3. Между перстневидным и щитовидным
4. Между надгортанным и щитовидным
5. Между надгортанным и черпаловидным

Вопрос № 6

Какое из следующих заболеваний чаще всего ассоциируется с апноэ во сне у детей?

1. Полипы носа
2. Рецидивирующий ринит
3. Субатрофический ринит
4. Гипертрофия аденоидов

Вопрос № 7

Носослезный канал открывается в:

1. в верхний носовой ход
2. средний носовой ход
3. нижний носовой ход
4. общий носовой ход

Вопрос № 8

Ребенок 5 месяцев, беспокоен, плачет, температура тела 39,8 градусов, дышит только при открытом рте, отказывается брать грудь, на задней стенке глотки определяется резкая гиперемия слизистой, инфильтрация мягких тканей, выпячивание, слизистая полости носа не изменена, патологического отделяемого в носовых ходах нет. Диагноз?

1. Острый гранулезный фарингит
2. Паратонзилярный абсцесс
3. ОРЗ, осложненное медиастенитом
4. Заглоточный абсцесс
5. Аденоидит

Вопрос № 9

Какой из перечисленных симптомов является наиболее характерным для острого эпиглоттита у детей?

1. Постоянный кашель
2. Заложенность носа

3. Сильная боль в горле и слюнотечение
4. Повышение температуры тела до субфебрильных

Вопрос № 10

Больной 16 лет обратился с жалобами на отсутствие голоса, перенес острое респираторное заболевание на фоне которого голос был сначала грубым, а затем пропал. Ларингоскопически: равномерная гиперемия всех отделов гортани, скопление слизи между складками, которые хорошо подвижны, но смыкаются не плотно. Какой диагноз можно поставить?

1. Гортанная ангина
2. Острый катаральный ларингит
3. Острый флегмонозный ларингит
4. Острый гриппозный ларингит
5. Острый аденовирусный ларингит

Вопрос № 11

Больная 15 лет, обратилась с жалобами на сухость, першение в горле, ощущение постороннего предмета, потерю голоса, постоянное покашливание. Больна около 3 лет, большую часть дня находится в задымленном помещении. Лечится амбулаторно. При наружном осмотре гортань не изменена, пальпация безболезненна, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Ларингоскопически: слизистая гортани ярко розовая, блестящая, хорошо видны сосуды в подслизистом слое, вестибулярные и голосовые складки истончены. При фонации голосовые складки не смыкаются полностью в средней трети. Предварительный диагноз?

1. Хронический атрофический ларингит
2. Хронический катаральный ларингит
3. Миопатический парез голосовых складок
4. Склерома верхних дыхательных путей

Вопрос № 12

Чем заполнено пространство между капсулой миндалины и мышечной стенкой глотки?

1. Жировой тканью
2. Лимфоидной тканью
3. Соединительной тканью
4. Рыхлой клетчаткой
5. Сосудистой тканью

Вопрос № 13

На фоне длительной терапии антибиотиками (пенициллином, стрептомицином) у ослабленного больного пневмонией, появились небольшие боли в горле, температура тела нормальная, гиперемия слизистой оболочки небных дужек, небных миндалин незначительная, на поверхности небных миндалин налеты, в начале они были небольшие, поверхностные белого цвета, затем слились и распространились на небные дужки и боковые стенки глотки, легко снимались тампонами или шпателем. Предполагаемый диагноз?

1. Острый лейкоз
2. Дифтерия зева, локальная форма
3. Агранулоцитоз
4. Кандидоз ротоглотки
5. Ангина Симановского-Венсана

Вопрос № 14

Нос и его околоносовые пазухи кровоснабжаются из:

1. системы наружной и внутренней сонной артерии
2. системы позвоночной артерии
3. системы язычной артерии
4. верхней щитовидной артерии

Вопрос № 15

Какие из следующих методов терапии наиболее эффективны при аллергическом рините у детей?

1. Топические глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты и избегание аллергенов
2. Антибиотики и сосудосуживающие топические препараты
3. Промывание носа солевыми растворами и ингаляции
4. Хирургическое удаление аденоидов

Вопрос № 16

У новорожденного ребенка имеется околоносовых пазух:

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4

Вопрос № 17

«Собачья» ямка в верхнечелюстной пазухе находится:

1. на верхней стенке
2. на нижней стенке
3. на передней стенке
4. на задней стенке

Вопрос № 18

Верхнечелюстная пазуха открывается в:

1. нижний носовой ход
2. средний носовой ход
3. верхний носовой ход
4. общий носовой ход

Вопрос № 19

Слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи выстилает эпителий:

1. цилиндрический мерцательный
2. кубический
3. многослойный плоский
4. многорядный плоский

Вопрос № 20

Основная часть воздуха поступает в околоносовые пазухи носа:

1. при вдохе
2. при выдохе
3. одинаково при вдохе и выдохе
4. зависит от возраста

Вопрос № 21

В какую стадию показано вскрытие фурункул носа?

1. Стадия отека
2. Отечно-инфильтративная стадия
3. Стадия инфильтрации
4. Стадия расплавления инфильтрата с гнойной головкой на его вершине

Вопрос № 22

Какой симптом является наиболее характерным для ларингомаляции у младенцев?

1. Постоянный кашель
2. Стридор на вдохе
3. Охриплость
4. Ничего из вышеперчисленного

Вопрос № 23

Какое из следующих осложнений чаще всего возникает при остром тонзиллите у детей?

1. Паратонзиллярный абсцесс
2. Острый нефрит
3. Ревматизм
4. Ларингоспазм

Вопрос № 24

Какое из следующих заболеваний чаще всего является причиной экссудативного среднего отита у детей?

1. гипертрофия небных миндалин
2. полипы носа
3. гипертрофия аденоидов
4. хронический ринит

Вопрос № 25

Санториниевы щели расположены на стенке наружного слухового прохода:

1. передней
2. задней
3. нижней
4. верхней

Вопрос № 26

Где расположено место Киссельбаха?

1. Передневерхний отдел перегородки носа
2. Передненижний отдел перегородки носа
3. Средневерхний отдел перегородки носа
4. Средний отдел перегородки носа
5. Средненижний отдел перегородки носа

Вопрос № 27

Наиболее узкий участок слухового прохода, перешеек, находится:

1. у входа в наружный слуховой проход
2. в середине перепончато-хрящевого отдела
3. на границе перепончато-хрящевого и костного отделов
4. на границе с барабанной перепонкой

Вопрос № 28

Барабанная перепонка у детей раннего возраста толще, чем у взрослых за счет:

1. фиброзного - среднего слоя
2. только эпидермального слоя
3. за счет всех трех слоев
4. за счет эпидермального и слизистого слоев

Вопрос № 29

Парацентез барабанной перепонки производится в квадранте:

1. в передненижнем
2. в передневерхнем
3. в задненижнем
4. в задневерхнем

Вопрос № 30

Какой из следующих методов лечения показан ребенку при остром гнойном среднем отите?:

1. промывание уха антисептическими растворами
2. физиотерапия
3. Топические назальные глюкокортикостероиды
4. системная антибактериальная терапия

Вопрос № 31

У ребенка 4 лет резко затруднено носовое дыхание, ребенок по словам матери болеет респираторными заболеваниями, перенес пневмонию. Объективно: ребенок бледен, лицевой череп вытянут в вертикальном направлении, рот открыт, сглаженность носогубных складок. Высокое готическое небо, слизистая носа розовая, слегка инфильтрирована, задние отделы полости носа прикрыты розоватыми образованиями. При задней риноскопии – розового цвета дольчатые образования, прикрывающие хоаны. Каков диагноз?

1. Хронический гипертрофический ринит
2. Хронический катаральный ринит
3. Опухоль носоглотки
4. Ангиофиброма носоглотки
5. Аденоиды

Вопрос № 32

Истинный объём барабанной полости:

1. 0,5 см/куб
2. 1,0 см/куб
3. 2,0 см/куб
4. 2.5 см/куб

Вопрос № 33

Какой симптом наиболее характерен для назофарингита у детей?

1. Сильная боль в ухе
2. Охриплость и кашель
3. Заложенность носа и выделения из носа
4. Затруднённое глотание

Вопрос № 34

Больной 16 лет жалуется на головную боль в области лба, усиливающуюся к вечеру и при наклоне головы книзу, заложенность одной половины носа. Риноскопически в среднем носовом ходе определяется полоска желтоватого гнойного секрета, что необходимо для уточнения диагноза?

1. УЗИ придаточных пазух носа
2. Диагностическая пункция гайморовой пазухи
3. Трепанопункция лобной пазухи
4. КТ ОНП

Вопрос № 35

С этим крупным сосудом граничит передняя стенка барабанной полости:

1. кавернозным синусом
2. яремной веной
3. позвоночной артерией
4. внутренней сонной артерией

Вопрос № 36

Больной 17 лет, призывник, осмотрен медкомиссией. Жалобы на снижение слуха на правое ухо, гнойные выделения с неприятным запахом. Лечился каплями в ухо. При осмотре: в заушной области изменений нет, пальпация сосцевидного отростка и ушной раковины безболезненная. При отоскопии в слуховом проходе гной, барабанная перепонка мутная, утолщена, гиперемия верхних отделов. В задневерхнем квадранте барабанной перепонки на границе натянутой и расслабленной частей – краевая перфорация 5 мм в диаметре, в просвете видны беловатые творожистые массы. Слуховое восприятие – шепотная речь AD – 0,5 м, AS – 6 м. поставьте предварительный диагноз?

1. Правосторонний хронический гнойный холестеатомный средний отит (задний краевой мезоэпитимпанит)
2. Хронический гнойный средний отит справа, осложненный холестеатомой
3. Хронический мезоэпитимпанит, отомикоз
4. Острый перфоративный средний отит справа

Вопрос № 37

Больной 17 лет жалуется на боль в левой половине головы, заложенность и гнойные выделения из левой половины носа. Заболел после купания в реке. Температура 38,2 градуса С. При осмотре в области левой щеки мягкие ткани отечны, болезненность при пальпации. Из левой половины носа гнойные выделения. Пульс 96 уд/мин, АД – 110/60 мм.рт.ст. патологии со стороны внутренних органов нет. Поставьте предварительный диагноз?

1. Инородное тело левой половины носа
2. Левосторонний острый гнойный гайморит
3. Левосторонний гемисинусит
4. Опухоль полости носа слева

Вопрос № 38

Больной 16 года жалуется на обильные гнойные выделения из правой половины носа с неприятным запахом, недомогание, периодическую головную боль. Температура нормальная. Из анамнеза: болен несколько недель, похожие признаки заболевания были в прошлом году. При передней риноскопии: гиперемия и отечность слизистой обеих половин носа, особенно нижних носовых раковин. Справа в среднем носовом ходе – гнойный экссудат. На рентгенограмме придаточных пазух носа выраженное снижениепневматизации правой гайморовой пазухи. Поставьте предварительный диагноз?

1. Обострение хронического правостороннего гнойного гайморита
2. Опухоль верхнечелюстной пазухи справа
3. Обострение хронического гнойного гемисинусита справа

4. Гипертрофический ринит

Вопрос № 39

Какой из следующих симптомов является ведущим для острого аденоидита у детей?

1. Гнойные выделения из носа
2. Охриплость
3. Боль в горле
4. Боль в ушах

Вопрос № 40

Больной жалуется на боль в левой половине лба и щеки, тяжесть в голове, насморк с выделениями преимущественно из левой половины носа. Заболел на фоне респираторного заболевания неделю назад. Объективно: риноскопически – гиперемия, инфильтрация слизистой полости носа слева, гнойные выделения в среднем носовом ходе. При пальпации – болезненность в области левой гайморовой пазухи и надбровной области слева. При исследовании крови – лейкоцитоз 9,5х 10^9, СОЭ – 30 мм/час. Каков предполагаемый диагноз?

1. Острый ринит, вторая стадия
2. Острый гнойный фронтит слева
3. Острый гнойный гайморит слева
4. Острый гнойный гемисинусит слева
5. Острый гнойный гаймороэтмоидит слева

Вопрос № 41

После острого насморка у больного появилась припухлость, краснота и болезненность кожи носа, больше слева. Боли иррадиируют в зубы, висок, область левой орбиты. Температура повысилась до 38,5 градусов С., появилось ощущение озноба. Объективно: ограниченная припухлость ярко-красного цвета с гнойничком в центре на крыле носа слева. Как лечить больного?

1. Вскрытие фурункула
2. Применение антикоагулянтов
3. Антибиотикотерапия
4. Все ответы верны

Вопрос № 42

Больной 17 лет, жалуется на сильную головную боль, боль в области носа, отсутствие носового дыхания. Температура 38,9 градусов С. Из анамнеза: 4 дня назад получил бытовую травму – удар по носу. Отмечалось кровотечение из носа. Появилась боль в носу. Лечился таблетками аспирина, улучшения не было. Состояние ухудшилось. При осмотре: отек мягких тканей наружного носа. При передней риноскопии: шаровидное выпячивание мягких тканей с обеих сторон перегородки носа, выходящее в преддверие носа. При пальпации носа резкая болезненность. Поставьте предварительный диагноз?

1. Гематома перегородки носа
2. Посттравматический абсцесс носовой перегородки
3. Опухоль перегородки носа
4. Перелом костей носа

Вопрос № 43

Какое из следующих состояний требует срочного медицинского вмешательства при острых инфекциях верхних дыхательных путей у детей?

1. Лёгкая заложенность носа
2. Першение в горле
3. Повышение температуры до 37,5 °C
4. Стридор

Вопрос № 44

При каком типе строения сосцевидного отростка гнойный процесс будет распространятся быстрее?

1. Склеротический
2. Диплоэтический
3. Пневмотический
4. Смешанный
5. Спонгеозный

Вопрос № 45

На основании предложенной отоскопической картины поставьте диагноз: барабанная перепонка серого цвета, втянута, короткий отросток молоточка, передняя и задняя складки барабанной перепонки резко выступают, световой конус резко укорочен?

1. Острый катаральный средний отит
2. Хронический средний отит
3. Тубоотит
4. Отосклероз
5. Неврит слухового нерва

Вопрос № 46

Какое из перечисленных заболеваний чаще всего является причиной хронической заложенности носа у детей?

1. Полипы носа
2. Хронический синусит
3. Гипертрофия аденоидов
4. Медикаментозный ринит

Вопрос № 47

Какое из следующих состояний может привести к развитию острого мастоидита у ребёнка?

1. Хронический синусит
2. Осложнённый острый средний отит
3. Хронический ринит
4. Назофарингит

Вопрос № 48

Какое из следующих состояний является наиболее вероятной причиной внезапного острого отека гортани у ребёнка?

1. Полипы голосовых складок
2. Аллергическая реакция
3. Хронический тонзиллит
4. Аденоидит

Вопрос № 49

Перепончатые полукружные каналы сообщаются с:

1. улиткой
2. с эллиптическим мешочком
3. с эдолимфатическим протоком
4. со сферическим мешочком

Вопрос № 50

Какой метод диагностики наиболее информативен при подозрении на паралич голосовых связок у ребёнка?

1. УЗИ шеи
2. Рентгенография
3. Ларингоскопия
4. МРТ гортани

Вопрос № 51

Какое из следующих состояний наиболее вероятно при внезапной потере слуха у ребёнка?

1. Отомикоз
2. Острый средний отит
3. Отосклероз
4. Ложный круп

Вопрос № 52

Сколько существует стадий гипертрофии аденоидов:

1. Две
2. Три
3. Четыре
4. Пять

Вопрос № 53

Больная 18 лет, жалуется на шум в ушах и снижение слуха. 3 года назад заметила снижение слуха, которое постоянно прогрессирует, слышит лучше в шумной обстановке. Объективно: в носу, глотке, гортани патологии нет. Отоскопически: AD и AS – широкие слуховые проходы, серных масс нет, барабанные перепонки истончены, с четкими опознавательными знаками, слуховая функция нарушена по смешанному типу на оба уха. Нарушений со стороны вестибулярной функции нет. Каков диагноз?

1. Хронический катар средних ушей
2. НСТ
3. Отосклероз, тимпанальная форма
4. Отосклероз, смешанная форма
5. Отосклероз, кохлеарная форма

Вопрос № 54

Больной жалуется на боли и припухлость в области правой ушной раковины, которая появилась через 5 дней после того, как при манипуляциях в слуховом проходе острым предметом он проколол кожу около козелка. Объективно: правая ушная раковина увеличена в размерах за счет инфильтрации мягких тканей, кожный покров ее гиперемирован. Дотрагивание до ушной раковины болезненно. Не измененной остается только мочка уха. Слуховой проход в наружном отделе резко сужен. Видимые отделы б.п. не изменены. Каков предположительный диагноз?

1. Рожистое воспаление
2. Наружный диффузный отит
3. Фурункул слухового прохода
4. Хондроперихондрит ушной раковины
5. Периостит ушной раковины

Вопрос № 55

Для первой стадии гипертрофии аденоидов характерна следующая картина?

1. Хоаны закрыты на 1/3 аденоидными вегетациями
2. Хоаны закрыты на 2/3 аденоидными вегетациями
3. Хоаны полностью закрыты аденоидными вегетациями

Вопрос № 56

Для второй стадии гипертрофии аденоидов характерна следующая картина?

1. Хоаны закрыты на 1/3 аденоидными вегетациями
2. Хоаны закрыты на 2/3 аденоидными вегетациями
3. Хоаны полностью закрыты аденоидными вегетациями

Вопрос № 57

Для третьей стадии гипертрофии аденоидов характерна следующая картина?

1. Хоаны закрыты на 1/3 аденоидными вегетациями
2. Хоаны закрыты на 2/3 аденоидными вегетациями
3. Хоаны полностью закрыты аденоидными вегетациями

Вопрос № 58

В состав спирального (кортиева) органа не входят клетки:

1. внутренние и наружные волосковые клетки
2. наружные и внутренние столбиковые клетки
3. бокаловидные секреторные
4. поддерживающие и питающие (Дейтерса, Гензена, Клаудиуса)

Вопрос № 59

Какое из следующих состояний наиболее вероятно при обнаружении частого храпа у ребёнка?

1. Острый ринит
2. Аденоидные вегетации
3. Острый ларингит
4. Назофарингит

Вопрос № 60

Больной жалуется на сильный зуд в правом ухе, понижение слуха, гнойные выделения, имеющие черную окраску. При отоскопии – кожа слухового прохода отечна, прикрыта пленками сероватого цвета. Пленки легко снимаются, под ними видна раздраженная кожа. Какие дополнительные виды исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?

1. Исследование отделяемого на наличие эозинофилов
2. Рентгенография височных костей по Шуллеру и Майеру
3. Посев на микрофлору

Вопрос № 61

Больной 15 лет, жалуется на обильные слизисто-гнойные выделения из правого уха, понижение слуха с детства. Плохо дышит носом. На рентгенограмме височных костей деструктивных изменений нет. При отоскопии перфорация в натянутой части барабанной перепонки, захватывает область передне-нижнего квадранта. Какой диагноз можно поставить пациентке?

1. Хронический гнойный средний отит
2. Острый наружный отит
3. Хронический наружный отит
4. Мирингит

Вопрос № 62

Кортиев орган расположен:

1. в лестнице преддверия
2. в барабанной лестнице
3. в улитковом ходе
4. в сферическом мешочке

Вопрос № 63

Больной 17 лет, жалуется на боль, зуд, ощущение полноты и заложенности в правом ухе, снижение слуха и шум. Болен 3 недели. В анамнезе: хроническая пневмония, лечился антибиотиками. При осмотре заушная область не изменена, пальпация сосцевидного отростка и ушной раковины безболезненна. При отоскопии: кожа слухового прохода правого уха гиперемирована, инфильтрирована и мацерирована, в просвете большое количество отделяемого с наличием грязно-серых пленок. При отомикроскопии на барабанной перепонке видны мелкие грануляции. Слух: восприятие ш.р. AD – 1,5 м, AS – 6 м. поставьте предварительный диагноз?

1. Отомикоз правого уха
2. Острый наружный отит справа
3. Острый гнойный перфоративный средний отит справа
4. Обострение хронического гнойного среднего отита справа

Вопрос № 64

Больной 18 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на недомогание, повышение температуры тела до 37,2 градуса, затруднение дыхания, чихание, насморк, болен 2 день, что связывает с переохлаждением. Отмечает жжение в носу. При ЛОР-осмотре общее состояние удовлетворительное лицо одутловатое, носовое дыхание резко затруднено, голос гнусавый, из носа обильные прозрачные выделения слизи. При фарингоскопии слизистая оболочка глотки розовая, влажная. Изменений со стороны внутренних органов нет. Поставьте предварительный диагноз?

1. Острый ринит
2. Острый двухсторонний гайморит
3. Аллергический ринит
4. Опухоль полости носа

Вопрос № 65

Больной 15 лет, лесосплавщик. Жалуется на отсутствие носового дыхания, постоянный насморк с обильными слизисто-гнойными выделениями, головную боль. Болеет 5-6 лет, с 10 лет. Последние пол года носом практически не дышит. При осмотре общее состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. При риноскопии – застойная гиперемия слизистой оболочки нижних носовых раковин, в средних и общих носовых ходах множество образований округлой и овальной формы серо-голубого цвета, полностью закрывающих просвет носовых ходов, на поверхности которых слизисто-гнойное отделяемое в значительном количестве. На рентгенограмме околоносовых пазух – гомогенное понижение пневматизации обеих верхнечелюстных и решетчатых пазух. Поставьте предварительный диагноз?

1. Хронический полипозный этмоидит
2. Двухсторонний хронический гнойно-полипозный синусит
3. Опухоль полости носа

Вопрос № 66

Диапазон частот, характеризующий разговорную речь:

1. от 2500 герц и выше
2. от 250 до 2500 герц
3. от 16 до 250 герц
4. от 4000 герц и выше

Вопрос № 67

Больной 18 лет, жалуется на снижение слуха на левое ухо, чувство заложенности, ощущение переливания жидкости в ухе при изменении положения головы. Заболел 2 недели назад после перенесенной респираторной вирусной инфекции, температура тела нормальная. При осмотре – левое ухо, заушная область не изменены, пальпация ушной раковины и тканей заушной области безболезненная. При отоскопии – слуховой проход свободен, барабанная перепонка серого цвета, мутная, несколько выпячена. При отомикроскопии – определяется уровень жидкости в барабанной полости. Слух: восприятие ш.р. AD – 6 м, AS – 1 м. Поставьте предварительный диагноз?

1. Хронический гнойный средний отит слева
2. Левосторонний экссудативный средний отит
3. Острый средний катаральный отит слева
4. Гематотимпанум слева

Вопрос № 68

Больной 16 лет, доставлен с жалобами на боль в голове и правом ухе, гноетечение из него, озноб, рвота, слабость. Из анамнеза: симптомы появились два дня назад, ранее отмечались гнойные выделения и снижение слуха. При поступлении – состояние тяжелое, температура 39,3 градуса С. Сознание спутанное, ноги подтянуты к животу, голова запрокинута, появляется регидность затылочных мышц и симптом Кернига с обеих сторон, пульс 68 уд/мин., ритмичный, АД – 110/70 мм.рт.ст. при осмотре – из слухового прохода гнойно-сукровичные выделения, при пальпации тканей заушной области и сосцевидного отростка болезненность. Поставьте предварительный диагноз?

1. Обострение хронического гнойного среднего отита справа. Отогенный менингит
2. Обострение правостороннего хронического гнойного отита
3. Обострение хронического гнойного отита справа, отогенныйменингоэнцефалит

Вопрос № 69

Больной 17 лет, спортсмен, жалуется на болезненность и припухлость правой ушной раковины, которая появилась после соревнований по борьбе и нарастала в течение суток. При осмотре правой ушной раковины в области ладьевидной ямки имеется флюктуирующая припухлость синебагрового цвета, умеренно болезненная при пальпации. При отоскопии обе барабанные перепонки целые, серого цвета, с четкими опознавательными знаками. Слух: восприятие ш.р. на оба уха - 6 м. другие ЛОР-органы без изменений. Поставьте предварительный диагноз?

1. Инфицированная рана правой ушной раковины
2. Отогематома правой ушной раковины
3. Перихондрит правой ушной раковины
4. Опухоль правой ушной раковины

Вопрос № 70

Каким шейным позвонкам у ребенка соответствует расположение гортани?

1. Первый-третий
2. Третий-четвертый
3. Пятый-шестой
4. Первый-четвертый

Вопрос № 71

Перстневидный и щитовидный хрящи гортани являются:

1. Гиалиновыми
2. Эластическими
3. смешанными (геалиново - эластическими)
4. рудиментарными

Вопрос № 72

Гортанные желудочки представляют собой:

1. углубления снаружи от черпалонадгортанных складок
2. карманы на передней поверхности гортани
3. углубления между корнем языка и надгортанником
4. углубления между истинными и ложными голосовыми складками

Вопрос № 73

Ложные голосовые складки это:

1. дубликатура слизистой оболочки
2. мышечные образования
3. продолжение истинных голосовых складок
4. полостные карманы

Вопрос № 74

В гортани выделяют этажей и рефлексогенных зон:

1. пять
2. два
3. три
4. четыре

Вопрос № 75

Назовите осложнения при трахеостомии?

1. Кровотечение
2. Эмфизема подкожной клетчатки
3. Пневмомедиастенит
4. Пневмоторакс
5. Ранение плевры
6. Гнойный трахеобронхит
7. Все перечисленное верно

Вопрос № 76

Для перфоративной стадии острого гнойного среднего отита характерна следующая клиническая картина?

1. Заложенность уха
2. Эпизод острой боли, затем уменьшение боли и появление выделений из уха
3. Выраженная боль в ухе
4. Ничего из вышеперечисленного

Вопрос № 77

У больной 5 лет, в течение двух лет отмечается осиплость голоса, при респираторных заболеваниях появляется некоторое затруднение дыхания. Объективно: в полости носа, зева, глотки воспалительных изменений нет. При прямой ларингоскопии: по краю голосовых складок и их поверхности виден бугристый инфильтрат в виде цветной капусты. Голосовая щель несколько сужена, подвижность голосовых складок не нарушена. Каков диагноз?

1. Хронический гипертрофический ларингит
2. Рак гортани
3. Папилломатоз гортани
4. Пахидермия гортани
5. Гиперкератоз гортани

Вопрос № 78

Коническая связка гортани располагается:

1. в просвете гортани между черпаловидными хрящами
2. на передней поверхности гортани между щитовидным и перстневидным хрящами
3. между щитовидным хрящом и подъязычной костью
4. между дугой перстневидного хряща и трахеей

Вопрос № 79

Больной 17 лет, жалуется на стойкую охриплость в течение нескольких месяцев, часто болеет простудными заболеваниями, которые сопровождаются нарушениями голоса. С детства занимается вокалом. При ларингоскопии – на границе передней и средней трети голосовых складок новообразования около 1 мм в диаметре, покрытые неизмененной слизистой оболочкой. Подвижность голосовых складок сохранена. Какой диагноз можно поставить?

1. Хронический катаральный ларингит
2. Узелки голосовых складок
3. Хронический атрофический ларингит
4. Лейкоплакия гортани
5. Кератоз гортани

Вопрос № 80

В приемное отделение доставлен ребенок 1 год 2 месяца, состояние тяжелое, кожные покровы бледные, инспираторная одышка, шумное дыхание. Из анамнеза: болеет респираторной инфекцией уже 6 дней, с вечера появился приступообразный «лающий» кашель, затруднение дыхания. При осмотре лицо покрыто потом, температура тела 37,3 градуса С. При плаче отмечается тихий голос. При вдохе втягиваются податливые части грудной клетки: ткани яремной ямки и особенно стенка живота в эпигастральной области. Частота дыхания до 60 в минуту. Поставьте предварительный диагноз?

1. Острая бронхопневмония
2. Острый стенозирующий ларинготрахеит, стеноз гортани, стадия декомпенсации
3. Заглоточный абсцесс

Вопрос № 81

Больной 18 лет, жалуется на неприятные ощущения и боль в горле при глотании, охриплость, кашель с мокротой, недомогание, потливость. Болеет 3 месяца. Из анамнеза: пол года назад закончил курс лечения по поводу инфильтративного туберкулеза легких. Состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная. Гортань при наружном осмотре не изменена, пальпация безболезненная, крепитация хрящей сохранена. При непрямой ларингоскопии – слизистая гортани бледная, гиперемия и инфильтрация левой голосовой складки, в центре которой располагается язва с неровными краями размером 3х5 мм. Поставьте предварительный диагноз?

1. Рак гортани
2. Туберкулез гортани
3. Сифилис гортани
4. Склерома гортани

Вопрос № 82

В лимфаденоидном глоточном кольце насчитывается миндалин:

1. 4
2. 6
3. 8
4. 10

Вопрос № 83

С чем сообщается снизу заглоточное пространство?

1. Передним средостением
2. Задним средостением
3. Парафарингеальным пространством
4. Паратонзиллярным пространством
5. С пищеводом

Вопрос № 84

Слизистая оболочка носоглотки покрыта:

1. многорядным мерцательным эпителием
2. многослойным плоским эпителием
3. лимфатическим эпителием
4. железистым эпителием

Вопрос № 85

Наиболее тяжелый прогноз для больного при какой локализации паратонзиллярного абсцесса?

1. Передневерхний
2. Задний
3. Нижний
4. Латеральный
5. Медиальный

Вопрос № 86

Перечислите местные признаки хронического тонзиллита:

1. Гиперемия и валикообразное утолщение краев небных миндалин
2. Рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками
3. Разрыхленные или рубцовоизмененные и утолщенные небные миндалины
4. Казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин
5. Регионарный лимфаденит
6. Все ответы верны

Вопрос № 87

Больной 16 лет, жалуется на сильную боль в горле больше справа. Боль резко усиливается при глотании, движения головой вправо, боль в правом ухе. Недомогание. Температура 39 градусов С. Заболел 4 дня назад, после катаральной ангины. Объективно: гнусавый оттенок голоса, рот открывает на 1 поперечный палец. Гиперемия передней небной дужки и ее верхней части, язычок и правая половина мягкого неба справа резко гиперемированы и инфильтрированы. Небная миндалина справа увеличена, застойно гиперемирована и смещена к середине. Увеличены углочелюстные лимфоузлы справа, болезненные. Отоскопически и ларингоскопически патологических изменений нет. Каков диагноз?

1. Катаральная ангина, лимфаденит
2. Пратонзиллярный абсцесс, передневерхний
3. Паратонзиллярный абсцесс, латеральный
4. Дифтерия зева, локализованная форма
5. Паратонзиллярный абсцесс, парафарингит

Вопрос № 88

Мальчик 10 лет, жалуется на боль в горле, особенно сильную при глотании слюны, повышение температуры до 37градусов С., недомогание. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы влажные. В зеве – яркая гиперемия слизистой оболочки небных дужек мягкой занавески и язычка. Небные миндалины разрыхлены и выступают за края дужек. Гиперемия распространяется на слизистую оболочку задней стенки глотки. Со стороны носа, гортани патологии нет. Каков диагноз?

1. Острая катаральная ангина
2. Острый фарингит
3. Острое респираторное заболевание
4. Острый паратонзиллит в стадии отека
5. Дифтерия, катаральная форма

Вопрос № 89

«Аденоидами» называется гипертрофия:

1. язычной миндалины
2. трубных миндалин
3. небных миндалин
4. глоточной миндалины

Вопрос № 90

Больной 17 лет, жалуется на сильную боль в горле справа, гнусавый голос, обильное слюноотделение, невозможность открыть рот. Неделю назад перенес ангину, по поводу которой лечился антибиотиками. Больной держит голову, склонив ее к правому плечу, на шее справа определяется резко болезненная припухлость, располагающаяся позади угла челюсти. Какой предполагаемый диагноз можно поставить?

1. Дифтерия глотки
2. Тонзиллогенный медиастенит
3. Паратонзиллярный абсцесс
4. Острый фарингит
5. Злокачественное заболевание глотки

Вопрос № 91

Больная 14 лет, жалуется на недомогание, боль и першение в горле, особенно при глотании. Больна 2-ой день, заболевание связывает с простудой, температура тела 38,8 градусов С. При фарингоскопии отмечается гиперемия слизистой оболочки глотки, преимущественно задней стенки, на которой имеется 2 нагноившихся фолликула, слизисто-гнойный налет. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Поставьте предварительный диагноз:

1. Острое респираторное заболевание
2. Обострение хронического гипертрофического фарингита

3. Острый фарингит
4. Дифтерия глотки

Вопрос № 92

Трубные миндалины расположены

1. на боковых стенках ротоглотки
2. в своде носоглотки
3. на задней стенке носоглотки
4. в щелевидном углублении (РОЗЕНМЮЛЛЕРОВА ямка)

Вопрос № 93

Больной 17 лет, жалуется на боль в горле, особенно при глотании, на головную боль, кровотечение, слабость. Вечером в состоянии алкогольного опьянения выпил какую-то жидкость. Наблюдалась рвота, пил воду. Утром чувствовал себя очень плохо, из-за болей в горле не мог даже пить воду. При осмотре кожные покровы бледные, пульс 92 уд/мин, АД – 100/60 мм.рт.ст., температура тела 37,2 градусов С. При фарингоскопии – гиперемия и отечность слизистой оболочки полости рта и глотки, обширные, плотные, серо-желтые налеты на небных миндалинах, корня языка, задней стенки глотки, после снятия которых видна эрозивная, кровоточащая поверхность. Поставьте предварительный диагноз?

1. Дифтерия зева
2. Химический ожог полости рта, глотки
3. Химический ожог полости рта, глотки и пищевода
4. Химический ожог полости рта, глотки, пищевода и желудка

Вопрос № 94

Глотку кровоснабжают:

1. восходящая глоточная артерия
2. верхняя щитовидная артерия
3. наружная сонная артерия
4. всё перечисленное

Вопрос № 95

Вблизи нижнего полюса небной миндалины располагается:

1. внутренняя сонная артерия
2. наружная сонная артерия
3. общая сонная артерия
4. щитовидная артерия

Вопрос № 96

Крипты - это:

1. железы
2. дубликатура слизистой оболочки
3. вдавления слизистой в лимфоидную ткань
4. пространство между дольками миндалин

Вопрос № 97

Небные миндалины имеют только:

1. капсулу
2. строму
3. паренхиму
4. всё перечисленное

Вопрос № 98

В небных миндалинах выделяют:

1. 12 – 20 лакун
2. 4- 10 лакун
3. 19- 21 лакуна
4. 3-5 лакун

Вопрос № 99

Капсула небных миндалин представлена:

1. листком щёчно-глоточной фасции
2. соединительной тканью
3. жировой клетчаткой
4. всё перечисленное

Вопрос № 100
Продолжением заглоточного пространства является:
1. переднее средостение
2. заднее средостение
3. парафарингиальное пространство
4. паравертебральное пространство

ЛИСТ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ (ЭТАЛОН ОТВЕТОВ)

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	2	**26**	2	**51**	2	**76**	2
2	2	**27**	3	**52**	2	**77**	3
3	4	**28**	4	**53**	4	**78**	2
4	2	**29**	3	**54**	4	**79**	2
5	3	**30**	4	**55**	1	**80**	2
6	4	**31**	5	**56**	2	**81**	2
7	3	**32**	2	**57**	3	**82**	2
8	4	**33**	3	**58**	3	**83**	2
9	3	**34**	4	**59**	2	**84**	1
10	2	**35**	4	**60**	3	**85**	4
11	2	**36**	1	**61**	1	**86**	6
12	4	**37**	2	**62**	3	**87**	2
13	4	**38**	1	**63**	1	**88**	2
14	1	**39**	1	**64**	1	**89**	4
15	1	**40**	4	**65**	2	**90**	3
16	4	**41**	4	**66**	2	**91**	3
17	3	**42**	2	**67**	2	**92**	4
18	2	**43**	4	**68**	1	**93**	3
19	1	**44**	3	**69**	2	**94**	4
20	2	**45**	3	**70**	1	**95**	1
21	4	**46**	3	**71**	1	**96**	4
22	2	**47**	2	**72**	4	**97**	4
23	1	**48**	2	**73**	1	**98**	1
24	3	**49**	2	**74**	3	**99**	1
25	3	**50**	3	**75**	7	**100**	2

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЛОР ПАТОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»

Ситуационная задача №1

Больной 17 лет доставлен в оториноларингологический стационар после того, как во время туалета левого уха, проводимого врачом поликлиники, у больного сильно закружилась голова, появилась тошнота, выступил обильные пот. Врач наблюдал нистагм. В прошлом подобные симптомы возникали, но в меньшей степени, когда больной сам проводил туалет уха.

Заболевание уха отмечает с 7 лет. Периодически возникают обострения с гноетечением из уха, ухудшение слуха.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Левое ухо – изменений со стороны наружного уха не определяется. Субтотальная перфорация барабанной перепонки, слизистая оболочка барабанной полости умеренно гиперемирована. Остальные ЛОР органы без патологии. Спонтанных вестибулярных расстройств нет. Имеется прессорный нистагм.

Диагноз? Лечение?

Ситуационная задача №2

Около недели назад во время поездки на полигон пациент 16 лет находился в компании взрослых, стреляющих в тире. К концу дня появился сильный шум в левом ухе, и ухудшился слух.

При отоскопии: - без особенностей. Слух ШР (AS)=0,5 м, РР=2,5 м. На тональной аудиограмме – понижение слуха на левое ухо, по перцептивному типу, опыт Ринне положительный, латерализация звука камертона вправо. Вестибулярных нарушений нет.

Каков диагноз и тактика лечения?

Ситуационная задача №3

Больная 14 лет заболела остро. Появились затруднение носового дыхания, головная боль, гнойные выделения из носа. По данным КТ ОНП выявлен уровень жидкости в левой верхнечелюстной пазухе. Установлен диагноз: острый ринит, левосторонний гайморит. Во время пункции содержимое получено не было. При промывании физ. раствором увеличились в объеме мягкие ткани левой щеки в подглазничной области.

Прокомментируйте состояние пациента. Какова дальнейшая лечебная тактика?

Ситуационная задача №4

В приемное отделение доставлен ребенок 1 год 2 месяца, состояние тяжелое, кожные покровы бледные, инспираторная одышка, шумное дыхание. Из анамнеза: болеет респираторной инфекцией уже 6 дней, с вечера появился приступообразный «лающий» кашель, затруднение дыхания. При осмотре лицо покрыто потом, температура тела 37,3 градуса С. При плаче отмечается тихий голос. При вдохе втягиваются податливые части грудной клетки: ткани яремной ямки и особенно стенка живота в эпигастральной области. Частота дыхания до 60 в минуту.

Поставьте предварительный диагноз?

ПРИЛОЖЕНИЕ 12

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ»

1. Цель и задачи практики:

Целью практики является приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

Задачами практики являются:

- закрепление теоретических знаний, полученных в процессе теоретического обучения врача-ординатора,
- формирование профессиональных компетенций врача-педиатра.

Оценка практической профессиональной подготовки осуществляется в форме экзамена (или дифференцированного зачета), который проводится членами аттестационной комиссии в присутствии председателя аттестационной комиссии по результатам оценивания степени овладения ординатором практических навыков и умений.

2. Критерии и условия оценивания сформированности компетенций

Продолжительность этапа должна давать возможность ординатору последовательно выполнить весь необходимый объем навыков и умений для профессиональной деятельности.

Материал клинических заданий охватывает содержание профессиональных дисциплин.

Результаты практических навыков и умений оцениваются как «выполнено» («отлично», «хорошо», «удовлетворительно») или «не выполнено» («неудовлетворительно»).

Результаты этапа итоговой аттестации доводятся председателем/членом аттестационной комиссии до сведения ординаторов после оформления и утверждения в установленном порядке протоколов заседания аттестационной комиссии.

Критерии оценки знаний ординатора на данном этапе:

А**) «ВЫПОЛНЕНО»** – заслуживает ординатор, овладевший всеми необходимыми практическими навыками и умениями. Продемонстрировавший на пациенте весь комплекс приемов обследования и сбора анамнеза, описавший правильно этапы лечения данной нозологической формы заболевания, правильно давший заключение по лабораторно-инструментальным методам исследования, полно ответивший на клинический вопрос по рассматриваемому клиническому случаю.

«отлично» – заслуживает ординатор, овладевший всеми необходимыми практическими навыками и умениями. Продемонстрировавший на пациенте весь комплекс приемов обследования и сбора анамнеза, описавший правильно этапы лечения, применения форм хирургической помощи применительно к конкретной форме и этапу заболевания, давший заключение по результатам лабораторно-инструментального обследования пациента, полно ответивший на клинические вопросы, выполнивший все практические терапевтические и хирургические манипуляции. Оценку «отлично», как правило, получает ординатор, проявивший творческие способности в понимании, изложении и использовании клинического материала, раскрывший в ответах способность использовать полученные знания в практических ситуациях.

«хорошо» – заслуживает ординатор, овладевший необходимыми практическими навыками и умениями. Продемонстрировавший на пациенте весь комплекс приемов обследования и сбора анамнеза, описавший правильно этапы лечения и применения форм медицинской помощи применительно к конкретной форме и этапу заболевания, давший по интерпретации результатов лабораторно-инструментального обследования пациента, по клиническим вопросам правильный ответ на 70-80% необходимой информации. Оценку «хорошо», как правило, получает ординатор, проявивший творческие способности в понимании, изложении и использовании клинического материала, раскрывший в ответах способность использовать полученные знания в практических ситуациях, четко ответивший на наводящие вопросы членов аттестационной комиссии.

«удовлетворительно» – заслуживает ординатор, овладевший необходимыми

практическими навыками и умениями. Продемонстрировавший на пациенте весь комплекс приемов обследования и сбора анамнеза, описавший правильно этапы лечения и применения форм хирургической помощи применительно к конкретной форме и этапу заболевания, давший по интерпретации результатов лабораторно-инструментального обследования пациента, по клиническим вопросам правильный ответ на 60- 70% необходимой информации. Оценку «удовлетворительно», как правило, получает ординатор, обнаруживающий пробелы в использовании междисциплинарного клинического материала, имеющий в ответах погрешности, обнаруживающий пробелы в способности использовать полученные знания в практических ситуациях, однако обладает необходимыми знаниями для устранения этих недочетов при наводящих вопросы задаваемых членами аттестационной комиссии.

Б) **«НЕ ВЫПОЛНЕНО»** – заслуживает ординатор, не овладевший всеми необходимыми практическими навыками и умениями. Не продемонстрировавший на пациенте весь комплекс приемов обследования и сбора анамнеза, не описавший правильно этапы лечения и применения форм хирургической помощи применительно к конкретной форме и этапу заболевания, не давший заключение по интерпретации результатов лабораторно-инструментального обследования пациента, по клиническим вопросам, не выполнивший необходимые практические терапевтические и хирургические манипуляции.

«неудовлетворительно» – заслуживает ординатор, не овладевший всеми необходимыми практическими навыками и умениями. Не продемонстрировавший на пациенте весь комплекс приемов обследования и сбора анамнеза, не описавший правильно результаты лабораторно-инструментального обследования пациента, по клиническим вопросам. Оценку «неудовлетворительно», как правило, получает ординатор, обнаруживающий пробелы в использовании междисциплинарного клинического материала, не раскрывший в ответах вопрос, обнаруживающий пробелы в способности использовать полученные знания в практических ситуациях, не отвечающий на наводящие вопросы, задаваемые членами аттестационной комиссии.

Во время прохождения практики врач ординатор овладевает умениями:

- определить специальные методы исследования;
- оценить электрокардиограмму, спирограмму, данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- уметь установить диагноз и провести необходимое лечение владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактике заболеваний; своевременно определить симптомы и синдромы, требующие оказания неотложной помощи и оказать её; уметь проводить наружный массаж сердца; проводить искусственное дыхание методом «рот в рот»;
- уметь проводить восстановление проходимости дыхательных путей; проводить остановку кровотечений, иммобилизацию частей тела, наложение повязок; самостоятельно проводить подкожные, внутрикожные, внутримышечные, внутривенные инъекции;
- пользоваться необходимой медицинской аппаратурой (антропометрический набор, аппарат для измерения артериального давления, аппарат Боброва, транспортные шины, аппаратура для ингаляций, электроотсос, дыхательный мешок «Амбу», системы для инфузионной терапии и тд.;
- осуществить экстренные противоэпидемические мероприятия при экстренных ситуациях; вести необходимую медицинскую документацию;
- составить план своей работы и работы подчинённого среднего медицинского персонала;
- составить отчёт о работе за год и провести её анализ.

Практические навыки и умения подлежащие оцениванию:

Осуществление сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать

полученную информацию. Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными

Установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

Обосновывать необходимость и объем инструментального и лабораторного обследования пациента

Направление пациента на инструментальное, лабораторное обследование или на консультации к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

Назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения

Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками

Организация персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения

Организация и контроль проведения иммунопрофилактики инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

Осуществление диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами

Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями

Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ

Оценка эффективности профилактической работы с пациентами

Во время обучения и работы в стационаре врач ординатор

1. <u>получает и углубляет знания</u>

- по организации стационарной больничной помощи населению,
- особенностям диагностики, терапии и профилактики заболеваний внутренних органов и смежной патологии,
- вопросам медикосоциальной экспертизы (МСЭ),
- приобретает и закрепляет профессиональные и практические навыки общеклинического обследования больных с разнообразной патологией,
- оценки лабораторных, инструментальных и аппаратных методов обследования,
- выбора и проведения медикаментозного и хирургического лечения,
- оценки трудоспособности, заполнения и ведения учетной медицинской документации.

<u>2. Оказывает помощь при неотложных состояниях:</u>

1. Остановка сердца.
2. Остановка дыхания.

3. Острая сердечная недостаточность
4. Острая сосудистая недостаточность.
5. Острая надпочечниковая
недостаточность.
6. Острая почечная недостаточность,
анурия.
7. Острая печёночная недостаточность.
8. Острая дыхательная недостаточность.
9. Анафилактический шок.
10. Отёк Квинке.
11. Токсико-аллергический дерматит.
12. Крапивница.
13. Кома гипо- и гипергликемическая.
14. Кома анемическая.
15. Кома печёночная.
16. Кома мозговая, неясной этиологии.
17. Гипертермия, перегревание.
18. Обморожение, замерзание.
19. Нарушения ритма сердца.
20. Приступ бронхиальной астмы.
21. Острая бронхиальная обструкция.
22. Острая обструкция верхних
дыхательных путей.
23. Отёк легких.
24. Пневмо-, гидро-, гемоторакс.
25. Ингаляции дыма, горячего воздуха,
отравление угарным газом.
26. Инородные тела дыхательных путей.
27. Нарушения сознания.
28. Острые отравления.
29. Синдром дегидратации.
30. Ацетонемическая рвота.
31. Открытый или закрытый, в том числе, напряженный пневмоторакс и гемоторакс;
32. Судороги.
33. Электротравма.
34. Ожоги (термические, химические).
35. Утопление.
36. Укусы насекомых.
37. Укусы змей, животных.
38. Переломы конечностей и другие травмы. Травматический шок.
39. Наружные кровотечения.
40. Внутренние кровотечения.
41 Удаление инородного тела из уха и носа, первичная обработка поверхностных ран лица, носа и ушной раковины, прижигание нитратом серебра кровоточащих сосудов носовой перегородки.
42. Почечная колика, острый пиелонефрит, острая задержка мочи.

КАРТА ФОРМИРУЕМЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Профессиональный стандарт (ПС) и трудовая функция (ТФ)	**Технологии формирования. Формы оценочных средств**
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Знает клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи; 4.2 Знает анатомо-функциональные особенности органов и систем в возрастном аспекте; 4.3 Знает методику сбора информации о состоянии здоровья; 4.4 Знает методику клинического обследования; 4.5 МКБ; 4.6. Знает методы лабораторных и инструментальных исследований; 4.7 Знает возможности и значение лабораторных и инструментальных методов исследования для дифференциальной диагностики заболеваний; 4.8 Знает нормативные показатели лабораторных и инструментальных показателей с учетом возраста; 4.9 Умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни и анализировать полученную информацию; 4.10 Умеет проводить физикальное обследование с учетом возраста; 4.11 Умеет выявлять отклонения, оценивать тяжесть состояния; оценивать показания и объем медицинской помощи; 4.12 Умеет определять показания и назначать лабораторные исследования у пациентов; определять показания и назначать инструментальные исследования у пациентов. 4.13 Владеет навыками постановки предварительного диагноза на основании собранного анамнеза, жалоб, физикального обследования; 4.14 Владеет навыками назначения лабораторных и инструментальных исследований пациентам с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями. 4.15 Владеет навыками интерпретации лабораторных и инструментальных исследований.	Практика Собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	5.1 Знает алгоритмы оказания помощи пациентам; 5.2 Знает критерии оценки тяжести клинического состояния пациентов с учетом выявленной патологии; 5.3 Знает показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста; 5.4 Знает фармакокинетику, фармакодинамику и возможные побочные эффекты лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; 5.5 Знает взаимодействия лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; 5.6 Знает принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины. 5.7 Умеет разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени тяжести клинического состояния; 5.8 Умеет определять показания для применения фармакологических препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; 5.9 Владеет навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; 5.10 Владеет расчетом дозировок и умением осуществлять введение фармакологических препаратов при оказании помощи пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; 5.11 Владеет навыками оценки динамики клинической симптоматики и данных лабораторно-инструментальных обследований пациентов с учетом проводимой терапии; 5.12 Владеет методами оценки эффективности и безопасности проводимого лечения у пациентов; 5.13 Владеет навыками анализа комплекса клинико-инструментальных данных для принятия решений по изменению терапевтической тактики	Практика Собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по	6.1 Знает порядок организации медицинской реабилитации; 6.2 Знает основные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические), применяемые для пациентов в	Практика Собеседование, ситуационные задачи,

медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов	педиатрии: 6.3 Знает методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания; 6.4 Знает методы оценки эффективности и безопасности реализации санаторно-курортного лечения у детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания. **6.5 Умеет** разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями педиатрического профиля; 6.6 Умеет проводить работу по реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов; 6.7 Умеет оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации у детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка - инвалида с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания; 6.8 Умеет оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации у детей с хроническими заболеваниями, составленной врачами-специалистами с учетом возраста, диагноза и клинических проявлений заболевания; 6.9 Умеет оценивать эффективность и безопасность реализации санаторно-курортного лечения у детей, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клиническими проявлениями заболевания. 6.10 Владеет навыком составление плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях педиатрического профиля; 6.11 Владеет навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации детей с заболеванием и (или) состоянием, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации	демонстрация практических навыков

	или абилитации ребенка-инвалида с учетом возраста, диагноза и клинических проявлений заболевания.	
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	7.1 Знает нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз; 7.2 Знает медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу; 7.3 Знает порядок проведения медицинской экспертизы; 7.4 Знает порядок выдачи медицинской документации. 7.5 Умеет выявлять у пациентов заболевания и (или) состояния, требующие проведения медицинской экспертизы; 7.6 Умеет определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями для прохождения медико-социальной экспертизы; 7.7 Умеет организовать направление детей с заболеваниями и или состояниями на медицинскую экспертизу при наличии показаний; 7.8 Умеет интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и экспертного заключения. 7.9 Владеет навыками определения показаний для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы; 7.10 Владеет навыками подготовки необходимой документации для осуществления медико-социальной экспертизы; 7.11 Владеет навыками организации и проведения медицинской экспертизы; 7.12 Владеет навыками оформления медицинской документации.	Практика Собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигеническому просвещению населения	8.1 Знает основы формирования здоровья детей; 8.2 Знает формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни; 8.3 Знает современные подходы, научно-обоснованные программы профилактики ожирения, аллергических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания; 8.4 Знает формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ профилактики ожирения, аллергических заболеваний; 8.5 Знает формы и методы санитарно-просветительной работы с ребенком (его	Практика Собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков

	законными представителей), среди медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний и (или) состояний у детей; 8.6 Знает методы проведения оздоровительных и профилактических мероприятий для пациентов. 8.7 Умеет проводить санитарно-просветительную работу с детьми, подростками и их родителями (законными представителями) о безопасности жизни и здоровья (психического, физического, в том числе репродуктивного, социального) разрабатывая новые формы донесения информации; 8.8 Умеет рекомендовать профилактические и оздоровительные мероприятия; 8.9 Умеет анализировать и оценивать их эффективность программ формирования здорового образа жизни, в том числе программы профилактики ожирения, аллергических заболеваний и других хронических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания 8.10 Умеет оценивать эффективность профилактической работы с пациентами. 8.11 Владеет навыками пропаганды здорового образа жизни; 8.12 Владеет навыками организации и проведения профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья; 8.13 Владеет навыками оценки эффективности профилактической работы с детьми различных возрастно-половых групп (его законными представителями).	
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	9.1 Знает алгоритм ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; 9.2 Знает правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"; 9.3 Знает принципы организации деятельности медицинского персонала; 9.4 Умеет использовать в своей работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; 9.5 Умеет организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала 9.6 Владеет навыками использования медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети	Практика Собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков

	«Интернет», оформления медицинской документации 9.7 Владеет навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	10.1. Проводит обследования и назначает лечение пациентам разного возраста с заболеваниями и/или состояниями, требующими оказания экстренной и неотложной помощи с целью установления нозологического или синдромального диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. 10.2. Проводит сердечно-легочную реанимацию и дефибрилляцию при остановке сердечной деятельности у взрослых и детей. 10.3. Знает действующие порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи по вопросам оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме и назначает лекарственные препараты и применяет изделия медицинского назначения пациентам разного возраста с заболеваниями и/или состояниями, требующими оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме. 10.4. Знает правила осуществления медицинской эвакуации пациента с одновременным проведением во время транспортировки пациента мероприятий по мониторингу жизненно-важных функций и по оказанию помощи в экстренной и неотложной формах; санитарные правила и нормы, меры экстренной личной профилактики инфекционных заболеваний. 10.5 Знает методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей) 10.6 Знает методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы) 10.7 Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания 10.8 Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации 10.9 Умеет Распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме 10.10 Умеет оказывать медицинскую помощь в	Практика Собеседование, ситуационные задачи, демонстрация практических навыков

	экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) 10.11 Умеет применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме 10.12 Умеет выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации	

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ
1 семестр

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Перечень практических навыков	Компетенции
Интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья пациента детского возраста, полученную при сборе анамнеза заболевания, жизни (социального, биологического, генеалогического) у пациента и его родителей/законных представителей и данные физикального осмотра пациента	ОПК 4- 10
Провести антропометрическое исследование пациентов детского возраста с оценкой уровня физического развития	ОПК 4- 10
Провести психометрию и оценку нервно-психического развития пациентов детского возраста	ОПК 4- 10
Провести и оценить функциональные нагрузочные пробы	ОПК 4- 10
Измерить и оценить результаты уровня артериального давления на периферических артериях, частоту сердечных сокращений и дыханий в минуту, пульсоксиметрию у пациентов детского возраста	ОПК 4- 10
Провести клинический осмотр пациентов детского возраста (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) и интерпретировать данные клинического осмотра: оценка общего состояния, оценка жизненно-важных функций, оценка неврологического статуса, оценка физического развития, оценка степени тяжести патологических состояний и нарушений жизненно-важных функций	ОПК 4- 10
Провести комплексную оценку состояния здоровья пациентов детского возраста с определение группы здоровья и группы по физическим нагрузкам	ОПК 4- 10
Составить рациональное меню, расчет и коррекцию питания здоровым детям первого года жизни; Провести рациональный выбор смесей для проведения искусственного и смешанного вскармливания детей 1-го года жизни, расчет и коррекция питания. Организовать и провести мероприятия по поддержке грудного вскармливания, рекомендовать оптимальный вид питания для новорожденного ребенка в случаях невозможности грудного вскармливания, проводить просветительную работу, направленную на	ОПК 4- 10

сохранение здоровья новорожденным детям.	
Провести расчет и коррекцию питания недоношенным и детям с признаками хронических расстройств питания Составить рациональное меню детям старше года	ОПК 4- 10
Составить индивидуальный календарь вакцинации пациентам детского возраста, установленной МЗ РФ, провести профилактику и лечение осложнений, связанных с вакцинопрофилактикой инфекционных заболеваний. Провести профилактику и составить план лечение железодефицитных состояний и анемии у пациентов детского возраста препаратами железа. Составить план профилактических мероприятий и лечение рахита у детей раннего возраста препаратами витамина Д3.	ОПК 4- 10

2 СЕМЕСТР

Перечень практических навыков	Компетенции
Провести гигиенический уход за новорожденным (кожей, слизистыми, пуповинным остатком, гигиеническая ванна и др.).	ОПК 4, 5, 10
Составить план противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции в соматическом стационаре (совместно с эпидемиологом), осуществить профилактику инфекций у пациентов детского возраста, связанных с оказанием медицинской помощи. Заполнить учетно-отчетные медицинские документы, касающиеся медицинской помощи пациентам детского возраста в медицинских организациях, контролировать качество ведения учетно-отчетных медицинских документов, касающихся оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях	ОПК 4, 5, 10
Составить отчет и провести анализ медико-статистические показателей, характеризующие оказание медицинской помощи пациентам детского возраста в медицинской организации	ОПК 4, 5, 10
Назначить и обосновать лабораторное и инструментальное обследование пациентам детского возраста. Провести дифференциальный диагноз заболеваний и патологических состояний у пациентов детского возраста, Направить пациентов детского возраста на инструментальные и лабораторные обследования, консультацию специалистов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи, стандартами оказания медицинской помощи	ОПК 4, 5, 10
Полное клиническое обследование больного по всем органам и системам: анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация	ОПК 4, 5, 10
Сформулировать и обосновать предварительный диагноз.	ОПК 4, 5, 10
Составить план исследования больного.	ОПК 4, 5, 10
Составить план лечения с учетом предварительного диагноза	ОПК 4, 5, 10
Сформулировать полный диагноз, провести необходимую дифференциальную диагностику.	ОПК 4, 5, 10
Определить признаки клинической и биологической смерти.	ОПК 4, 5, 10
Оценка клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты, плевральной и асцитической жидкости, биохимических анализов крови	ОПК 4, 5, 10
Оценка результатов серологического исследования (РА, РСК, РНГА, РТГА), антигенов гепатита	ОПК 4, 5, 10

3 СЕМЕСТР

Перечень практических навыков	Компетенции
Провести диагностические манипуляции: забор крови из периферической вены, определение группы крови и резус фактора, пульсоксиметрию, взятие капиллярной крови, взятие мочи мочеприемником и катетером, взятие соскобов и мазков со слизистых оболочек, патологических очагов на коже, взятие аспирата из трахеи, взятие содержимого желудка с помощью желудочного зонда, владеть техникой постановки назогастрального и орогастального желудочного зонда детям	ОПК 4, 5, 10
Составить алгоритм диагностики неотложных состояний, требующих хирургического вмешательства у пациентов детского возраста, назначить и провести им консервативное лечение до момента перевода их в специализированное отделение	ОПК 4, 5, 10
Провести оценку результатов клинических и биохимических анализов крови при соматических и инфекционных заболеваниях	ОПК 4, 5, 10
Провести оценку результатов постановки и учет пробы Манту, Диаскин-теста	ОПК 4, 5, 10
Провести расчёт контрастного вещества для проведения инструментальных исследований с контрастированием	ОПК 4, 5, 10
Выполнить ингаляцию, внутримышечное/внутривенное/ подкожное введение лекарственных средств, провести расчет дозы лекарственных средств	ОПК 4, 5, 10
Провести подготовку пациента детского возраста к рентгенологическому, эндоскопическому ультразвуковому и радиоизотопному методам исследования. Оценить результаты исследований.	ОПК 4, 5, 10
Назначить лечебно-профилактический режим и лечебное питание пациентам детского возраста с различными заболеваниями.	ОПК 4, 5, 10
Составить план медикаментозного и немедикаментозного лечения пациентов детского возраста с различными заболеваниями в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), стандартами медицинской педиатрической помощи.	ОПК 4, 5, 10
Оценить эффективность и безопасность назначенных лекарственных средств пациентам детского возраста.	ОПК 4, 5, 10

4 СЕМЕСТР

Перечень практических навыков	Компетенции
Составить план мероприятий медицинской реабилитации пациентам детского возраста и оценивать эффективность реабилитационных мероприятий.	ОПК 4, 5, 10
Определить показания и противопоказания к санаторному лечению пациентов детского возраста.	ОПК 4, 5, 10
Составить план диспансерного наблюдения и профилактического лечения пациентам детского возраста с различными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	ОПК 4, 5, 10

Оказать реанимационную помощь пациентам детского возраста при развитии угрожающих жизни состояний, выявить клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания, выполнить мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией).	ОПК 4, 5, 10
Оказать медицинскую помощи при неотложных состояниях у пациентов детского возраста: шок; обструктивный синдром, гипертермии; судорогах, отравления.	ОПК 4, 5, 10
Провести консультацию законных представителей ребенка по вопросам состояния здоровья, диагностики, лечения и профилактики заболеваний у новорожденных детей.	ОПК 4, 5, 10
Обучить законных представителей ребенка и ухаживающих лиц навыкам физиологического ухода за детьми, навыкам профилактики заболеваний у детей, рекомендовать профилактические и оздоровительные мероприятия детям.	ОПК 4, 5, 10
Провести экспертизу временной нетрудоспособности.	ОПК 4, 5, 10
Составить план эвакуации пациентов детского возраста, их законных представителей и персонала из медицинского учреждения в случае возникновения чрезвычайной ситуации.	ОПК 4, 5, 10
Составить алгоритм мероприятий по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях. Определить маршрутизацию пациентов при массовом поступлении пострадавших в условиях чрезвычайной ситуации.	ОПК 4, 5, 10

ПРИМЕРНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
1 СЕМЕСТР

Тема: Геморрагический синдром у новорожденных

Перечень вопросов для собеседования

1. Определение понятий «геморрагический синдром» у новорожденного, «система гемостаза», основные звенья и функции системы гемостаза.
2. Особенности системы гемостаза у доношенных и недоношенных новорожденных.
3. Классификация геморрагических расстройств у новорожденных.
4. Геморрагическая болезнь новорожденных. Определение. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
5. Наследственные коагулопатии у новорожденных. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
6. Тромбоцитопении и тромбоцитапатии новорожденных. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
7. Принципы лечения тромбоципений в зависимости от нозологической формы.
8. ДВСК-синдром у новорожденных. Определение. Этиология, патогенез, особенности ДВСК у новорожденных. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.

Тестовые задания

1. Геморрагическая болезнь новорожденного обусловлена нарушением:
а)сосудистого звена гемостаза
б)тромбоцитарного звена гемостаза
в)коагуляционного звена гемостаза
г)в патологический процесс вовлекаются все звенья системы гемостаза

2. Адекватную суточную дозу витамина К при в первые дни жизни новорожденный:
а) получает с грудным молоком
б)получает при искусственном вскармливании
в)не получает при грудном вскармливании, получает при искусственном вскармливании
г) не получает вне зависимости от вида вскармливания

3. Клинические признаки ранней геморрагической болезни новорожденного обычно появляются на:
а) 1 -2-й день жизни
б) 2-5-й день жизни
в) 7-10-й день жизни
г)11-28 день жизни

4. Для лечения геморрагической болезни новорожденного используют:
а) свежезамороженную плазму
б)тромбоцитарную массу
в) свежезамороженную плазму и препарат витамина К
г) свежезамороженную плазму, препарат витамина К, витамин Е

5. Число эритроцитов в периферической крови при геморрагической болезни новорожденного:
а) нормальное
б) нормальное или пониженное
в) нормальное или повышенное
г)повышенное

6. Уровень тромбоцитов в периферической крови при геморрагической болезни новорожденного:
а) нормальный
б) пониженный
в) повышенный
г)возможны все варианты

7. Длительность кровотечения по Дуке при геморрагической болезни новорожденного:
а) не изменяется
б) укорачивается
в) удлиняется
г)находится на нижней границе нормы

8) Протромбиновый индекс при геморрагической болезни новорожденного:
а) нормальный
б) повышен
в) снижен
г)находится на верхней границе нормы

9. Время свертывания при геморрагической болезни новорожденного:
а) не изменяется
б) укорачивается
в) удлиняется
г) изменяется в зависимости от стадии заболевания

10 К развитию дефицита витамин-К-зависимых факторов свертывания крови у новорожденного приводят:
а) недостаточность белково-синтетической функции печени
б) нарушение функции тромбоцитов
в)развитие коагулопатии потребления
г) гипокальциемия

Эталоны ответов к тестам

1. **В**
2. **Г**
3. **Б**
4. **В**
5. **Б**
6. **А**
7. **А**
8. **В**
9. **В**
10. **А**

Ситуационная задача

Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение».

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период 15 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен на первые сутки, но у матери гипогалакгия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи, с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3 мл,

внутрь назначена эпсилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась, и ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание бронховезикулярное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе - ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук.

Общий анализ крови: Hb - 180 г/л, Эр - $5,4x10^{12}$/л, Ц.п. - 0,94, тромб – $310,0x10^{9}$/л, Лейк - $5,9x10^{9}$/л, п/я - 3%, с - 51%, л - 38%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/час.

Время кровотечения по Дюке - 2 минуты. Время свертывания по Бюркеру: начало - 3,5 минуты, конец - 7 минут.

Коагулограмма: каолиновое время - 100" (норма - 40-60"), АЧТВ -90" (норма - 40-60"), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 30" (норма - 28-32"), протромбиновый комплекс – 25%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой - 196 мкмоль/л, прямой - нет, мочевина - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АСТ - 38 ед., АЛТ - 42 ед.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
3. Оцените результаты общего анализа крови.
4. Оцените результаты исследования коагулограммы. Что характеризуют проведенные тесты?
5. Правильной ли была тактика врачей родильного дома?
6. Нуждается ли этот ребенок в консультации невропатолога?
7. Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга?
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
9. Назначьте лечение.
10. Как следует наблюдать этого ребенка в детской поликлинике?

Эталон ответа к задаче

1. Ваш предварительный диагноз? Диагноз: Ранняя геморрагическая болезнь новорожденных. Синдром угнетения-гипервозбудимости. Конъюгационная желтуха.
2. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае? Отягощенное течение беременности. Незрелость системы гемостаза у новорожденных. Отсутствие профилактики геморрагической болезни новорожденных в первые часы после рождения.
3. Оцените результаты общего анализа крови. ОАК – норма.
4. Оцените результаты исследования коагулограммы. Что характеризуют проведенные тесты? Проведенные тесты характеризуют нарушение в коагуляционном звене гемостаза
5. Правильной ли была тактика врачей родильного дома? Нет. Профилактика ГрБН проводится в первые часы после рождения.
6. Нуждается ли этот ребенок в консультации невропатолога? Да. Необходимо исключить внутричерепное кровоизлияние.
7. Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга? Нет.
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае? Наследственные коагулопатии.
9. Назначьте лечение. Сцеженное грудное молоко, вит К1 – 1мг в\м или 5мг викасола (К3) 2р.ч/з 12ч. Переливание свежезамороженной плазмы 15 мл/кг.
10. Как следует наблюдать этого ребенка в детской поликлинике? Наблюдение по IIБ группе здоровья.

Написание синквейна

Для данной методики заранее заготавливаются карточки с словами – тема синквейна. Каждый студент пишет пятистрочный синквейн, где первая строка – одно слово - тема, вторая – два слова – определения к слову-теме, третья – три глагола, характеризующих тему, четвертая - около 4-х слов, означающих отношение студента к теме (либо крылатое выражение, раскрывающее тему), пятая строчка – резюме – одно-два слова.

Таким образом, чтобы справится с заданием, студенту необходимо не только хорошо знать тему практического занятия, но и уметь кратко излагать сложные идеи, резюмировать информацию, синтезировать материалы в кратких выражениях и представлять его в нескольких словах, наиболее точных, может быть, единственно верных.

Перечень тем синквейна:

1. Система гемостаза
2. Коагулопатия
3. Тромбоцитопения
4. Тромбоцитопатия
5. Витамин К
6. Свежезамороженная плазма
7. Длительность кровотечения
8. Время свертывания
9. Викасол
10. Недоношенность
11. Внутриутробная гипоксия
12. Коагуляционое звено гемостаза
13. Сосудисто-тромбоцитарное звено гемостаза
14. ДВСК-синдром

Обсуждение синквейнов в группе. Студенты дополняют, исправляют синквейны друг друга.

Критерии оценки:
оценка **«отлично»** «зачтено» выставляется обучающемуся, если дан исчерпывающий ответ на все 4 строчки синквейна;
оценка **«хорошо»** «зачтено» - точный ответ на 3 строчки;
оценка **«удовлетворительно»** «зачтено» - точный ответ на 2 строчки;
оценка **«неудовлетворительно»** «не зачтено» - точный ответ на 1 строчку или отсутствует

Тема: Сепсис новорожденных

Перечень вопросов для собеседования

1. Сепсис. Терминология. Эпидемиология.
2. Этиология неонатального сепсиса, факторы риска.
3. Патогенез неонатального сепсиса.
4. Классификация неонатального сепсиса.
5. Клинические проявления неонтального сепсиса.
6. Диагностика неонатльного сепсиас.
7. Дифференциальный диагноз неонатальнго сепсиса.
8. Лечение неонатльного сепсиса.
9. Выхаживание новорожденных с сепсисом.
10. Профилактика неонатального сепсиса.

Тестовые задания

1. Снижение риска неонатального сепсиса имеет место при:
   a) Низкой массе тела при рождении
   b) Длительном безводном промежутке
   c) Наличии женского пола
   d) Лихорадке у матери после родов
   e) Реанимации новорожденного в родильном зале

2. Тактика при подозрении на неонатальный сепсис:
   a) Начать антибактериальную терапию после получения результатов бактериологического посева крови с учетом чувствительности флоры к антибиотикам
   b) Начать антибактериальную терапию сепсиса незамедлительно при первых клинических и лабораторных признаках сепсиса антибактериальными препаратами широкого спектра действия
   c) Начать антибактериальную терапию после получения данных бактериологического посева крови, мочи, ликвора
   d) Начать антибактериальную терапию сепсиса при выявлении микроорганизмов и лейкоцитов в окрашенных по Грамму аспиратах из желудка новорожденного
   e) Начать антибактериальную терапию сепсиса недоношенному новорожденному с апноэ и брадикардией

3. В качестве наиболее специфичных лабораторных критериев неонатального сепсиса чаще всего используется:
   a) Уровень лейкоцитов и палочкоядерный сдвиг
   b) Уровень гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов, палочкоядерный сдвиг
   c) Уровень С-реактивного белка и прокальцитониновый тест
   d) Уровень интерлейкинов
   e) Уровень CD 11b

4. При лечении сепсиса у новорожденных используются следующие виды терапии:
a) инфузионная, антибактериальная, гемостатическая
b) антибактериальная, инфузионная, иммунокорригирующая
c) антибактериальная, инфузионная, гепатопротекторная
d) антибактериальная, инфузионная, противовирусная

5. Септицемическая форма сепсиса новорожденных характеризуется:
a) наличием гнойных очагов, отсутствием СПОН
b) тяжелым СПОН, одним или несколькими гнойными очагами
c) тяжелым СПОН, отсутствием метастатических гнойных очагов\
d) тяжелым СПОН, признаками септического шока

6. Для септикопиемической формы сепсиса новорожденных характерно:
a) наличие гнойных очагов, отсутствием СПОН
b) тяжелым СПОН, один или несколько гнойных очагов
c) тяжелым СПОН, отсутствие метастатических гнойных очагов
d) тяжелым СПОН, признаками септического шока

7. Ранний неонатальный сепсис устанавливают при появлении симптомов сепсиса:
a) в первые сутки после рождения
b) в первые 72 часа после рождения
c) в раннем неонатальном периоде
d) в первые 10 суток после рождения

8. Поздний неонатальный сепсис устанавливают при появлении симптомов сепсиса:
a) позднее 72 часов после рожденияв первые сутки после рождения
b) после окончания позднего неонатального периода
c) позднее 10 суток после рождения
d) позднее 14 суток после рождения

9.Амикацин новорожденному с массой тела более 2500 г с подозрением на сепсис назначается в дозе:
a) 20мг/кг в сутки в два приема каждые 12 часов
b) 10мг/кг в сутки в один раз в день
c) 10мг/кг в сутки в два приема каждые 12 часов

d) 40мг/кг в сутки в два приема каждые 12 часов

10. 9.Амикацин новорожденному с массой тела менее 1500 г с подозрением на сепсис назначается в дозе:
a) 20мг/кг в сутки в два приема каждые 12 часов
b) 10мг/кг в сутки в один раз в день
c) 10мг/кг в сутки в два приема каждые 12 часов
d) 40мг/кг в сутки в два приема каждые 12 часов

Эталоны ответов к тестам

1. c
2. b
3. c
4. b
5. b
6. b
7. b
8. a
9. a
10. b

Ситуационная задача

Мальчик О., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом: перинатальное поражение центральной нервной системы, гнойный омфалит, недоношенность.

Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, кольпитом. Первая беременность закончилась срочными родами, вторая - самопроизвольным выкидышем. Роды II, преждевременные на 36-37-й неделе гестации путем кесарева сечения по поводу первичной слабости родовой деятельности, безводный промежуток составил 11 часов. Масса тела при рождении 2550 г, длина тела 46 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди приложен на 4-й день, сосал вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 260 г, далее весовая кривая была плоской. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-й день, пупочная ранка мокла, на 7-й день появилось гнойное отделяемое, и ребенок был переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое, крик пронзительный. Выражение лица страдальческое. Двигательная активность снижена. Не сосет. Тепло удерживает плохо, температура тела 35,9°С. Имеются признаки недоношенности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, периоральный цианоз. Края пупочной ранки отечные, умеренно гиперемированы, из ранки - скудное гнойное отделяемое. Подкожно-жировой слой развит слабо. На ногах и передней брюшной стенке явления склеремы. Периодически отмечается апноэ. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий 80 в минуту. Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, Ps 190 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, селезенка - на 1 см, плотно-эластической консистенции. Стул непереваренный с примесью слизи. Мочится редко. В неврологическом статусе - арефлексия, клонические судороги, голову запрокидывает, ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5х2,5 см, напряжен.

Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - $4,1x10^{12}$/л, Ц.п. - 0,9, тромб -$120,0x10^{9}$/л, Лейк - $4,1x10^{9}$/л, миелоциты - 4%, метамиелоциты - 18%, п/я -21%, с - 20%, л - 18%, м - 19%, СОЭ - 20 мм/час.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность - мутная, белок - 990 г/л, реакция Панди - ++++, цитоз - 5960 в 3 мкл: нейтрофилы -82%, лимфоциты - 18%.

СРБ 75 мг/л ,вес фибрина 18 мг, электролиты К 7,8ммоль\л Na 142ммоль\л, креатинин 112ммоль\л , мочевина 11,2моль\л.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
4. Изложите классификацию, используемую при постановке данного диагноза. Классификация сепсиса по времени возникновения, по наличию или отсутствию очагов, по тяжести клинических проявлений.
5. Какие особенности течения имеет данное заболевание у недоношенных детей и чем они проявляются у этого ребенка?
6. Какая этиология с большей вероятностью могла бы быть причиной данного заболевания?
7. Оцените результаты общего анализа крови и ликвора.
8. Назовите показания к спинномозговой пункции у этого ребенка.
9. Назначьте лечение данному больному.
10. Составьте план диспансерного наблюдения.

Эталон ответа к задаче

1. Ваш предварительный диагноз? Поздний неонатальный сепсис. Септикопиемия. Гнойный омфалит. Менингит. СПОН.
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Прокальцитониновый тест, посев крови, ликвора, пульсоксиметрия.
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного? Кольпит у матери, длительный безводный промежуток, недоношенность, асфиксия при рождении.
4. Изложите классификацию, используемую при постановке данного диагноза.
5. Какие особенности течения имеет данное заболевание у недоношенных детей и чем они проявляются у этого ребенка? Незрелость иммунной системы, активация СВО, дисбаланс между СВО и СПВО, проявляется СПОН и лабораторными признаками СВО.
6. Какая этиология с большей вероятностью могла бы быть причиной данного заболевания? Материнская флора.
7. Оцените результаты общего анализа крови и ликвора. ОАК – лейкопения, палочкоядерный сдвиг, тромбоцитопения. Высокий нейтрофильный цитоз в ликворе.
8. Назовите показания к спинномозговой пункции у этого ребенка. Признаки внутричерепной гипертензии (выбухание родничка, пронзительный крик, запрокидывание головы)
9. Назначьте лечение данному больному. Ампициллин и гентамицин в качестве стартовой терапии. Лечение СПОН – оксигенация, вентиляция, поддержание кроввобращения, инфузионная терапия, парентеральное питание при низкой толерантности к энтеральному питанию.
10. Составьте план диспансерного наблюдения. Наблюдение у педиатра, невролога после выздоровления и выписки.

Практическая работа в группах по 3-4 человека, задание – **начертить алгоритм, схему на заданную тему:**

- Алгоритм диагностики сепсиса у новорожденных детей
- Схема патогенеза неонатального сепсиса
- Алгоритм дифференциального диагноза сепсиса
- Схема терапии сепсиса
- Алгоритм неотложной помощи при септическом шоке

Критерии оценки:

оценка **«отлично»** «зачтено» выставляется обучающемуся, если представленная схема или алгоритм полностью раскрывают тему;

оценка **«хорошо»** «зачтено» - если представленная схема или алгоритм раскрывают тему, но требуются уточняющие вопросы преподавателя, имеются незначительные неточности;

оценка **«удовлетворительно»** «зачтено» - если представленная схема или алгоритм раскрывают

тему не полностью, требуются уточнения и дополнения преподавателя;
оценка **«неудовлетворительно»** «не зачтено» - если тема не раскрыта, имеются грубые ошибки.

Тема: Синдром срыгивания и рвот

Перечень вопросов для собеседования

1. Рвота. Срыгивания. Терминология. Особенности ЖКТ новорожденных, предрасполагающих к срыгиваниям и рвоте.
2. Функциональное расстройство пищеварения у новорожденных. Причины. Дифференциальный диагноз. Клиника. Лечение.
3. Пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика.
4. Вторичная рвота. Этиология. Патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика.
5. Некротический энтероколит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
6. Рвота и срыгивания как проявление синдрома внутричерепной гипертензии (менингит, внутричерепное кровоизлияние). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
7. Рвота и срыгивания как проявление врожденных дефектов метаболизма. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифдиагноз, принципы лечения.

Тестовые задания

1. При лечении первой стадии некротического энтероколита (НЭК):
a) Антибактериальная терапия не показана
b) При улучшении клинического состояния и исключении сепсиса возможна ранняя отмена антибактериальной терапии
c) Антибактериальная терапия проводится в течение 21 дня
d) Показана инотропная поддержка, респираторная поддержка, коррекция декомпенсированного метаболического ацидоза
e) Показано проведение хирургического вмешательства

2.Характерным проявлением гастроэзофагеальной болезни (ГЭРБ) у новорожденных является:
a) Респираторные нарушения
b) Срыгивания
c) Эзофагит
d) Метеоризм

3.К методам лечения ГЭРБ у новорожденных не относится:
a) Дробное кормление молочной смесью, содержащей загустители
b) Позиционная терапия
c) Спазмолитическая и седативная терапия
d) Домперидон (мотилиум)
e) Антациды

4.Причиной первичной рвоты и срыгиваний у новорожденных не является
a) Острый гастрит
b) Пилороспазм
c) Метеоризм
d) Врожденная дисфункция коры надпочечников

5.Причиной вторичной рвоты и срыгиваний у новорожденных не является
a) Врожденные дефекты метаболизма
b) Пилоростеноз
c) Пиелонефрит
d) Менингит
e) Пневмония

6.Наиболее частой острой кишечной инфекцией у новорожденных, вызывающей гастроэнтерит, является:
a) Сальмонеллез
b) Шигеллез
c) Клебсиелллез
d) Ротавирусная инфекция

7.Для второй стадии НЭК не характерно:
a) Выраженное вздутие и напряжение живота
b) Метаболический ацидоз
c) Тромбоцитопения
d) Пневмоперитонеум

8.Для рвоты в результате гипертензионно-гидроцефольного синдрома не характерно:
a) Судорожный синдром
b) Выбухание большого родничка
c) Вздутие живота
d) Запрокидывание головы

9.Для клинических проявлений пилоростеноза не характерно:
a) Рвота на 2-3 неделе жизни
b) Рвота фонтаном, объем рвотных масс больше, чем объем кормления
c) Рвота с примесью желчи
d) Гипотрофия
e) Симптом песочных часов

10.Лечение пилоростеноза:
a) Оперативное при неэффективности консервативного
b) Только оперативное
c) Только консервативное
d) Выбор тактика зависит от степени пилоростеноза

Эталоны ответов к тестам

1. b
2. c
3. c
4. d
5. b
6. d
7. d
8. c
9. c
10. b

Ситуационная задача

Мальчик А., 6 дней, находится в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 29 лет, страдающей вегето-сосудистой дистонией и хроническим бронхитом. Беременность первая, протекала с периодическими подъемами артериального давления до 150/90 мм рт.ст. При сроке 27 недель перенесла острое респираторное заболевание. Роды на 38-й неделе, самостоятельные. 1-й период 10 часов, 2-й - 20 минут, безводный промежуток - 4 часа. Масса тела при рождении 4100 г, длина тела - 51 см, окружность головы - 34 см, грудной клетки -33 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения состояние расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен через 6 часов, сосал вяло. С 3 суток жизни появились срыгивания, частота которых нарастала, и на 4-й день жизни ребенок переведен в стационар с диагнозом: синдром срыгиваний.

При осмотре: состояние средней тяжести, вялый. Обращали внимание лануго, низко

расположенное пупочное кольцо, недостаточная поперечная исчерченность стоп. Кожные покровы умеренно иктеричные, «мраморные», выражен акроцианоз. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 2,5х2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца звучные. Часто срыгивает створоженным молоком с кислым запахом, отмечается симптом «мокрой подушки». В срыгиваемых массах много слизи, примесь гноя. Зев гиперемирован. Живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул диспептический. В неврологическом статусе: мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов.

Общий анализ крови: Hb - 184 г/л. Эр - $5,1x10^{12}$/л, Ц.п. - 0,97, Лейк - $10,8x10^{9}$/л, п/я - 7%, с - 56%, л - 28%, м - 9%, СОЭ - 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин: непрямой - 165 мкмоль/л, прямой - нет, мочевина - 6,1 ммоль/л, калий - 4,7 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, кальций - 1,1 ммоль/л.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта: в положении по Тренделенбургу выявляется затекание бариевой взвеси в пищевод. Пищевод расширен, стенки его утолщены.

Бактериологическое исследование срыгиваемых масс: получена культура e.coli и enterrobacter, чувствительные к левомицетину, гентамицину и цефалотину.

Нейросонография: рисунок извилин и борозд сглажен, эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие факторы привели к развитию основного заболевания?
3. Какие изменения можно выявить при проведении эзофагогастро-фиброскопии?
4. Оцените результат общего анализа крови.
5. Что явилось показанием к проведению рентгенологического исследования?
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. Распишите диетотерапию в данном случае.
8. Каковы принципы медикаментозной терапии?
9. На чем основан выбор антибактериальной терапии?
1) Каков прогноз у этого ребенка?

Эталон ответа к задаче

1. Халазия пищевода, вторичный эзофагит. Церебральная ишемия 2 степени, синдром угнетения нейро-рефлекторной активности, острый период. МФН. Физиологическая желтуха новорожденного.
2. Недостаточность кардии развилась вследствии нарушения иннервации нижней части пищевода, а также вследствие дисбаланса гастроинтестинальных гормонов.
3. Зияющая кардия, признаки эзофагита
4. Нейтрофилез, умеренный палочкоядерный сдвиг формулы
5. Синдром срыгивания с наличием патологических примесей в срыгиваемых массах
6. Ахалазия пищевода, пилороспазм, острый гастрит, рвоты,связанные с церебральной патологией
7. Дробное питание по 40-50 мл до 10 раз в день с целью уменьшения разового объема, исключения возможной аэрофагии
8. Медикаментозная терапия направлена на усиление кардиального сфинктера: холиномиметики- бетанехол, блокаторы допаминовых рецепторов- мотилиум
9. На определении чувствительности
10. Благоприятный при своевременном лечении

Ролевая игра

1 Тема: «Синдром рвоты и срыгивания у новорожденного ребенка»
2 Концепция игры: Создается ситуация, в которой мать обращается к педиатру по поводу рвоты и срыгивания новорожденного ребенка, которому впоследствии устанавливается диагноз «пилоростеноз», педиатр собирает анамнез, описывает объективный статус, назначает

консультацию хирурга, хирург собирает анамнез, описывает объективный статус ребенка, данные дополнительных методов обследования и назначает лечение.

3 Роли:

- Мать ребенка с синдромом рвоты и срыгивания
- Педиатр
- Хирург

4 Ожидаемый (е) результат (ы): Закрепление знаний по теме «Синдром рвоты и срыгивания у новорожденных».

Критерии оценки:

оценка **«отлично»** «зачтено» выставляется обучающемуся, если роль полностью раскрывает сущность патологии, которая задана;
оценка **«хорошо»** «зачтено» - если роль полностью раскрывает сущность патологии, которая задана, но имеются незначительные неточности;
оценка **«удовлетворительно»** «зачтено» - если роль, которая задана, сущность патологии, раскрывают не полностью, допущены ошибки;
оценка **«неудовлетворительно»** «не зачтено» - если роль которая задана, не раскрывает сущность патологии, обучающийся имеет фрагментарные представления о заданной патологии.

Тема: Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных

1. Особенности билирубинового обмена у новорожденных.
2. Желтухи новорожденных. Терминология. Классификация.
3. Диагностические критерии патологической желтухи.
4. Физиологическая желтуха. Этиопатогенез. Клиника. Тактика.
5. Патологические желтухи с непрямой гипербилирубинемией. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
6. Лечение непрямой гипербилирубинемии. Показания для фототерапии и обменно-заменного переливания крови.
7. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиопатогенез. Клиника, классификация, диагностика, лечение, профилактика.
8. Патологические желтухи с прямой гипербилирубинемией. Классификация.
9. Неонатальные гепатиты. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
10. Врожденные дефекты обмена. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
11. Механические (обструктивные желтухи). Этиопатогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
12. Атрезия и гипоплазия желчевыводящих путей. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.

Тестовые задания

1. Синдром Криглера-Наджара характеризуется:
   a) Полным отсутствием или снижением синтеза глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
   b) Транзиторным дефицитом в неонатальном периоде глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
   c) Нарушением захвата непрямого билирубина гепатоцитами и незначительным снижением синтеза глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
   d) Гипоплазией желчных протоков
2. Синдром Жильбера характеризуется:
   a) Полным отсутствием или снижением синтеза глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
   b) Транзиторным дефицитом в неонатальном периоде глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
   c) Нарушением захвата непрямого билирубина гепатоцитами и незначительным снижением синтеза глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
   d) Гипоплазией желчных протоков
3. Синдром Люцея-Дрискола характеризуется:

a) Полным отсутствием или снижением синтеза глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
b) Транзиторным дефицитом в неонатальном периоде глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
c) Нарушением захвата непрямого билирубина гепатоцитами и незначительным снижением синтеза глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
d) Гипоплазией желчных протоков

4. Синдром Алажиля характеризуется:
a) Полным отсутствием или снижением синтеза глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
b) Транзиторным дефицитом в неонатальном периоде глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
c) Нарушением захвата непрямого билирубина гепатоцитами и незначительным снижением синтеза глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
d) Гипоплазией желчных протоков

5.Наиболее распространенной формой врожденной гемолитической анемии в зонах умеренного климата является
a) Серповидно-клеточная анемия
b) α-талассемия
c) β-талассемия
d) Наследственный сфероцитоз
e) Дефицит глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы

6. Несовместимость крови по системе АВО развивается чаще всего:
a) У новорожденных с А(II) и В(III) группой крови от матерей с О(I) группой крови
b) У новорожденных с О(I) группой крови от матерей с А(II) и В(III) группой крови
c) У новорожденных с А(II) группой крови от матерей с В(III) группой крови
d) У новорожденных с В(III) группой крови от матерей с А(II) группой крови
e) У новорожденных с О(I) группой крови от матерей с АВ (IV) группой крови

7. К клиническим проявлениям несовместимости по системе АВО не относится:
a) Желтуха
b) Резко положительная проба Кумбса
c) Гипербилирубинемия
d) Ретикулоцитоз
e) Анемия

8. Наиболее распространенным консервативным методом лечения непрямой билирубинемии у новорожденных является:
a) Назначение фенобарбитала
b) Перевод на искусственное вскармливание
c) Фототерапия
d) Назначение витамина Е
e) Назначение урсодезоксихолевой кислоты

9. Заболевание, для которого желтуха в периоде новорожденности не характерна:
a) Пилоростеноз
b) Муковисцидоз
c) Фенилкетонурия
d) Гипотиреоз
e) Галактоземия

10. Физиологическая желтуха новорожденного развивается в результате (выбрать наиболее правильный ответ):
a) повышения образования непрямого билирубина из-за укороченной продолжительности жизни эритроцитов с фетальным гемоглобином
b) гипоальбуминемии
c) снижения активности глюкуронилтрансферазы
d) повышения образования непрямого билирубина из-за укороченной продолжительности жизни эритроцитов с фетальным гемоглобином и гипоальбуминемии
e) повышения образования непрямого билирубина из-за укороченной продолжительности жизни эритроцитов с фетальным гемоглобином, гипоальбуминемии и снижения активности глюкуронилтрансферазы

Эталоны ответов

1. **а**

2. **c**
3. **b**
4. **d**
5. **d**
6. **b**
7. **b**
8. **c**
9. **c**
10. **e**

Ситуационная задача

Девочка О., 4 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 3-й сутки появилась иктеричность кожных покровов.

При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание бронховезикулярное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Группа крови матери А(П) Rh-положительная. Группа крови ребенка 0(1) Rh-положительная. Общий анализ крови: Hb- 196 г/л, Эр - 5,9х10^{12}/л, ретикулоциты -1,5%, Ц.п. - 0,94, Лейк - 9,0х10^{9}/л, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 47%, м -5%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок -52,4 г/л, билирубин: непрямой - 140 мкмоль/л, прямой - нет, мочевина -4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий -141 ммоль/л, АЛТ - 25 ммоль/л, АСТ -18 ммоль/л.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении?
3. Оцените результаты общего анализа крови.
4. Оцените результаты общего анализа мочи.
5. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
6. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.
7. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?
8. Каков генез желтухи в данном случае?
9. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного.
10. При каких клинических синдромах новорожденного с желтухой следует показать невропатологу?

Эталон ответа к задаче

1. Поставьте диагноз. DS: Физиологическая желтуха новорожденных.
2. Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении? Массово-ростовой показатель=60,7 (N-60-80)
3. Оцените результаты общего анализа крови. Норма.
4. Оцените результаты общего анализа мочи. Норма.
5. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения? Непрямая гипербилирубинемия связана с гемолизом эритроцитов и незрелостью ферментных систем печени.
6. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.
7. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае? Нет.
8. Каков генез желтухи в данном случае? Гемолиз эритроцитов, незрелость печени.
9. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у

новорожденного. Физиологическая желтуха появляется на 2-3 сутки жизни, общее состояние не нарушено, угасает к 10 дню, цифры непрямого билирубина до 150 мкм/л, прямой не увеличен. Желтуха при гемолитической анемии появляется в первые сутки жизни высокие цифры билирубина, высокий темп прироста билирубина.
10. При каких клинических синдромах новорожденного с желтухой следует показать невропатологу? При высоких цифрах билирубина: 340мкмоль/л у доношенных и 170 мкмоль/л у недоношенных, риске развития билирубиновой энцефалопатии.

Тема: Неонатальная эндокринология. Неонатальный скрининг.

Перечень вопросов для собеседования

1. Особенности и становление эндокринной системы доношенных и недоношенных новорожденных детей.
2. Врожденный гипотиреоз. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
3. Транзиторный неонатальный гипотиреоз. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
4. Неонатальный тиреотоксикоз. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
5. Ненатальный сахарный диабет. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
6. Гиперинсулинизм. Диабетическая фетопатия. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, неотложная помощь.
7. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
8. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
9. Неонатальный скрининг в РФ. Нозологии, принцип, диагностические лабораторные критерии. Ложноположительные и ложноотрицательные результаты. Тактика.

Тестовые задания

1. Психомоторное развитие (ПМР) при первичном врожденном гипотиреозе (ВГ):
а) ПМР замедляется незначительно, процесс отставания ПМР обратим
б) ПМР замедляется значительно, процесс отставания ПМР необратим
в)скорость ПМР не изменяется
г) ПМР ускоряется

2. При первичном гипотиреозе уровень ТТГ и Т4 свободного в крови:
а) ТТГ повышен, Т4 повышен
б) ТТГ снижен, Т4 повышен
в) ТТГ снижен, Т4 снижен
г) ТТГ повышен, Т4 снижен

3. Клинические симптомы, позволяющие заподозрить гипотиреоз при рождении, следующие:
а) сухость кожи, мышечная гипотония, склонность к запорам
б) макроглоссия, низкий голос, брадикардия
в) затянувшаяся желтуха
г) специфических симптомов при рождении не существует.

4. Исследование содержания тиреоидных гормонов и ТТГ у доношенных новорожденных для выявления ВГ следует проводить не ранее одного из указанных сроков:
а) 5 ч жизни;
б) 2-х сут жизни;
в) 3–5-го дня жизни;
г) 7–10-го дня жизни;
д) 3–4-й нед.

5. Оптимальный срок начала заместительной терапии при ВГ:
а) до 14 дней жизни
б) до 1 мес. жизни

в) до 2 мес. жизни
д) до 3 мес. жизни
6. Начальная доза тироксина для доношенного новорожденного с гипотиреозом составляет:
а) 3–7 мкг/кг/сут;
б) 10–15 мкг/кг/сут;
в) 40–50 мкг/кг/сут;
г) 50–100 мкг/кг/сут;
д) 100–125 мкг/кг/сут.

7. Основным звеном патогенеза диабетичекой фетопатии новорожденного является:
а) гипергликемия
б) гиперплазия β-клеток поджелудочной железы клеток плода
в) гипоплазия β-клеток поджелудочной железы клеток плода
г) усиление образования гликогена у плода
д) избыточное образование и отложение жира у плода
8. Судорожный синдром у новорожденных от матерей с СД наиболее часто вызывают:
а) асфиксия и родовая травма
б) пороки развития ЦНС
в) гипогликемия и гипокальциемия
г) гипербилирубинемия

9. Врожденная гиперплазия коры надпочечников:
а) чаще встречается у мальчиков;
б) чаще встречается у девочек;
в) встречается с одинаковой частотой у мальчиков и у девочек;
г) сольтеряющая форма адреногенитального синдрома встречается только у девочек.

10. Для диагностики врожденной гиперплазии коры надпочечников необходимым является определение следующих гормонов:
а) лютеинизирующий и фолликулостимулирующий гормоны
б) 17-гидроксипрогестерон в крови
в) инсулин, С-пептид
г) ТТГ и тироксин

Эталоны ответов к тестам

1. Б
2. Г
3. Г
4. В
5. А
6. Б
7. Б
8. В
9. В
10. Б

Ситуационная задача

Девочка К., 25 дней, от 1-й беременности, срочных родов, протекавших без особенностей. При рождении масса 3000 г, рост 51 см. В роддоме было выявлено неправильное строение наружных гениталий (гипертрофия клитора и больших половых губ), гиперпигментация наружных гениталий. С 3-й нед. жизни состояние ребенка ухудшилось: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, тургор тканей снижен, наблюдается мышечная гипотония, гипорефлексия. Ребенок сосет вяло. Появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Стул жидкий обычной окраски. Общий анализ крови: эритроциты $5{,}0\times10^{12}$/л, Hb 115 г/л, лейкоциты 9×10^{9}/л, эозинофилы 2 %, п/ядерные нейтрофилы 2 %, с/ядерные нейтрофилы 38 %, лимфоциты 50 %, моноциты 8 %. Биохимический анализ крови: общий белок 55 г/л, холестерин 4,7 ммоль/л, глюкоза 4,4 ммоль/л, натрий 128,0 ммоль/л, калий 6,5 ммоль/л.

Кортизол: 85 нмоль/л (норма 180–600 нмоль/л).
Кариотип: 46 XX.

Задание

1. Каков ваш предположительный диагноз?
2. По какому типу наследуется данное заболевание?
3. Какая причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у девочки?
4. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка на 3-й нед. после рождения?
5. Какие клинические проявления данной патологии будут отмечаться при несвоевременной диагностике?
6. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия?
7. При каких заболеваниях может отмечаться рвота фонтаном? Проведите дифференциальный диагноз.
8. Как осуществляется диагностика данного заболевания?

Эталон ответов

1. Предположительный диагноз: врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма.
2. Аутосомно-рецессивный тип наследования.
3. Дефицит 21-гидроксилазы приводит к дефициту кортизола, повышению АКТГ , гиперплазии надпочечников и нарушению синтеза половых гормонов.
4. Дефицит минералокортикоидов, проявляющийся сольтеряющим синдромом. Недостаток альдостерона вызывает снижение обратной реабсорбции натрия в почках, вследствие чего снижается ОЦК и артериальное давление. У детей отмечается неукротимая рвота, жидкий стул, боли в животе, падение АД. В крови определяется гиперкалиемия, гипонатриемия и повышение активности ренина плазмы.
5. Острая надпочечниковая недостаточность, обезвоживание, гипотония.
6. Флудрокортизоном, который назначается в дозе 0,05-0,15мг в сутки 1-2 раза в день.
7. Пилоростеноз, острая кишечная непроходимость, кишечная инфекция, заболевания ЦНС.
8. Неонатальный скрининг. Гормональным маркером дефицита 21-гидроксилазы является уровень 17ОНР определенный в утренней крови (1++)

Гормональным маркером дефицита минералокортикоидов при сольтеряющей форме является повышение активности ренина плазмы (1++)

«Золотым стандартом» в диагностике неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы и дифференциальной диагностике редких форм ВДКН является проба с синактеном с определением широкого спектра стероидов (1++).

Генетическое тестирование применяется как второй этап в сомнительных случаях и в качестве семейного генетического консультирования (2+).

Написание синквейна

Для данной методики заранее заготавливаются карточки с словами – тема синквейна. Каждый студент пишет пятистрочный синквейн, где первая строка – слово/словосочетание - тема, вторая – два слова – определения к слову-теме, третья – три глагола, характеризующих тему, четвертая - около 4-х слов, означающих отношение студента к теме (либо крылатое выражение, раскрывающее тему), пятая строчка – резюме – одно-два слова.

Таким образом, чтобы справится с заданием, студенту необходимо не только хорошо знать тему практического занятия, но и уметь кратко излагать сложные идеи, резюмировать информацию, синтезировать материалы в кратких выражениях и представлять его в нескольких словах, наиболее точных, может быть, единственно верных.

Перечень тем синквейна:

1. Щитовидная железа
2. Врожденный гипотиреоз
3. Тиреотропный гормон
4. Иод
5. Инсулин
6. Гипергликемия
7. Гипогликения

8. Гиперандрогения
9. Гидрокортизон
10. Левотироксин
11. Неонатальный скрининг
12. Кретинизм

Критерии оценки:
оценка **«отлично»** «зачтено» выставляется обучающемуся, если дан исчерпывающий ответ на все 4 строчки синквейна;
оценка **«хорошо»** «зачтено» - точный ответ на 3 строчки;
оценка **«удовлетворительно»** «зачтено» - точный ответ на 2 строчки;
оценка **«неудовлетворительно»** «не зачтено» - точный ответ на 1 строчку или отсутствует

Тема: Выхаживание недоношенных новорожденных высокого риска

Перечень вопросов для собеседования

1. Современные подходы к первичной неонатальной реанимации. Особенности первичной неонатальной реанимации в зависимости от срока гестации.
2. Современные принципы профилактики респираторного дистресс синдрома у новорожденных.
3. Респираторная поддержка методом CPAP, A/C, SIMV, высокочастотная вентиляция легких. Оксигенотерапия. Пульсоксиметрия. Профилактика гипероксии.
4. Потребность новорожденных в жидкости, калориях, белках, жирах, углеводах.
5. Особенности энтерального питания новорожденных высокого риска.
6. Способы расчета парентерального питания, препараты парентерального питания.
7. Способы создания оптимального температурного режима для глубоконедоношенных новорожденных.
8. Обеспечение оптимального уровня влажности.
9. Защита от световых, шумовых, болевых раздражителей.
10. Общение глубоко недоношенных детей с родителями в условиях пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии, важность обеспечения контакта с матерью.

Тестовые задания

1. При положительном ответе на все вопросы (Доношенный? Воды чистые? Дышит, кричит? Хороший мышечный тонус?) после рождения ребенка следует:
   a) Провести новорожденному санацию ротоглотки и носовых ходов
   b) Выложить ребенка на грудь матери и укрыть одеялом
   c) Провести оценку по шкале Апгар и начать первичный туалет новорожденного
   d) Начать проведение пульсоксиметрии чтобы убедиться в удовлетворительной оксигенации
   e) Провести антропометрическое исследование и проверить проходимость пищевода и наличие ануса
2. Неонатолог при подготовке к любым родам должен:
   a) Обеспечить оптимальный температурный режим для новорожденного
   b) Проверить наличие и готовность к работе реанимационного оборудования.
   c) Обеспечить присутствие на родах специалиста, владеющего приемами реанимации новорожденного в полном объеме
   d) При высоком риске рождении ребенка в асфиксии, рождении ребенка со сроком гестации 32 недели и менее, многоплодной беременности обеспечить присутствие на родах реанимационной бригады, достаточного количества необходимого оборудования
   e) Все выше перечисленное
3. К критериям оценки по шкале Апгар не относится:
   a) Мышечный тонус, цвет кожи
   b) Частота сердечных сокращений
   c) Пульсация сосудов пуповины
   d) Дыхание, крик

e) Рефлексы

4. К признакам живорождения не относят:
   a) Самостоятельное дыхание
   b) Наличие крика
   c) Сердцебиение
   d) Пульсация сосудов пуповины
   e) Произвольные движения мышц

5. У детей, родившихся до завершения 28 недели гестации, для профилактики гипотермии используется:
   a) Пластиковый мешок
   b) Теплая сухая пеленка, которой ребенка обтирают
   c) Теплая сухая пеленка, которой ребенка промокают, не обтирая
   d) Ребенка помещают на грудь матери, и накрывают одеялом

6. Показанием для санации трахеи при наличии мекониальных околоплодных вод являются:
   a) Громкий крик
   b) Наличие самостоятельного дыхания
   c) Нерегулярное ослабленное дыхание
   d) Хороший мышечный тонус
   e) Меконий в ротовой полости

7. Немедленная интубация трахеи показана новорожденным:
   a) С отсутствием дыхания
   b) С нерегулярным дыханием
   c) Со сроком гестации менее 27 недель
   d) С меконием в околоплодных водах
   e) С частотой сердечных сокращений менее 100 ударов в минуту

8. Продленное раздувание легких используется:
   a) У доношенных новорожденных
   b) У недоношенных новорожденных
   c) У новорожденных, родившихся в тяжелой асфиксии
   d) Для формирования остаточной емкости легких
   e) Все перечисленное

9. Показанием для выполнения непрямого массажа сердца является:
   a) Частота сердечных сокращении менее 60 ударов в минуту при рождении
   b) Частота сердечных сокращении менее 60 ударов в минуту при неэффективности ИВЛ с использованием лицевой маски
   c) Частота сердечных сокращении менее 60 ударов в минуту при неэффективности ИВЛ через интубационную трубку
   d) Частота сердечных сокращении менее 60 ударов в минуту при неэффективности ИВЛ через интубационную трубку с использованием 100% кислорода
   e) Частота сердечных сокращении менее 60 ударов в минуту при неэффективности внутривенного введения адреналина

10. При неэффективности непрямого массажа сердца на фоне адекватной ИВЛ через интубационную трубку используются следующие препараты:
   a) Адреналин, преднизолон, гидрокарбонат натрия
   b) Адреналин, гидрокарбонат натрия, хлорид кальция, альбумин
   c) Адреналин, физиологический раствор, гидрокарбонат натрия
   d) Адреналин, преднизолон, раствор глюкозы, гидрокарбонат натрия
   e) Гидрокарбонат натрия, хлорид калия, физиологический раствор

Эталоны ответов к тестам

1. b
2. e
3. c
4. b
5. a
6. c

7. с
8. с
9. с
10. с
11. с

Ситуационная задача

Недоношенная девочка родилась с массой тела 1500 г, длиной 40 см, окружностью головы 29 см, окружностью груди 26 см.

Ребенок от четвертой беременности, протекавшей с фетоплацентарной недостаточностью, гестозом во второй половине. Роды на 32-33-й неделе, отмечалось дородовое излитие вод, однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Оценка по Апгар 2-3 балла.

Состояние после рождения тяжелое за счет СДР (первичные диссеминированные ателектазы), ДН П ст., церебральная ишемия II ст. (синдром угнетения).

На третьи сутки жизни состояние девочки резко ухудшилось. Появились приступы апноэ по 15-20 с, сопровождавшиеся цианозом. С четвертых суток - приступы клонико-тонических судорог.

На пятые сутки жизни состояние тяжелое. Самостоятельно не сосет. Кормится через зонд. Часто срыгивает. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание самостоятельное, не ритмичное. Находится на ИВЛ в режиме интермиттирующей вентиляции. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 46 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 152 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см из-под края реберной дуги. Стул с примесью слизи. Диурез в норме. Рефлексы новорожденного не вызываются. Тонус мышц асимметричен: слева больше, чем справа. Сухожильные рефлексы слева оживлены, отмечается судорожная готовность. Большой родничок 3х3 см, пульсация повышена, отмечается расхождение сагиттального шва на 0,2 см, малый родничок открыт.

Общий анализ крови: Hb - 90 г/л. Эр - $2,5x10^{12}$/л, Ц.п. - 1,0, Лейк -$9,8x10^{9}$/л, п/я - 3%, с - 44%, э - 0%, л - 47%, м - 6%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, белка и глюкозы нет, лейкоциты - 3-4 в п/з.

Исследование ликвора (4-е сутки жизни): цвет - кровянистый, цитоз повышен за счет свежих эритроцитов (покрывают все поля зрения), подсчет невозможен.

Нейросонография (4-е сутки жизни): мозговая паренхима слабо дифференцирована на борозды и извилины. Левый боковой желудочек расширен во всех отделах, диаметр 11 мм, в полости - эхопозитивные включения. Правый желудочек расширен до 10 мм. Расширены полости прозрачной перегородки, большой цистерны, 3-го желудочка.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие синдромы можно выделить в клинике данного заболевания?
3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
4. Необходимо ли проведение люмбальной пункции в динамике? Если да, то какие изменения могут быть в ликворе?
5. С какими специалистами необходимо проконсультировать девочку?
6. Каков прогноз для жизни и здоровья ребенка?
7. Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза?
8. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
9. Какое лечение необходимо ребенку?
10. Нуждается ли ребенок в переливании эритроцитарной массы? Как правильно провести эту процедуру?

Эталон ответа к ситуационной задаче

1. ВЖК слева.
2. Синдром нарушения дыхания, судорожный синдром, диспепсический синдром, гидроцефальный синдром, синдром угнетения с возбуждением.
3. Моторные нарушения и нейропсихологические проблемы.
4. Изменения цвета, снижение цитоза, признаки менингита.
5. Невролог, окулист, хирург.
6. Сомнительный.

7. НСГ, КТ, ГМ.
8. Субарахноидальное кровоизлияние (САК). Для него характерно начало с интенсивной головной боли, наличие выраженного менингеального синдрома. Значительно реже, чем при кровоизлиянии в мозг, наблюдается очаговая симптоматика и угнетение сознания. Диагностика на основании данных нейровизуализации и ангиографии.
Травматическая субдуральная или эпидуральная гематома. Травма головы в анамнезе, наличие следов травмы на голове при осмотре В типичном случае при острых травматических гематомах наблюдается кома (сопор) с анизокорией и контралатеральным гемипарезом. Точная диагностика возможна при КТ (компьютерной томографии) или МРТ (магнитно резонансной томографии) головного мозга.
Остро проявляющаяся опухоль мозга, кровоизлияние в опухоль мозга. При диагностике важна оценка анамнеза, данные эхоэнцефалоскопии (смещение срединных структур). Наиболее точная диагностика с помощью КТ, МРТ.
Абсцесс головного мозга. В анамнезе: наличие гнойного очага в полости носа, носоглотке, придаточных пазухах носа, внутреннего уха, постепенное развитие симптоматики, гипертермия до появления очаговой симптоматики, данные эхоэнцефалоскопии, КТ, МРТ.
9. Посиндромное лечение. В случае прогрессирования гидроцефалии – вентрикулосубгалеальное шунтирование.
10. Да. 15 мл/кг массы, скорость трансфузии эрмассы 1-2 мл/кг/час. Индивидуальный подбор донора.

Ролевая игра
1 Тема: «Общение родителей ребенка с экстремально низкой массой тела с неонатологом»
2 Концепция игры: Создается ситуация, в которой родители пришли узнать о состоянии своего ребенка у лечащего врача неонатолога, мальчика, родившегося с массой 900 г на сроке 28 недель, ребенку 14 дней, находится в ОРиИТ. Задача родителей задать как можно больше вопросов о ребенке, задача неонатолога тактично ответить на все вопросы родителей.
3 Роли:
- Мать ребенка с ЭНМТ
- Отец ребенка с ЭНМТ
- Неонатолог

4 Ожидаемый (е) результат (ы): Закрепление знаний по теме «Выхаживание новорожденных высокого риска».

Критерии оценки:
оценка **«отлично»** «зачтено» выставляется обучающемуся, если роль полностью раскрывает сущность ситуации, которая задана;
оценка **«хорошо»** «зачтено» - если роль полностью раскрывает сущность ситуации, которая задана, но имеются незначительные неточности;
оценка **«удовлетворительно»** «зачтено» - если роль, которая задана, сущность ситуации, раскрывают не полностью, допущены ошибки;
оценка **«неудовлетворительно»** «не зачтено» - если роль которая задана, не раскрывает сущность ситуации, обучающийся имеет фрагментарные представления о заданной патологии.

Тема: Бронхолегочная дисплазия

Перечень вопросов для собеседования

1. БЛД. Терминология.
2. Эпидемиология БЛД
3. Этиология БЛД
4. Предрасполагающие факторы БЛД
5. Современные представления о патогенезе БЛД. Клинические проявления БЛД
6. Диагностические критерии БЛД
7. Критерии степени тяжести БЛД
8. Патоморфологическая классификация БЛД. Принципы лечения БЛД
9. Бронхолитики в лечении БЛД.
10. Противовоспалительная терапия БЛД.
11. Профилактика БЛД.
12. Прогноз при БЛД. Диспансеризация при БЛД.

Тестовые задания

1.К диагностическим критериям бронхолегочной дисплазии (БЛД) не относится:

a) искусственная вентиляция легких (ИВЛ) на первой неделе жизни и/или респираторная терапия с постоянным положительным давлением в дыхательных путях через носовые катетеры (NCPAP) и другая
b) терапия кислородом более 21% (FiO2>21%) в возрасте 28 дней и старше
c) двухсторонние симметричные очаговые тени при рентгенографическом исследовании легких
d) дыхательная недостаточность, бронхообструктивный синдром в возрасте 28 дней и старше
e) интерстициальный отек, чередующийся с участками повышенной прозрачности легочной ткани, фиброз, лентообразные уплотнения при ретгенографическом исследовании легких

2.Тяжесть и прогноз БЛД определяют на основании (выбрать наиболее правильный ответ):

a) степени кислородозависимости, оцененной в 36 недель постконцептуального возраста (ПКВ) у детей, родившихся с гестационным возрастом менее 32 недель, на 56 день жизни у детей с гестационным возрастом более 32 недель или при выписке, если она наступит раньше
b) оценки длительности ИВЛ с жесткими параметрами и степени кислородозависимости, оцененной в 28 недель постнатального возраста и старше
c) степени кислородозависимости, оцененной в 38 недель ПКВ у детей, родившихся с гестационным возрастом менее 30 недель, на 48 день жизни у детей с гестационным возрастом более 30 недель или при выписке, если она наступит раньше
d) оценки длительности ИВЛ с жесткими параметрами и степени кислородозависимости, оцененной в 28 недель постнатального возраста и старше
e) оценки длительности ИВЛ с жесткими параметрами степени кислородозависимости, оцененной в 36 недель ПКВ у детей, родившихся с гестационным возрастом менее 32 недель

3.Легкую степень БЛД у детей, родившихся с гестационным возрастом менее 32 недель диагностируют:

a) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде менее 30% в 36 недель ПКВ или при выписке
b) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, дыхание комнатным воздухом в 36 недель ПКВ или при выписке
c) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде более 30% и/или респираторная поддержка в 36 недель ПКВ или при выписке
d) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде более 40% и ИВЛ с жесткими параметрами в 36 недель ПКВ или при выписке

4.Средней степени тяжести БЛД у детей, родившихся с гестационным возрастом менее 32 недель диагностируют:

a) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, дыхание комнатным воздухом

в 36 недель ПКВ или при выписке

b) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде более 30% и/или респираторная поддержка в 36 недель ПКВ или при выписке
c) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде менее 30% в 36 недель ПКВ или при выписке
d) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде более 40% и ИВЛ с жесткими параметрами в 36 недель ПКВ или при выписке

5.Тяжелую степень БЛД у детей, родившихся с гестационным возрастом менее 32 недель, диагностируют:

a) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, дыхание комнатным воздухом в 36 недель ПКВ или при выписке
b) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде менее 30% в 36 недель ПКВ или при выписке
c) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде более 30% и/или респираторная поддержка в 36 недель ПКВ или при выписке
d) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде более 40% и ИВЛ с жесткими параметрами в 36 недель ПКВ или при выписке

6.Легкую степень БЛД у детей, родившихся с гестационным возрастом более 32 недель, диагностируют:

a) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде более 40% и ИВЛ с жесткими параметрами в 36 недель ПКВ или при выписке
b) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, дыхание комнатным воздухом на 56 день или при выписке
c) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде менее 30% на 56 день жизни или при выписке
d) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде более 30%, и/или респираторная поддержка на 56 день жизни или при выписке

7.Средней степени тяжести БЛД у детей, родившихся с гестационным возрастом более 32 недель, диагностируют:

a) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде более 30% и/или респираторная поддержка на 56 день жизни или при выписке
b) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде более 40% и ИВЛ с жесткими параметрами в 36 недель ПКВ или при выписке
c) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, дыхание комнатным воздухом на 56 день или при выписке
d) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде менее 30% на 56 день жизни или при выписке

8.Тяжелую степень БЛД у детей, родившихся с гестационным возрастом более 32 недель, диагностируют:

a) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, дыхание комнатным воздухом на 56 день или при выписке
b) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде более 40% и ИВЛ с жесткими параметрами в 36 недель ПКВ или при выписке
c) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде менее 30% на 56 день жизни или при выписке
d) Терапия кислородом более 21% в течение 28 суток и более, потребность в кислороде более 30% и/или респираторная поддержка на 56 день жизни или при выписке

9.Выделяют следующие клинические формы БЛД:

1. Классическая форма БЛД недоношенных
2. Персистирующая БЛД недоношенных
3. Новая форма БЛД недоношенных
4. Острая форма БЛД доношенных
5. БЛД доношенных

a) 1, 2, 3
b) 1, 3, 5
c) 3, 4, 5

d) 2, 3, 4

10.Для пассивной профилактики респираторно-синтициальной инфекции у детей с БЛД используется:

a) инфликсимаб
b) рекомбинантный человеческий интерферон альфа-2b парентерально
c) индукторы интерфероногенеза внутрь
d) паливизумаб
e) рекомбинантный человеческий интерферон альфа-2b ректально

Эталоны ответов к тестам

1. c
2. a
3. b
4. c
5. c
6. b
7. d
8. d
9. b
10. d

Ситуационная задача

Новорожденный мальчик, от женщины 27 лет, 4 беременности протекавшей с угрозой прерывания беременности, первые три беременности закончились выкидышами на ранних сроках, ToRCH негативна, наблюдалась с 12 недель, матка в тонусе всю беременность. Гестационный срок 26 недель. Роды проведены путем кесарева сечения по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. После проведения начальных мероприятий данные оценки следующие: кожные покровы тотально цианотичные, самостоятельное дыхание отсутствует, частота сердечных сокращений 180 ударов в минуту, атония, адинамия, арефлексия.

I. Какие дальнейшие решения из перечисленных ниже следует принять при оказании помощи данному новорожденному ребенку (выбрать один правильный ответ):

- Приложить к груди[-20]
- Провести первичный осмотр [-20]
- Определить группу крови ребенка [-20]
- Провести прямую ларингоскопию и интубацию трахеи с последующей санацией [6]
- Провести катетеризацию пупочной вены и начать введение физраствора в дозе 10 мл/кг в течении 5 минут [-2]
- Провести ИВЛ мешком типа Penlon и лицевой маской - сделать 5 вдохов (каждый 2-3 секунды по длительности), далее провести повторную оценку [10]
- Провести прямую ларингоскопию и интубацию трахеи под контролем ЧСС, после чего ИВЛ мешком типа Penlon до стабилизации состояния, после стабилизации гемодинамики и при отсутствии гипоксемии ввести куросурф в трахею по технологии INSURE, установить назальные канюли и при наличии самостоятельного дыхания экстубировать ребенка оставив его на системе CPAP [20]
- Сделать очистительную клизму [-40]
- Провести оценку по Даунс [-20]
- Ввести зонд в желудок, взять содержимое желудка на пробу Клеменса. Провести ИВЛ мешком типа Penlon чистым килородом и лицевой маской в сочетании с закрытым массажем грудной клетки в соотношении 1:3 в течении 30 секунд [1]
- Положить ребенка в кувез, установить температурные датчики один на середину расстояния между пупком и лобком, второй на стопы, установить температуру в кувезе 36,6, влажность 60%, подать в кувез кислородовоздушную смесь с концентрацией кислорода не более 40% и температурой 37 градусов [-15]

- Провести оценку по Сильверман [-20]
- Провести катетеризацию пупочной вены и начать введение насыщающей дозы аминофиллина [-1]
- Провести катетеризацию пупочной вены и ввести налоксон [-5]
- Сначала провести ИВЛ мешком типа Penlon и лицевой маской - сделать 5 вдохов (каждый 2-3 секунды по длительности), далее провести повторную оценку и при наличии розовых кожных покровов, ЧСС выше 100, провести катетеризацию пупочной вены и ввести морфий, далее провести прямую ларингоскопию и интубацию трахеи под контролем ЧСС, после чего ИВЛ мешком типа Penlon до стабилизации состояния, после стабилизации гемодинамики при отсутствии гипоксемии ввести куросурф в трахею по технологии INSURE, установить назальные канюли, после чего ввести налоксон и насыщающую дозу аминофиллина, и при наличии самостоятельного дыхания экстубировать ребенка оставив его на системе CPAP [18]
- Провести первую оценку по Апгар [-20]

II. В случае если при проведении ларингоскопии ЧСС окажется ниже 100 ударов в минуту но выше 60, какое действие из перечисленных ниже следует предпринять (выбрать один правильный ответ)

- Прекратить ларингоскопию и провести тактильную стимуляцию жизненно важных функций [2]
- Прекратить ларингоскопию и провести ИВЛ мешком типа Penlon и маской с чистым кислородом, подогретым и увлажненным через систему Fisher & Piker - сделать 5 вдохов (каждый 2-3 секунды по длительности), далее провести повторную оценку [20]
- Продолжить ларингоскопию и быстрее заинтубировать ребенка, после чего провести средечнолегочную реанимацию в объеме, зависящем от ЧСС [18]
- Прекратить ларингоскопию и дать подышать маской с чистым кислородом, подогретым и увлажненным через систему Fisher & Piker до восстановления ЧСС выше 100 ударов, а при необходимости провести тактильную стимуляцию жизненно важных органов (в случае если через 30 секунд после дачи кислорода эффекта не будет), далее насытить легкие кислородом еще в течение 5 минут и после этого провести повторную ларингоскопию и интубацию трахеи с выполнением мероприятий технологии INSURE [10]
- Прекратить ларингоскопию и провести ИВЛ мешком типа Penlon чистым килородом и лицевой маской в сочетании с закрытым массажем грудной клетки в соотношении 1:3 в течении 30 секунд [5]
- Прекратить ларингоскопию и дать подышать маской с чистым кислородом, подогретым и увлажненным через систему Fisher & Piker до восстановления ЧСС выше 100 ударов, далее оценить ребенка по Апгар через 1 и через 5 минут после рождения, провести первичный осмотр и первичную обработку новорожденного, проветси пробу Клеменса, определить группу крови, произвести забор пуповинной крови на биохимические исследования, перевести ребенка в ПРИТ, где и продолжить дальнейшее лечение [1]
- Измерить артериальное давление [-5]
- Провести пробу Ортолани и Барлоу[-20]
- Провести реакцию Клэйхауэра-Бетке [-20]
- Прекратить ларингоскопию и дать подышать маской с чистым кислородом, подогретым и увлажненным через систему Fisher & Piker и обязательно провести тактильную стимуляцию жизненно важных органов, до восстановления ЧСС выше 100 ударов, далее насытить легкие кислородом еще в течение 5 минут и после этого провести повторную ларингоскопию и интубацию трахеи с выполнением мероприятий технологии INSURE [12]
- Прекратить ларингоскопию и дать подышать маской с чистым кислородом, подогретым и увлажненным через систему Fisher & Piker и провести тактильную стимуляцию, до восстановления ЧСС выше 100 ударов, далее немедленно перевести ребенка в ПРИТ, где продолжить дальнейшее оказание помощи [4]
- В случае если при проведении ларингоскопии ЧСС окажется ниже 60 минуту, какое

решение следует принять? (выбрать один правильный ответ)

- Прекратить ларингоскопию и дать подышать маской с чистым кислородом, подогретым и увлажненным через систему Fisher & Piker и провести тактильную стимуляцию, до восстановления ЧСС выше 100 ударов, далее немедленно перевести ребенка в ПРИТ, где продолжить дальнейшее оказание помощи [0]
- Прекратить ларингоскопию и провести ИВЛ мешком типа Penlon и маской с чистым кислородом, подогретым и увлажненным через систему Fisher & Piker - сделать 5 вдохов (каждый 2-3 секунды по длительности), далее провести повторную оценку [0]
- Измерить артериальное давление[-20]
- Провести пробу Ортолани и Барлоу[-20]
- Провести реакцию Клэйхауэра-Бетке[-20]
- Провести тест Апта[-20]
- Провести оценку по Сильверман[-20]
- Прекратить ларингоскопию и провести ИВЛ мешком типа Penlon чистым килородом и лицевой маской в сочетании с закрытым массажем грудной клетки в соотношении 1:3 в течении 30 секунд [20]
- Провести пробу Кумбса
- Ввести адреналин в пупочную вену [12]
- Начать инфузию дофамина в дозе 10 мкг/кг в минуту [9]
- Провести катетеризацию пупочной вены и начать введение физраствора в дозе 15 мл/кг в течении 5 минут [5]
- Провести катетеризацию пупочной вены и начать введение 3% раствора соды в дозе 4 мл/кг со скоростью 1 мл в минуту через шприцевой насос или инфузомат [5]
- Провести катетеризацию пупочной вены и начать введение альбумина [-10]
- Провести прямое переливание крови [-20]
- Провести изоволемическое ОЗПК [-20]
- Что следует предпринять пока проводится ИВЛ -закрытый массаж грудной клетки в соотношении 1:3 по поводу брадикардии до истечения 30 секунд с момента обнаружения брадикардии? (выбрать один правильный ответ)
- Транскраниальную гипотермию [-40]
- Введение 40% раствора глюкозы [-8]
- Введение желудочного зонда [-5]
- Введение мочевого катетера [-10]
- Установить датчик пульсоксиметра [15]
- Провести тактильную стимуляцию [8]
- Установить пупочный катетер [20]
- Поготовить дефибриллятор [0]
- Подготовить аппарат ИВЛ [0]
- Провести очистительную клизму [-20]

III. Если после 30 секунд закрытого массажа грудной клетки в сочетании с ИВЛ в соотношении ИВЛ: надавливания на грудину 1:3 ЧСС остается ниже 60 ударов в минуту, ваши действия?

- Введение атропина [0]
- Введение 10% хлористого кальция в дозе 0,2 мл/кг [1]
- Введение 4,2% раствора соды в дозе 4 мл/кг со скоростью 1 мл/минуту [2]
- Введение циклоферона [-40]
- Введение норадреналина [-20]
- Введение хлористого калия [-40]
- 7.Введение адреналина 0,1% в дозе 0,1мл/ кг [-5]
- Введение адреналина 0,01% в дозе 0,1 мл/ кг [20]
- 9.Введение адреналина 2,5% в дозе 0,1 мл/кг [-20]
- Введение 10% раствора новокаинамида в дозе 3 мг/кг [-20]
- Введение седуксена в дозе 0,05 мг/кг [-20]
- Введение эуфиллина 2,4% в дозе 5 мг/кг [0]

IV. Если после экстубации у ребенка находящегося на назальном CPAP, после введения

куросурсфа по технологии INSURE вы наблюдаете периодическое апноэ, каковы ваши действия? (выбрать один правильный ответ)

- Отключить ребенка от системы назального CPAP и перевести на инвазивную ИВЛ в режиме Pressure SIMV [0]
- Отключить ребенка от системы назального CPAP и перевести на инвазивную ИВЛ в режиме Pressure A/C [-2]
- Отключить ребенка от системы назального CPAP и перевести на инвазивную ИВЛ в режиме TCPL [-2]
- Назначить аминофиллин в дозе насыщения и расписать поддерживающую дозу на последующие сутки [20]
- Назначить кофеин в дозе насыщения и расписать поддерживающую дозу на последующие сутки [20]
- Начать инотропную поддержку [15]
- Назначить антибиотики [5]
- Провести рентгенографию грудной клетки [3]

Эталон ответа к задаче

Максимальное количество баллов 120
Минимальное – 80
Интерпретация:
120 – Вы отлично справились с задачей, можете самостоятельно работать в родзале, операционной роддома, на втором этапе выхаживания.
От 100-120 – У Вас хорошие знания, но Вы еще не можете их рационально и творчески использовать в клинической практике, можете оказывать помощь в родзале доношенным новорожденным детям при неосложненных родах, в остальных случаях лучше оказывать помощь совместно с более опытным коллегой.
80 – 100 – У Вас неплохой багаж знаний, но самостоятельно ходить на роды еще рановато, пока только наблюдать за работой опытных коллег и учиться у них.
Ниже 80 – Не отчаивайтесь, терпение и труд в скором времени позволят Вам стать настоящим профессионалом.

Обзор по разделу «Неонатология»

Вопросы для собеседования

1. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных. Определение. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
2. Геморрагическая болезнь новорожденных. Определение. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
3. Наследственные коагулопатии у новорожденных. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии новорожденных. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
4. ДВСК-синдром у новорожденных. Определение. Этиология, патогенез, особенности ДВСК у новорожденных. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения ДВСК-синдрома у новорожденных.
5. Сепсис. Терминология. Эпидемиология. Этиология неонатального сепсиса, факторы риска. Патогенез неонатального сепсиса. Классификация неонатального сепсиса.
6. Клинические проявления неонтального сепсиса. Диагностика неонатльного сепсиса. Дифференциальный диагноз неонатальнго сепсиса. Лечение неонатльного сепсиса. Выхаживание новорожденных с сепсисом. Профилактика неонатального сепсиса.
7. Рвота. Срыгивания. Терминология. Особенности ЖКТ новорожденных, предрасполагающих к срыгиваниям и рвоте. Функциональная рвота. Гастроэзофагеальный

рефлюкс, дуоденогастральный рефлюкс. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.

8. Пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика.
9. Язвенно-некротический энтероколит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
10. Вторичная рвота у новорожденных. Рвота и срыгивания как проявление синдрома внутричерепной гипертензии (менингит, внутричерепное кровоизлияние). Этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
11. Вторичная рвота у новорожденных. Рвота и срыгивания как проявление врожденных дефектов метаболизма (первичная лактазная недостаточность, галактоземия). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
12. Желтухи новорожденных. Терминология. Классификация. Физиологическая желтуха. Этиопатогенез. Клиника. Тактика. Диагностические критерии патологической желтухи.
13. Патологические желтухи с непрямой гипербилирубинемией. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение непрямой гипербилирубинемии. Показания для фототерапии и обменно-заменного переливания крови.
14. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиопатогенез. Клиника, классификация, диагностика, лечение, профилактика.
15. Патологические желтухи с прямой гипербилирубинемией. Классификация, диагностика, дифференциальный диагноз.
16. Неонатальные гепатиты. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
17. Атрезия желчевыводящих путей. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клиника, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
18. Врожденный гипотиреоз. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Врожденный гипотиреоз. Лечение. Профилактика.
19. Транзиторный неонатальный гипотиреоз. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
20. Неонатальный тиреотоксикоз. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
21. Ненатальный сахарный диабет. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
22. Диабетическая фетопатия. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, неотложная помощь.
23. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
24. Неонатальный скрининг в РФ. Нозологии, принцип, диагностические лабораторные критерии. Ложноположительные и ложноотрицательные результаты. Тактика.
25. Современные подходы к первичной неонатальной реанимации. Особенности первичной неонатальной реанимации в зависимости от срока гестации.
26. Потребность новорожденных в жидкости, калориях, белках, жирах, углеводах. Особенности энтерального питания новорожденных в зависимости от срока гестации, тяжести состояния. Способы расчета парентерального питания, препараты парентерального питания.
27. Способы создания оптимального температурного режима для глубоконедоношенных новорожденных. Обеспечение оптимального уровня влажности. Защита от световых, шумовых, болевых раздражителей. Общение глубоконедоношенных детей с родителями в условиях пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии, важность обеспечения контакта с матерью.
28. Бронхолегочная дисплазия (БЛД). Терминология. Эпидемиология. Этиология, предрасполагающие факторы. Современные представления о патогенезе БЛД.
29. Бронхолегочная дисплазия (БЛД). Клинические проявления БЛД. Диагностические критерии. Критерии степени тяжести БЛД. Патоморфологическая классификация БЛД.
30. Принципы лечения БЛД. Бронхолитики, противовоспалительная терапия БЛД. Диетотерапия, оксигенотерапия. Профилактика БЛД. Прогноз и диспансеризация при БЛД.

Тема: Особенности ЭКГ у детей

Перечень вопросов для собеседования

1. Определение и электрофизиологические основы метода электрокардиографии.
2. Отведения ЭКГ, их значение. Треугольник Эйтховена.
3. Основные параметры ЭКГ: значение зубцов и интервалов.
4. Понятие о синусовом ритме, признаки синусового ритма.
5. Методика подсчета ЧСС.
6. Определение электрической оси сердца, интерпретация.
7. Определение и оценка интервала QT.
8. Основные особенности электрокардиограммы здоровых детей, связь с анатомо-физиологическими особенностями.
9. Особенности ЭКГ новорожденных, детей раннего возраста, подростков.

Практическая работа. Каждый студент получает ЭКГ ребенка старшего и раннего возраста, проводит самостоятельное описание. Комплект ЭКГ прилагается.

Задание для самостоятельной работы

1. Провести описание ЭКГ ребенка старшего возраста (7-14 лет) и ребенка раннего возраста (до 3 лет) в соответствии с предложенным протоколом.
2. Сформировать электрокардиографическое заключение.
3. Оформить протокол описания по предложенной схеме и сдать преподавателю

- Зубец Р – амплитуда, продолжительность, изменения формы.
- Интервал PQ – продолжительность.
- Комплекс QRS – продолжительность, изменение формы, расщепление, зазубренность, амплитуда зубцов, соотношение в различных отведениях. Переходная зона в грудных отведениях.
- Интервал ST – смещение выше, ниже изолинии, в каких отведениях.
- Зубец Т – обычный, повышен, снижен, отрицательный, в каких отведениях, изменение формы.
- Интервал QT – измеренная продолжительность (табличное значение).
- Интервал RR – продолжительность, ЧСС – в минуту.
- Угол α – в градусах по таблице.

Заключение:

- Оценка ЭОС.
- Оценка ритма (синусовый, эктопический, тахи-брадикардия, регулярность).
- Нарушения ритма и проводимости сердца.
- Гипертрофии миокарда.
- Нарушения процесса реполяризации.

Тема: Нарушения ритма сердца

Перечень вопросов для собеседования

1. Этиология и механизмы развития нарушений сердечного ритма.
2. Классификация нарушений ритма сердца.
3. Методы обследования детей с нарушениями сердечного ритма.
4. Клинические и ЭКГ признаки номотопных нарушений сердечного ритма, миграции водителя ритма, экстрасистолии, пароксизмальной тахикардии, мерцания и трепетания предсердий.
5. Методы лечения нарушений сердечного ритма.

Тестовые задания для самоконтроля находятся на образовательном портале.

Практическое задание

Каждый студент получает две электрокардиограммы детей с нарушениями сердечного ритма. Комплект ЭКГ прилагается.

образец оформления отчета о самостоятельной работе

ФИО студента, группа
ФИО ребенка, возраст

1. Зубец Р – амплитуда, продолжительность, изменения формы.
2. Интервал PQ – продолжительность.
3. Комплекс QRS – продолжительность, изменение формы, расщепление, зазубренность, амплитуда зубцов, соотношение в различных отведениях. Переходная зона в грудных отведениях.
4. Интервал ST – смещение выше, ниже изолинии, в каких отведениях.
5. Зубец Т – обычный, повышен, снижен, отрицательный, в каких отведениях, изменение формы.
6. Интервал QT – измеренная продолжительность (табличное значение).
7. Интервал RR – продолжительность, ЧСС – в минуту.
8. Угол α – в градусах по таблице.

Заключение:

- Оценка ЭОС.
- Оценка ритма (синусовый, эктопический, тахи-брадикардия, регулярность).
- Нарушения ритма и проводимости сердца.
- Гипертрофии миокарда.
- Нарушения процесса реполяризации.

Ситуационная задача

При диспансерном осмотре школьным врачом у девочки 11 лет выявлена экстрасистолия. Пациентка жалоб не предъявляет, давность возникновения аритмии неизвестна.

Из анамнеза: девочка родилась в срок от первой, протекавшей с токсикозом беременности, быстрых родов, массой 3300 г, длиной 52 см. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. До трехлетнего возраста часто болела ОРВИ. Кардиологом не наблюдалась. Учится в двух школах: музыкальной и общеобразовательной.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - III ребро, левая - на 0,5 см кнутри от средне-ключичной линии. При аускультации тоны сердца слегка приглушены, в положении лежа выслушивается 6-7 экстрасистол в минуту. В положении стоя тоны сердца ритмичные, экстрасистолы не выслушиваются, при проведении пробы с физической нагрузкой (десять приседаний) количество экстрасистол уменьшилось до 1 в минуту. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Симптомы Кера, Ортнера слабо положительные. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Hb- 120 г/л, Лейк - 7,0х10^9/л, п/я - 5%, с - 60%, л - 31%, м - 4%,

СОЭ - 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 40 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 35 ЕД/л (норма - до 40), СРВ - отрицательный.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 64 уд/мин, горизонтальное положение электрической оси сердца. Суправентрикулярные экстрасистолы. Высокий зубец Т в грудных отведениях. В положении стоя экстрасистолы не зарегистрированы.

ЭхоКГ: полости, толщина, экскурсия стенок не изменены. Пролапс митрального клапана 1 степени без регургитации. Фракция выброса 64%.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Каков механизм развития аритмии у данной больной?
3. Какие еще обследования необходимо провести данной больной?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Какова тактика лечения больной?
6. С какими специалистами желательно проконсультировать больную?
7. Какие дополнительные исследования нужно провести в данном случае?
8. Как Вы относитесь к назначению антиаритмических препаратов в данном случае?
9. Каков прогноз заболевания?
10. Что такое пролапс митрального клапана?

Эталон ответа к задаче

1. Функциональная суправентрикулярная экстрасистолия, пролапс митрального клапана. Сопутствующий – дискинезия желчевыводящих путей.
2. Нарушение вегетативной регуляции.
3. Мониторирование ЭКГ, КИГ, клино-ортостатическая проба, проба с дозированной физ. нагрузкой, фарм. пробы (атропин, обзидан). УЗИ печени. Консультация невропатолога.
4. Другие виды аритмий, тиреотоксикоз, органические кардиопатии.
5. Функциональные экстрасистолы специальной терапии как правило, не требуют. Санация хронических очагов. Физиотерапия: переменное магнитное поле, синусоидальные модулированные токи, электротранквилизация. Рефлексотерапия, массаж, психо- и гидротерапия, мануальная терапия и т.д. Снятие: оротат калия, панангин, аспаркам. Анаприлин (обзидан) 1-2 мг/кг.
6. Невропатолог, эндокринолог, гастроэнтеролог, стоматолог, оториноларинголог, гомеопат.
7. Клино-ортостатическая проба, проба с дозированной нагрузкой, фармакологические пробы (атропин, обзидан).
8. Мониторирование ЭКГ, КИГ, УЗИ печени.
9. Поскольку аритмия носит функциональный характер, то нет необходимости в назначении антиаритмических препаратов.
10. Прогноз благоприятный (т.к. функциональные заболевания у детей поддаются коррекции).
11. Патология створок МК или хорд, выражающаяся в пролабировании створки, (чаще задней) во время систолы и появлении регургитации определённой степени. Не прогрессирует, фактор риска по инфекционному эндокардиту.
12. Диспансерное наблюдение у кардиоревматолога не менее 2 лет с регулярным проведением ЭХО-исследований, что позволяет коррегировать терапию. Необходимость охранительного режима рассматривается индивидуально в зависимости от формы аритмии. Необходимо наблюдение гастроэнтерологом.

Тема: Нарушения проводимости сердца

Перечень вопросов для собеседования

1. Строение проводящей системы сердца.
2. Этиология и механизмы развития нарушений проводимости сердца.
3. Классификация нарушений проводимости сердца у детей.
4. Методы обследования детей с нарушениями проводимости сердца.
5. Клинические и ЭКГ признаки атриовентрикулярных и внутрижелудочковых блокад, синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта, синдрома слабости синусового узла.
6. Методы лечения нарушений проводимости сердца.

Тестовые задания для самоконтроля находятся на образовательном портале.

Практическое задание

Каждый студент получает две электрокардиограммы детей с нарушениями проводимости сердца. Комплект ЭКГ прилагается.

образец оформления отчета о самостоятельной работе

ФИО студента, группа
ФИО ребенка, возраст

1. Зубец Р – амплитуда, продолжительность, изменения формы.
2. Интервал PQ – продолжительность.
3. Комплекс QRS – продолжительность, изменение формы, расщепление, зазубренность, амплитуда зубцов, соотношение в различных отведениях. Переходная зона в грудных отведениях.
4. Интервал ST – смещение выше, ниже изолинии, в каких отведениях.
5. Зубец Т – обычный, повышен, снижен, отрицательный, в каких отведениях, изменение формы.
6. Интервал QT – измеренная продолжительность (табличное значение).
7. Интервал RR – продолжительность, ЧСС – в минуту.
8. Угол α – в градусах по таблице.

Заключение:

- Оценка ЭОС.
- Оценка ритма (синусовый, эктопический, тахи-брадикардия, регулярность).
- Нарушения ритма и проводимости сердца.
- Гипертрофии миокарда.
- Нарушения процесса реполяризации.

Темы для реферативных сообщений

1. Синдром слабости синусового узла у детей.
2. Врожденные блокады сердца у детей.
3. Синдром удлиненуого интервала QT/

Образцы тестовых заданий по темам:
Нарушения ритма сердца. Нарушения проводимости сердца.

1. Интервал PQ на ЭКГ у ребенка школьного возраста равен:
   а. 0,16-0,18 с
   б. 0,18-0,20 с
   в. 0,20-0,22 с
2. Для синусового ритма характерно:
   а. зубец Р I, II, III – положительный
   б. зубец Р I, II – положительный, Р III – отрицательный
   в. зубец Р I – положительный, Р II, III – отрицательный
   г. зубец Р I - отрицательный , Р II – низкий, Р III –положительный
3. При миграции водителя ритма на ЭКГ отмечают:

а. изменение интервала PR
б. изменения амплитуды и полярности Р зубца
в. отсутствие зубца Р перед некоторыми комплексами QRS
г. все ответы правильные
д. правильного ответа нет

4. При вертикальном положении электрической оси угол альфа равен:
а. от 0 градусов до +39 градусов
б. от +40 градусов до +69 градусов
в. от +70 градусов до +90 градусов
г. от +91 градусов до +120 градусов
д. более 120 градусов

5. Переходная зона (амплитуда R=S) обычно соответствует:
а. отведениям V1-V2
б. отведениям V3-V4
в. отведениюV5
г. отведению V6

6. Для предсердной экстрасистолии характерно:
а. наличие уширенного комплекса QRS
б. наличие неполной компенсаторной паузы
в. наличие полной компенсаторной паузы
г. увеличение интервала PP

7. При трепетании предсердия возбуждаются с частотой около:
а. 100 в мин.;
б. 150 в мин.;
в. 200 в мин.;
г. 250 в мин.

8. Признаками феномена WPW являются:
а. укороченный интервал PQ
б. наличие волны дельта
в. расширение комплекса QRS
г. все перечисленное

9. Для АВ-блокады II степени по типу Мобитц II характерно:
а. постоянство интервала PQ
б. наличие паузы в возбуждении желудочков, продолжительностью в 2 нормальных PP интервала или кратная им
в. наличие выскальзывающих сокращений во время пауз в возбуждении желудочков
г. все ответы правильные

10. Наиболее характерным признаком блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса являются:
а. резкое отклонение электрической оси влево
б. отклонение электрической оси вправо
в. деформация комплекса QRS
г. расширение комлекса QRS > 0,10 с.
д. изменение конечной части желудочкового комплекса

11. На блокаду задней ветви левой ножки пучка Гиса с наибольшей вероятностью указывает угол альфа, равный:
а. 0 градусов
б. -15 градусам
в. +90 градусам
г. +120 градусам

12. Потенциалом покоя называют:
а. разность потенциалов между внутренней и наружной сторонами клеточной мембраны во время систолы
б. разность потенциалов между внутренней и наружной сторонами клеточной мембраны во время диастолы
в. разность потенциалов между двумя соседними клетками

13. Зубец R на ЭКГ соответствует
а. реполяризации желудочков

б. деполяризации предсердий
в. реполяризации предсердий
г. деполяризации желудочков

14. Укажите значение угла альфа, обозначающего нормальное положение электрической оси сердца:
а. от +30 гр. до +69 гр.
б. от +70 гр до +90 гр
в. от 0 гр. до + 29 гр.
г. от 0 гр. до + 90 гр.

15. Каковы критерии синусовой брадикардии для детей в возрасте от 0 до 3 лет
а. < 100 ударов в минуту
б. < 90 ударов в минуту
в. < 80 ударов в минуту

16. Для суправентрикулярной формы пароксизмальной тахикардии характерными ЭКГ-признаками являются:
а. ритм 130 в мин, регулярный, узкий комплекс QRS
б. ритм 160 в мин, регулярный, резко деформированный комплекс QRS
в. ритм 150 в мин, нерегулярный, узкий комплекс QRS
г. ритм более 180 в мин, регулярный, узкий комплекс QRS

17. Для желудочковой формы пароксизмальной тахикардии характерными ЭКГ- признакакми являются:
а. ритм 130 в мин, регулярный, узкий комплекс QRS
б. ритм 180 в мин, регулярный,узкий комплекс QRS
в. ритм 160 в мин регулярный, резко деформированный комплекс QRS
г. ритм 150 в мин, нерегулярный, узкий комплекс QRS

18. При отсутствии электрокадиографических данных с какого препарата следует начать купирование пароксизмальной тахикардии у ребенка
а. новокаинамид
б. обзидан
в. АТФ
г. финоптин (изоптин)

19. Критериями полной атриовентрикулярной блокады являются
а. независимое сокращение предсердий и желудочков
б. ритм предсердий более частый, чем желудочков
в. ритм желудочков более частый, чем предсердий
г. только а. и б.

20. При АВБ Мобитц I на ЭКГ отмечается:
а. удлинение АВпроведения с последующим выпадением желудочкового комплекса
б. удлинение АВпроведения без выпадения желудочкового комплекса
в. укорочение АВпроведения

Эталоны ответов к тестовым заданиям по темам: Нарушения ритма сердца. Нарушения проводимости сердца.

1. а
2. а
3. г
4. в
5. б
6. б
7. г
8. г
9. г
10. а
11. г
12. б
13. г

14. а
15. а
16. г
17. в
18. в
19. г
20. а

Тема: Миокардиты, кардиомиопатии, ХСН у детей

Перечень вопросов для собеседования

1. Миокардиты. Определение. Распространенность. Понятие о врожденных и приобретенных кардитах.
2. Этиология и патогенез миокардитов.
3. Классификация миокардитов по Белоконь Н.А. в модификации Ассоциации детских кардиологов России.
4. Особенности клиники врожденного и приобретенного миокардита.
5. Дифференциальный диагноз миокардитов.
6. Инструментальные методы исследования в диагностике заболеваний миокарда (ЭКГ, ЭХОКС, рентгенография сердца)
7. Лечение миокардитов. Исходы миокардитов. Диспансерное наблюдение.
8. Клиника, диагностика и лечение дилатационной кардиомиопатии.
9. Клиника, диагностика и лечение гипертрофической кардиомиопатии.
10. Клиника, диагностика и лечение рестриктивной кардиомиопатии.
11. Понятие о микардиодистрофии. Причины, диагностика, лечение.
12. Определение хронической сердечной недостаточности (ХСН), терминология.
13. Причины и патогенез сердечной недостаточности, понятие о первичных компенсаторных механизмах.
14. Классификация по Стражеско-Василенко, по Белоконь, функциональные классы. Проба с 6-минутной ходьбой.
15. Клиника ХСН по большому и малому кругу кровообращения. Диагностика ХСН.
16. Особенности режима и диеты при ХСН.
17. Принципы лечения сердечной недостаточности: Сердечные гликозиды. Ингибиторы АПФ. Диуретики. Беттаадреноблокаторы. Антагонисты рецепторов к альдостерону. Левосимендан. Допамин.
18. Прогноз. Диспансерное наблюдение.

Тестовые задания для самоконтроля находятся на образовательном портале.

Образцы тестовых заданий по теме: Миокардиты, кардиомиопатии у детей

Укажите один или несколько правильных ответов

1. Основными клиническими проявлениями миокардита являются:

а) тахикардия
б) расширение границ относительной сердечной тупости преимущественно влево
в) приглушение сердечных тонов
г) снижение вольтажа желудочкового комплекса на ЭКГ
д) грубый скребущий характер систолического шума вдоль левого края грудины
е) тахипноэ

2. Обязательными в плане обследования при остром миокарде являются:

а) электрокардиография
б) эхокардиография
в) рентгенография сердца
г) УЗИ брюшной полости

д) мониторирование АД

3. При неревматическом кардите на эхокардиограмме можно выявить:
а) увеличение полостей сердца
б) уменьшение полостей сердца
в) снижение фракции выброса
г) наличие вегетаций на клапанах

4. Лечение неревматического кардита включает:
а) антибактериальные препараты
б) глюкокортикостероиды
в) нестероидные противовоспалительные препараты
г) беттаадреноблокаторы
д) антагонисты кальция

5. Возможные исходы и осложнения неревматического кардита:
а) кардиосклероз
б) гипертрофия миокарда
в) снижение интеллекта
г) нарушение сердечного ритма
д) легочная гипертензия

6. Причиной врожденного кардита является:
а) внутриутробная инфекция
б) лекарственная терапия во время беременности
в) гипоксия плода
г) наследственность

7. Причины приобретенного неревматического кардита:
а) вирусная инфекция
б) аллергия
в) грибковая инфекция
г) наследственность
д) стрептококковая инфекция

8. Достоверный диагноз миокардита возможен при проведении:
а) сцинтиграфии миокарда
б) биопсии миокарда
в) эхокардиграфии
г) электрокардиографии
д) суточном мониторировании ЭКГ

9. Для гипертрофической кардиомиопатии на ЭХО КГ характерно:
а) увеличение толщины межжелудочковой перегородки
б) увеличение полости левого желудочка
в) снижение фракции выброса
г) вегетации на аортальном клапане
л)легочная гипертензия

10. Для дилятационной кардиомиопатии на ЭХО КГ характерно:
а) увеличение толщины межжелудочковой перегородки
б) увеличение полости левого желудочка
в) снижение фракции выброса
г) вегетации на аортальном клапане
л) легочная гипертензия

Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме: Миокардиты, кардиомиопатии у детей

1. а, б, в, г
2. а, б, в
3. а, в
4. а, б, в
5. а, б, г
6. а
7. а, б, в
8. а, б
9. а
10. б, в

Ситуационные задачи

Задача № 1

Больной Р., 1 года 3 месяцев, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался 10 месяцев по возрасту. Ходит с 9 месяцев, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 месяцев перенес ОРВИ. Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, температура - 37,2-37,5°С в течение 2 дней.

С этого времени мальчик стал вялым, периодически отмечалась рвота, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Стал уставать «ходить ножками». Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: Hb - 100 г/л, лейкоциты – 6,4х10^9/л, п/я - 2%, с - 43%, э - 1%, б - 1%, м - 3%, л - 40%, СОЭ - 11 мм рт.ст. С диагнозом: «Железодефицитная анемия» ребенок госпитализирован. Накануне поступления состояние мальчика резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, выявлена гепатомегалия до +7 см из-под реберной дуги.

При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует, Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голенях - отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах - влажные хрипы. ЧД - 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС - 160 уд/мин. Печень +7 см по правой среднеключичной линии, селезенка +2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Общий анализ крови: Hb - 100 г/л, Лейк – 6,3 х 10^9/л, п/я - 2%, с -48%, э - 1%, б - 1%, л - 40%, м - 8%, СОЭ -10 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Задание

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?
2. Предположительно, какой этиологии данное заболевание?
3. Какие изменения могут быть на ЭКГ?
4. Назначьте лечение данному ребенку.
5. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
6. Какие показатели по данным эхокардиограммы могут быть изменены?
7. Какие вирусы тропны к миокарду?
8. Изменяются ли с возрастом ребенка границы относительной сердечной тупости? Если да, то как?
9. Показано ли назначение сердечных гликозидов, почему?
10. Какие диуретики Вы назначите больному и почему?

Задача № 2

Мальчик Ц., 1 года 2 месяцев, поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался в соответствии с возрастом, ходит

самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяцев перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней.

Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себя внимание бледность кожных покровов. Температура не повышалась. Участковым педиатром состояние расценено как проявление железодефицитной анемии, ребенок направлен на госпитализацию для обследования.

При поступлении состояние расценено как тяжелое, аппетит снижен, неактивен. Кожные покровы, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 минуту, в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально - небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно - верхушечный толчок разлитой, площадь его составляет примерно 8 $см^2$, перкуторно - границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II межреберье, аускультативно - ЧСС - 140 уд/мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке, на верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка +1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: НЬ - 11О г/л, Эр - 4,1х10^{12}/л, Лейк - 5,0х10^9/л, п/я - 2%, с - 56%, л - 40%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

ЭКГ: низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия до 140 в минуту, угол альфа составляет -5°. Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы Т в I, II, aVL,V5, V6 отведениях, RV5<RV6.

Рентгенография грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок усилен. КТИ - 60%.

ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция изгнания составляет 40%.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Оцените представленные результаты обследования.
3. Какие еще обследования хотели бы Вы провести ребенку?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения данного ребенка.
6. Какой биохимический показатель крови надо определить для подтверждения диагноза?
7. Возможен ли врожденный характер заболевания?
8. Каков морфологический субстрат заболевания?
9. Какими морфологическими изменениями объясняются нарушения на ЭКГ?
10. Составьте план « Д» наблюдения.

Эталоны ответов

Задача 1

1. Приобретенный миокардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, острое течение, ЛЖН II Б степени, ПЖН II Б степени.
2. Предположительно, заболевание вирусной этиологии.
3. ЭКГ: наиболее частыми признаками является снижение вольтажа комплексов QRS во всех отведениях, нарушения ритма и проводимости (синусовая тахи- и брадикардия, экстрасистолия, особенно политопная, пароксизмальная тахикардия, атриовентрикулярные блокады). Могут быть признаки перегрузки левого желудочка и предсердия, перегрузка правого желудочка, диффузные изменения миокарда – сглаженный или отрицательный зубец Т в стандартных или грудных отведениях. В ряде случаев возникают инфарктоподобные изменения на ЭКГ: глубокие зубцы Q в I, aVL, V5-V6 отведениях в сочетании с отрицательным зубцом Т и приподнятым сегментом ST, а также отсутствие увеличения зубца R в V1-V4.
4. Стационарный этап: ограничение двигательной активности 2-4 недели, продукты богатые солями калия. Преднизолон 0,7-1,5 мг/кг на 2-4 недели, затем НПВС.

Аспаркам или панангин 1/3 драже 2 раза. Дигоксин (0,01 мг/кг). Верошпирон 3-5 мг/кг, салуретики (лазикс).

5. УЗИ сердца и брюшной полости, мониторирование ЭКГ, рентген грудной клетки с определением КТИ, измерение АД, ФКГ, биохимический анализ крови (с определением $ЛДГ_1$ и $ЛДГ_2$, активности витаминно-оксалатной пероксидазы, активности КФК.
6. ЭХОКГ: дилатация полостей сердца, снижение сократительной способности миокарда, ↑ КДО, ↓ ФВ.
7. Вирусы: Коксаки, А, В, ECHO, гриппа, аденовирусы, парагрипп и др.
8. Изменяются: до 7 лет левая граница кнаружи от с/к линии, 7-12 лет по с/к линии, после 12 лет – кнутри от с/к линии.
9. Кардиотоническое действие. Улучшение работы миокарда при СН с уменьшением потребности в кислороде. Точки приложения: Na, K-АТФ-аза мембраны кардиомиоцитов вместе с Na/Ca – обменнииком; ионный кальциевый канал; саркоплазматический ретикулюм. Таким образом, снижается активность Na, K-зависимой АТФ-азы, в миокардиоците: ↑ Na^+, ↑ Ca^{2+}, ↓ K^+, ↑ актомиозина.
10. Рекомендуются калийсберегающие диуретики в связи с гипокалиемией – верошпирон, триампур (2-3 мг/кг). И лазикс для увеличения эффекта.

Задача № 2

1. Неревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, острое течение, ЛЖН II Б степени, ПЖН II Б степени.
2. Синдром недостаточности кровообращения: ЛЖН II Б степени, ПЖН II Б степени, одышка, кардиомегалия (увеличение обеих желудочков). ЭКГ – признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка, диффузные изменения миокарда. Рентген: признаки застоя в малом круге, ↑ КТИ. УЗИ: увеличение полости левого желудочка и предсердия, снижение ФВ.
3. УЗИ сердца и брюшной полости, мониторирование ЭКГ, рентген грудной клетки с определением КТИ, измерение АД, ФКГ, биохимический анализ крови (с определением $ЛДГ_1$ и $ЛДГ_2$, активности витаминно-оксалатной пероксидазы, активности КФК).
4. Аномальное отхождение левой коронарной артерии от лёгочной артерии (синдром Бланда-Уайта-Гарлянда). Врождённые пороки сердца. Ревматизм. Функциональные кардиопатии (экстракардиальные нарушения сердечного ритма, атриовентрикулярные блокады, ST-T изменения и др.). Миокардиодистрофия (инфекционное сердце). Кардиомиопатии. Фиброэластоз.
5. На фоне ОРВИ: увеличение мезентериальных л/у? На фоне кардита: увеличение печени с растяжением капсулы.
6. Стационарный этап: ограничение двигательной активности 2-4 недели, продукты богатые солями калия. Преднизолон 0,7-1,5 мг/кг на 2-4 недели. Аспаркам (1/3 драже) или панангин, трентал в возрастной дозировке. Дигоксин (доза насыщения 0,04-0,05 мг/кг даётся 2-3 дня). Верошпирон 3-5 мг/кг, сальуретики (лазикс). В амбулаторных условиях: рибоксин (2 мес), оротат калия, вит. В, ретаболил (не ранее 1,5-2 мес от начала заболевания).
7. Активность $ЛДГ_1$ и $ЛДГ_2$, активность витаминно-оксалатной пероксидазы, активность КФК.
8. Существует группа врождённых кардитов (с ней надо проводить дифференциальную диагностику). В данном случае кардит острый.
9. Макроизменения – кардиомегалия с увеличением массы сердца в 2-3 раза по сравнению с возрастной нормой, увеличение полостей сердца, в основном левого желудочка и левого предсердия, гипертрофия миокарда. Микроскопически – при остром течении миокардита преобладают процессы альтерации и экссудации с максимальной локализацией клеточной инфильтрации во внутренней трети миокарда.
10. АД в пределах нормы или слегка понижено (в зависимости от степени СН).
11. На способности УЗ отражаться от препятствия и передавать информацию о нём.
12. Гипертрофия миокарда. Очаговые изменения – из-за нарушений кровоснабжения при

воспалении. Отрицательный Т из-за распространения воспалительного процесса на интрамуральо-субэпикардиальные отделы миокарда, смещение RST выше изолинии указывает на развитие миоперикардита.

Написание синквейна

Для данной методики заранее заготавливаются карточки с словами – тема синквейна. Каждый студент пишет пятистрочный синквейн, где первая строка – одно слово - тема, вторая – два слова – определения к слову-теме, третья – три глагола, характеризующих тему, четвертая - около 4-х слов, означающих отношение студента к теме (либо крылатое выражение, раскрывающее тему), пятая строчка – резюме – одно-два слова.

Таким образом, чтобы справится с заданием, студенту необходимо не только хорошо знать тему практического занятия, но и уметь кратко излагать сложные идеи, резюмировать информацию, синтезировать материалы в кратких выражениях и представлять его в нескольких словах, наиболее точных, может быть, единственно верных.

Перечень тем синквейна:

15. сердечная недостаточность,
16. фракция выброса,
17. цианоз,
18. снижение диуреза,
19. отеки,
20. одышка,
21. тахикардия,
22. легочная гипертензия,
23. ангиотензинпревращающий фермент,
24. венозный застой,
25. влажные хрипы,
26. ингибиторы АПФ,
27. бетта-адреноблокаторы,
28. диуретики,
29. дигоксин,
30. допамин.

Обсуждение синквейнов в группе. Студенты дополняют, исправляют синквейны друг друга.

Тестовые задания для самоконтроля находятся на образовательном портале.

Образцы тестовых заданий по теме: «Хроническая сердечная недостаточность у детей»

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

1. При сердечной недостаточности возможно:

а) снижение тонуса периферических сосудов
б) снижение сократительной способности миокарда
в) повышение сократительной способности миокарда

2. Диастолическая перегрузка миокарда желудочков компенсаторно сопровождается:

а) тахикардией
б) гипертрофией миокарда
в) усилением систолы

3. Систолическая перегрузка миокарда желудочков компенсаторно сопровождается:

а) реализацией закона Франка-Старлинга
б) гипертрофией миокарда
в) тахикардией

4. Атриомегалия при сердечной недостаточности сопровождается появлением:

а) дополнительного третьего тона
б) дополнительного четвертого тона

5. Увеличение печени наиболее вероятно:
а) при сердечной недостаточности
б) при сосудистой недостаточности
в) при том и другом

6. Острая сосудистая недостаточность может сопровождаться:
а) влажным кашлем
б) влажными хрипами в легких
в) сухими хрипами в легких
г) падением артериального давления

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

7. Сердечная недостаточность может быть следствием:
а) инфекционного эндокардита
б) тяжелых нарушений сердечного ритма
в) врожденных пороков сердца
г) миокардита
д) заболеваний желудочно-кишечного тракта

8 Левожелудочковая сердечная недостаточность клинически характеризуется:
а) появлением влажных хрипов в легких
б) повышением артериального давления
в) увеличением размеров печени
г) появлением ритма «галопа»
д) тахикардией
е) тахипноэ

9 . Преобладающая по правожелудочковому типу сердечная недостаточность клинически характеризуется:
а) тахикардией
б) периферическими отеками
в) увеличением размеров печени
г) влажными хрипами в легких

10. Синдром сердечной недостаточности подтверждается изменением показателей:
а) рентгенографии сердца
б) эхокардиографии
в) ЭКГ
г) реоэнцефалографии

11. Для лечения синдрома сердечной недостаточности используют:
а) преднизолон
б) диуретики
в) антигистаминные препараты
г) ингибиторы АПФ
д) сердечные гликозиды
е) антибактериальные препараты

Эталоны ответов по теме: ХСН

1. **б**
2. **в**
3. **б**

4. **б**
5. **а**
6. **г**
7. **а,б,в,г**
8. **а,г,д,е**
9. **а,б,в**
10. **а,б,в**
11. **б,г,д**

Тема: Артериальная гипертензия. Синдром вегетативной дисфункции

Перечень вопросов для собеседования

1. Понятие о синдроме вегетативной дисфункции (СВД) у детей.
2. Причинные и провоцирующие факторы возникновения синдрома у детей. Особенности патогенеза СВД у детей.
3. Классификация СВД по Н.А.Белоконь. Клинические признаки СВД по ваготоническому и симпатикотоническому типу.
4. Инструментальная диагностика СВД: КИГ, КОП, ритмокардиограмма, ЭКГ, ЭХОКГ, ВСР, холтеровское мониторирование ЭКГ, лекарственные пробы и т.д.
5. Клиника и неотложная помощь при вегетативных кризах.
6. Лечение и профилактика СВД у детей.
7. Правила измерения и оценки артериального давления у детей. Центильные таблицы оценки АД.
8. Терминология. Понятие о первичной и вторичной артериальной гипертензии. Лабильная АГ.
9. Причинные и провоцирующие факторы возникновения АГ у детей. Особенности патогенеза АГ у детей.
10. Классификация АГ. Клинические признаки АГ.
11. Дифференциальный диагноз АГ. Причины вторичной АГ у детей разного возраста.
12. Диагностика АГ: ЭКГ, ЭХОКГ, ВСР, суточное мониторирование АД и т.д.
13. Клиника и неотложная помощь при гипертоническом кризе.
14. Лечение и профилактика АГ у детей.

Тестовые задания для самоконтроля находятся на образовательном портале.

Образцы тестовых заданий по теме: «Синдром вегетативной дисфункции»

Укажите один правильный ответ

1. Синдром вегетативной дисфункции чаще встречается в возрасте:

а. до 1 года
б. до 3-х лет
в. 3-7 лет
г. 7-10 лет
д. 11-14 лет

2. Для оценки исходного вегетативного тонуса используется:

а. ЭКГ
б. вариабельность сердечного ритма
в. велоэргометрия
г. клиноортостатическая проба
д. тредмил-тест

3. Для оценки вегетативного обеспечения деятельности используется:

а. ЭКГ
б. вариабельность сердечного ритма
в. велоэргометрия

г. клиноортостатическая проба
д. тредмил-тест

4. К кардиальным проявлениям синдрома вегетативной дистонии относятся:
а) гипотония
б) коронариты
в) кардиалгии
г) кардиомегалия

5. Кардиалгии чаще наблюдаются у детей с синдромом вегетативной дисфункции
а. по ваготоническому типу
б. по симпатикотоническому типу
в. по смешанному типу
г. при всех типах одинаково

6. Для вагоинсулярного криза характерно:
а. понижение АД
б. повышение АД
в. повышение температуры тела
г. сердцебиение

7. Симпатико-адреналовые кризы характеризуются признаками, кроме:
а. тахикардии
б. понижения температуры тела
в. повышения температуры тела
г. повышения АД
д. сердцебиения

8. Исчезновение аритмии при физической нагрузке является
а. неблагоприятным прогностическим признаком
б. фактором риска жизнеугрожающих аритмий
в. основанием для назначения обзидана
г. благоприятным прогностическим признаком

9. Для синкопальных состояний вегетативного генеза характерно
а. возникновение в воде
б. возникновение на фоне физической нагрузки
в. возникновение в душном помещении
г. возникновение на фоне эмоциональной нагрузки

10. Для кардиалгии вегетативного генеза характерно:
а. возникновение в воде
б. возникновение на фоне физической нагрузки
в. возникновение после физической нагрузки
г. возникновение во сне

11. Развитие вазо-вагального обморока можно объяснить
а. повышением холинэргической активности
б. недостаточным симпатическим обеспечением деятельности
в. дилатацией сосудов скелетных мышц
г. гиперчувствительностью каротидного синуса
д. сочетание а в
е. сочетание б г

12. Обморочные состояния у детей с синдромом вегетативной дисфункции обусловлены
а. вазо-вагальными реакциями
б. удлинением интервала QT

в. раздражением сино-каротидного синуса
г. паузами ритма

13. Гипервентиляционные нарушения (жалобы на чувство нехватки воздуха, «вздохи») характерны

а. для ваготонии
б. для симпатикотонии
в. для кардитов
г. для нарушений ритма сердца

14. Для лечения синдрома вегетативной дисфункции по ваготоническому типу используются

а. антибиотики
б. глюкокортикостероиды
в. церебропротекторы (ноотропные препараты)
г. препараты кальция, витамин B_6
д. все перечисленные
е. только в г

15. Для купирования симпато-адреналового криза показаны

а. но-шпа
б. обзидан
в. седуксен
г. амизил
д. только б в
е. только а г

16. При вегето-сосудистой дистонии по ваготоничекому типу показано физиотерапевтическое лечение

а. электрофорез по воротниковой методике с 5% раствором хлорида кальция
б. диатермия синокаротидной зоны
в. электросон с частотой импульсов 10 Гц

17. Для детей с ваготонической направленностью в регуляции сердца характерно

а. наличие III тона на верхушке в положении лежа
б. приглушенность I тона
в. пролапс митрального клапана
г. уменьшение размеров сердца
д. только а б
е. только в г

18. Признаком, указывающим на симпатикотонию, является:

а. белый дермографизм
б. красный дермографизм
в. повышенная потливость
г. повышенная сальность кожи

19. О ваготонии свидельствует:

а. сердцебиение
б. плохая переносимость душных помещений
в. плохая переносимость физических нагрузок
г. повышение АД

20. При функциональной ортостатической гипотонии во время проведения клино-ортостатической пробы отмечается:

а. повышение ЧСС
б. понижение ЧСС

в. ЧСС не меняется
г. Могут быть все перечисленные варианты

Эталоны

1. **д**
2. **б**
3. **г**
4. **в**
5. **а**
6. **а**
7. **б**
8. **г**
9. **в**
10. **б**
11. **д**
12. **а**
13. **а**
14. **е**
15. **д**
16. **а**
17. **д**
18. **а**
19. **б**
20. **а**

Ситуационная задача 1

Больной Г., 12 лет, был госпитализирован с жалобами на колющие боли в области сердца, продолжающиеся по 10-20 минут, а также приступы головных болей, возникающих в вечернее время с частотой 2-3 раза в месяц. Иногда приступ головных болей сопровождается рвотой, похолоданием конечностей, снижением артериального давления. Мальчик плохо переносит транспорт, душные помещения. За последнее время отмечает снижение аппетита, повышенную утомляемость, неустойчивое настроение. Имеющиеся жалобы появились около года назад после развода родителей. В школе часто вступает в конфликт с товарищами по классу и учителями.

Из анамнеза известно, что мальчик родился в срок от первой беременности, протекавшей с токсикозом. Продолжительность родов 2 часа, закричал сразу. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В школе учился хорошо, но за последнее время успеваемость несколько снизилась. Наблюдается по поводу хронического тонзиллита. Месяц назад перенес ангину с высокой температурой. Наследственность отягощена: мать страдает нейроциркуляторной дистонией, у отца - язвенная болезнь желудка, у бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь.

При осмотре активен, температура нормальная, задает много вопросов по поводу своего заболевания. Кожные покровы чистые, с наклонностью к покраснению, отмечается мраморность кожи, цианоз кистей при опущенных руках. На лице угревая сыпь. Выражен гипергидроз. Масса тела повышена. Пальпируются тонзиллярные и переднешейные лимфоузлы. Гипертрофия миндалин II степени, гиперемии в зеве нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 60 в минуту. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптомы Кера и Ортнера слабо положительны. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л, Эр - 3,0х10^{12}/л, Лейк - 7,8х$Ю^{9}$/л, п/я - 4%, с - 68%, э - 1%, л - 25%, м - 2%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1025, белок - abs, лейкоциты -1-2 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимические анализ крови: СРВ - +, АСЛ-О - 1:625, АСГ - 1:300, глюкоза - 3,5 ммоль/л, АЛТ- 40, АСТ - 35.

ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 60 уд/мин, электрическая ось сердца не отклонена. В положении стоя учащение ЧСС до 96 уд/ мин.

Задание

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования. Укажите, какие изменения Вы ожидаете получить.
3. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания?
4. Каковы принципы лечения данного заболевания?
5. Каков прогноз данного заболевания?
6. При каких заболеваниях у детей могут отмечаться жалобы на боли в груди?
7. Каков механизм боли в области сердца в данном случае?
8. Чем определяется тяжесть заболевания?
9. Какие специалисты должны наблюдать ребенка на участке?
10. Как изменяется артериальное давление с возрастом ребенка?

Задача N 2

Больная Д., 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с товарищами по школе. Приступы головной боли в последнее время отмечаются по несколько раз в месяц, проходят после анальгетиков или самостоятельно после отдыха.

Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально. Наблюдалась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери -
гипертоническая болезнь.

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, на коже лица угревая сыпь. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные, красный дермографизм. Пальпируются увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая -по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. Пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД 150/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: НЬ - 125 г/л, Эр - 4,6х$Ю^{12}$/л, Лейк - 5,1х$Ю^{9}$/л, п/я - 2%, с - 63%, э - 2%, л - 30%, м - 3%, СОЭ - 8 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1024, белок - abs, лейкоциты -2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимические анализ крови: общий белок - 73 г/л, альбумины -60%, глобулины: альфа] - 4%, $альфа_2$ - 9%, бета - 12%, гамма - 15%, серо-мукоид - 0,18 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина -4,5 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 96 уд/мин, вертикальное положение электрической оси сердца.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Какие еще обследования необходимо сделать?
3. Каким специалистам необходимо показать больную?
4. Какие факторы способствовали возникновению данного заболевания?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
6. Наметьте план лечения больной.
7. Показаны ли больной гипотензивные препараты?
8. Какие специалисты должны проводить наблюдение за ребенком на участке?

9. Каков прогноз данного заболевания?
10. Каков механизм клинических симптомов при данном заболевании?

Эталоны ответов

Задача 1

1. Синдром вегетативной дисфункции по ваготоническому типу с вагоинсулярными пароксизмами. Хронический тонзилит. Ваготонический тип, так как имеет место снижение аппетита, утомляемость, неустойчивоенастроение. Вагоинсулярный пароксизм: приступ головных болей со рвотой, похолоданием конечностей, снижением АД.
2. КИГ, ЭХОКГ, клиноортостатическая проба, рентгенограмма шейного отдела позвоночника, УЗИ брюшной полости.
3. Консультации кардиолога, оториноларинголога, гастроэнтеролога, эндокринолога, гомеопата.
4. Неблагоприятное течение беременности, стремительные роды, хронический тонзилит, отягощённая наследственность у родственников, психотравма, гормональная перестройка.
5. Неврогенный механизм (?), дисфункция митрального клапана.
6. Санация хронических очагов инфекции, «психотерапия среды», физиотерапия, ноотропные препараты, витамины группы В, препараты кальция.
7. Прогноз благоприятный.
8. Кардиты, перикардиты, стеноз аорты, ВСД, скелетно-мышечные нарушения (микротравмы, спазм, остеохондроз позвоночника), спазм и рефлюкс пищевода, дискинезия желчевыводящих путей, гастрит, гинекомастия, бронхопневмонии.
9. Неврогенный механизм (?), дисфункция митрального клапана.
10. Вагоинсулярные кризы.
11. Наблюдение педиатра, консультации кардиолога, оториноларинголога, стоматолога, гастроэнтеролога.
12. Увеличивается.

Задача № 2

1. Синдром вегетативной дисфункции, смешанный тип, гипертонический вариант. Так как: гипергидроз, холодные конечности, повышено АД.
2. КИГ, ЭХОКГ, клиноортостатическая проба, мониторирование АД, биохимия крови (холестерин, липиды, β-липопротеиды низкой плотности).
3. Консультации кардиолога, оториноларинголога, гастроэнтеролога.
4. Хронический тонзилит, отягощённая наследственность у родственников по линии матери.
5. Гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии (феохромоцитома, почечная), психические заболевания.
6. Санация хронических очагов инфекции, «психотерапия среды», физиотерапия, ноотропные препараты, транквилизаторы и нейролептики, цинаризин.
7. Только в случаях значительного повышения давления, как постоянная терапия – нет.
8. Наблюдение педиатра, консультации кардиолога, оториноларинголога, стоматолога, гастроэнтеролога.
9. Благоприятный.
10. Дисбаланс в работе симпатической и парасимпатической систем: либо повышенная активность симпатики, либо снижена активность парасимпатики).
11. Увеличивается (смотри номограмму).
12. Увеличивается (смотри номограмму).

Образцы тестовых задания по теме: «Артериальные гипертензии у детей»

Укажите один правильный ответ

1. У детей артериальная гипертензия определяется, если уровень АД равен или превышает процентиль кривой распределения АД для соответствующего возраста, пола и роста
   а. 75 процентиль
   б. 90 процентиль

в. 95 процентиль

2. Для I степени АГ характерно повышение уровня АД более
   а. 90 процентиля кривой распределения АД для соответствующего возраста, пола и роста менее чем на 10 мм рт.ст.
   б. 95 процентиля кривой распределения АД для соответствующего возраста, пола и роста превышающее 10 мм рт.ст.
   в. 95 процентиля кривой распределения АД для соответствующего возраста, пола и роста менее чем на 10 мм рт.ст.
   г. 95 процентиля кривой распределения АД для соответствующего возраста, пола и роста превышающее 10 мм рт.ст.

3. Факторами, определяющими величину артериального давления являются, кроме:
   а. общее периферическое сопротивление
   б. насосная функция сердца
   в. содержание гемоглобина в крови
   г. объем циркулирующей крови

4. Синтез ренина осуществляется в:
   а. клетках юкстагломерулярного аппарата
   б. клетках коркового слоя надпочечников
   в. клетках мозгового слоя надпочечников
   г. все ответы правильные

5. Соотношение АД на руках и ногах в норме:
   а. одинаковое
   б. на руках выше, чем на ногах
   в. на ногах выше, чем на руках

6. Наиболее частая причина артериальной гипертензии у подростков:
   а. коарктация аорты
   б. эссенциальная
   в. реноваскулярная
   г. феохромоцитома

7. Какой из перечисленных пороков протекает с артериальной гипертензией:
   а. стеноз легочной артерии
   б. коарктация аорты
   в. недостаточность аортального клапана
   г. аномали Эбштейна
   д. тетрада Фалло

8.Индекс времени гипертензии по данным суточного мониторирования АД не должен превышать:
   а. 25%
   б. 50%
   в. 75%
   г. 10%

9. Для II степени АГ характерно повышение уровня АД более
   а. 90 процентиля кривой распределения АД для соответствующего возраста, пола и роста менее чем на 10 мм рт.ст.
   б. 95 процентиля кривой распределения АД для соответствующего возраста, пола и роста превышающее 10 мм рт.ст.
   в. 95 процентиля кривой распределения АД для соответствующего возраста, пола и роста менее чем на 10 мм рт.ст.
   г. 95 процентиля кривой распределения АД для соответствующего возраста, пола и роста превышающее 10 мм рт.ст.

10. При артериальной гипертензии 1 степени немедикаментозное лечение должно проводиться не менее:
   а. 1 месяца
   б. 3-х месяцев
   в. 6-ти месяцев
   г. 1 года

11. Для установления диагноза артериальной гипертензии:
   а. достаточно однократной регистрации повышения АД

б. необходимо, чтобы повышение АД было зарегистрировано не менее, чем при двух измерениях в разные дни
в. необходимо, чтобы повышение АД было зарегистрировано не менее, чем при трех визитах с интервалом 10-14 дней

12. Для купирования гипертонического криза в качестве препарата первой линии применяется в возрастной дозировке:
а. каптоприл под язык
б. анаприлин внутрь
в. сернокислая магнезия внутримышечно
г. фуросемид внутримышечно
д. верапамил внцтрь

Эталоны

1. в
2. в
3. в
4. а
5. в
6. б
7. б
8. а
9. г
10. в
11. в
12. а

Задача 1

Мальчик 10 лет, вес 30 кг, рост 140 см.
Среднее АД 126/80 в течение 3-х месяцев.
Наследственность не отягощена. При обследовании отклонений от нормы со стороны внутренних органов не выявлено. ЭХОКГ в норме, глазное дно в норме. Спортом не занимается, гуляет мало. Предпочитает компьютерные игры.
Задание:

1. Сформулировать диагноз по классификации.
2. Назначить немедикаментозную терапию.
3. Назначить гипотензивную терапию, обосновать выбор препарата.

Эталон ответа к задаче 1

1. Первичная артериальная гипертензия, 1 степени, средний риск.
2. Нормализация режима дня, ограничение пребывания за компьютером, прогулки, плавание, велосипед. Водные процедуры, массаж воротниковой зоны. Электросон 10 Гц, диатермия синокаротидной зоны.
3. Гипотензивная терапия может быть назначена только при неэффективности немедикаментозной терапии в течение 6 мес.

Задача 2

Мальчик 11 лет, вес 32 кг, рост 144 см.
Среднее АД 130/80 в течение 3-х месяцев.
Наследственность не отягощена. При обследовании отклонений от нормы со стороны внутренних органов не выявлено. ЭХОКГ в норме, глазное дно в норме. Факторов риска нет.
Задание:

1. Сформулировать диагноз по классификации.
2. Назначить немедикаментозную терапию.

3. Назначить гипотензивную терапию, обосновать выбор препарата.

Эталон ответа к задаче 2

1. Первичная артериальная гипертензия, 1 степени, низкий риск.
2. Нормализация режима дня, ограничение пребывания за компьютером, прогулки, плавание, велосипед. Водные процедуры, массаж воротниковой зоны. Электросон 10 Гц, диатермия синокаротидной зоны.
3. Гипотензивная терапия может быть назначена только при неэффективности немедикаментозной терапии в течение 6 мес.

Задача 3

Девочка 10 лет, вес 50 кг, рост 144 см.
Среднее АД 129/80 в течение 3-х месяцев.
У мамы ожирение и гипертоническая болезнь. При обследовании отклонений от нормы со стороны внутренних органов не выявлено. ЭХОКГ в норме, глазное дно в норме. Спортом не занимается, гуляет мало. Не любит играть в подвижные игры. В питании предпочитает мучное и сладкое.
Задание:

1. Сформулировать диагноз по классификации.
2. Назначить немедикаментозную терапию.
3. Назначить гипотензивную терапию, обосновать выбор препарата.

Эталон ответа к задаче 3

1. Первичная артериальная гипертензия, 1 степени, высокий риск. Ожирение 1 ст.
2. Нормализация режима дня, соблюдение диеты, ограничение пребывания за компьютером, прогулки, плавание, велосипед. Водные процедуры, массаж воротниковой зоны. Электросон 10 Гц, диатермия синокаротидной зоны.
3. Гипотензивная терапия может быть назначена только при неэффективности немедикаментозной терапии в течение 6 мес.

Задача 4

Мальчик 10 лет, вес 30 кг, рост 140 см.
Среднее АД 130/70 в течение 3-х месяцев.
Наследственность не отягощена. При обследовании отклонений от нормы со стороны внутренних органов не выявлено. ЭХОКГ в норме, глазное дно в норме. Спортом не занимается, гуляет мало. Предпочитает компьютерные игры.
Задание:

1. Сформулировать диагноз по классификации.
2. Назначить немедикаментозную терапию.
3. Назначить гипотензивную терапию, обосновать выбор препарата.

Эталон ответа к задаче 4

1. Первичная артериальная гипертензия, 2 степени, высокий риск.
2. Нормализация режима дня, ограничение пребывания за компьютером, прогулки, плавание, велосипед. Водные процедуры, массаж воротниковой зоны. Электросон 10 Гц, диатермия синокаротидной зоны.
3. Гипотензивная терапия назначается сразу вместе с немедикаментозной терапией, препаратом выбора являются бетта-адреноблокаторы (атенолол 50 мг в сутки за 1-2 приема).

Задача 5

Мальчик 13 лет, вес 42 кг, рост 154 см.
Среднее АД 142/80 в течение 3-х месяцев.
Наследственность – у мамы ожирение, в семье любят соленую пищу. При обследовании

отклонений от нормы со стороны внутренних органов не выявлено. ЭХОКГ в норме, глазное дно в норме.
Задание:

1. Сформулировать диагноз по классификации.
2. Назначить немедикаментозную терапию.
3. Назначить гипотензивную терапию, обосновать выбор препарата.

Эталон ответа к задаче 5

1. Первичная артериальная гипертензия, 2 степени, высокий риск.
2. Нормализация режима дня, ограничение соли в пище, прогулки, плавание, велосипед. Водные процедуры, массаж воротниковой зоны. Электросон 10 Гц, диатермия синокаротидной зоны.
3. Гипотензивная терапия показана, препаратом выбора являются диуретики (индапамид 1,5 мг 1 раз в сутки).

Задача 6

Девочка 10 лет, вес 50 кг, рост 144 см.
Среднее АД 136/92 в течение 3-х месяцев.
У мамы ожирение и гипертоническая болезнь. При обследовании отклонений от нормы со стороны внутренних органов не выявлено. ЭХОКГ в норме, глазное дно в норме. Спортом не занимается, гуляет мало. Не любит играть в подвижные игры. В питании предпочитает мучное и сладкое.
Задание:

1. Сформулировать диагноз по классификации.
2. Назначить немедикаментозную терапию.
3. Назначить гипотензивную терапию, обосновать выбор препарата.

Эталон ответа к задаче 6

1. Первичная артериальная гипертензия, 2 степени, высокий риск. Ожирение 1 ст.
2. Нормализация режима дня, соблюдение диеты, ограничение пребывания за компьютером, прогулки, плавание, велосипед. Водные процедуры, массаж воротниковой зоны. Электросон 10 Гц, диатермия синокаротидной зоны.
3. Гипотензивная терапия назначается параллельно с немедикаментозной терапией, препаратом выбора являются ингибиторы АПФ (каптоприл 12,5 мг 2 раза в сутки).

Задача 7

Мальчик 16 лет, вес 60 кг, рост 170 см.
Среднее АД 145/70 в течение года.
Наследственность – у мамы гипертоническая болезнь. При обследовании – тахикардия 90 в 1 мин. ЭХОКГ в норме, глазное дно в норме.
Задание:

1. Сформулировать диагноз по классификации.
2. Назначить немедикаментозную терапию.
3. Назначить гипотензивную терапию, обосновать выбор препарата.

Эталон ответа к задаче 7

1. Гипертоническая болезнь, 1 стадия, средний риск.
2. Нормализация режима дня, ограничение пребывания за компьютером, прогулки, плавание, велосипед. Водные процедуры, массаж воротниковой зоны. Электросон 10 Гц, диатермия синокаротидной зоны.
3. Гипотензивная терапия показана, с учетом механизма АГ, препаратом выбора являются бетта-адреноблокаторы (атенолол 50 мг в сутки за 1-2 приема).

Задача 8

Мальчик 14 лет, вес 50 кг, рост 160 см.
Среднее АД 150/90 в течение года.
Наследственность – у мамы гипертоническая болезнь. При обследовании выявлены изменения

сосудов глазного дна, гипертрофия миокарда левого желудочка сердца.
Задание:

1. Сформулировать диагноз по классификации.
2. Назначить немедикаментозную терапию.
3. Назначить гипотензивную терапию, обосновать выбор препарата.

Эталон ответа к задаче 8

1. Гипертоническая болезнь, 2 стадия, высокий риск.
2. Нормализация режима дня, ограничение пребывания за компьютером, прогулки, плавание, велосипед. Водные процедуры, массаж воротниковой зоны. Электросон 10 Гц, диатермия синокаротидной зоны.
3. Гипотензивная терапия показана, с учетом механизма АГ, препаратом выбора являются ингибиторы АПФ (каптоприл 12,5 мг 2 раза в сутки), возможна комбинация с диуретиками (индапамид 1,5 мг 1 раз в сутки).

Задача 9

Мальчик 15 лет, вес 55 кг, рост 177 см.
Периодически повышается АД до 130/80 в течение года.
Наследственность не отягощена. При обследовании выявлены симптомы вегетативной дисфункции по смешанному типу. ЭХОКГ в норме, глазное дно в норме. Факторов риска нет.
Задание:

1. Сформулировать диагноз по классификации.
2. Назначить немедикаментозную терапию.
3. Назначить гипотензивную терапию, обосновать выбор препарата.

Эталон ответа к задаче 9

1. Лабильная артериальная гипертензия, синдром вегетативной дисфункции по смешанному типу.
2. Нормализация режима дня, ограничение пребывания за компьютером, прогулки, плавание, велосипед. Водные процедуры, массаж воротниковой зоны. Электросон 10 Гц, диатермия синокаротидной зоны.
3. Гипотензивная терапия не показана. Лечение СВД.

Задача 10

Девочка 15 лет, вес 52 кг, рост 166 см.
В течение года наблюдается по поводу первичной артериальной гипертензии, 1 степени, низкий риск. Гипотензивную терапию не получала. Внезапно – ухудшение общего состояния: головокружение, головная боль, тошнота, рвота, озноб, бледность лица. АД 160/90 мм.рт.ст.
Задание:

1. Сформулировать диагноз неотложного состояния.
2. Определить тактику ведения.
3. Оказать неотложную помощь.

Эталон ответа к задаче 10

1. Первичная артериальная гипертензия. Гипертонический криз.
2. Создание спокойной обстановки, седативная терапия (валериана, пустырник, новопассит), вызов «скорой помощи».
3. Гипотензивная терапия: снижение АД постепенно, фуросемид в/в 1 мг/кг, каптоприл 25 мг или нифедипин 12,5 мг под язык.

Тема: Ювенильные артриты, диагностика

Перечень вопросов для собеседования

1. Терминология ювенильных артритов.
2. Эпидемиология и этиология ювенильных артритов.
3. Особенности патогенеза различных вариантов ювенильных артритов.
4. Классификация ювенильных артритов.
5. Клинические проявления олигоартикулярного, полиартикулярного, системного вариантов ювенильного артрита.
6. Ювенильный спондиолоартрит, клиника, диагностика, лечение.
7. Степени активности, рентгенологическая стадия и функциональный класс при ЮА.
8. Оценка активности заболевания по критериям ACR pedi.
9. Дифференциальный диагноз артритов у детей: реактивные артриты, артриты при инфекционных заболеваниях, псориазе, острая ревматическая лихорадка, ДБСТ туберкулез, онкологические и гематологические заболевания, хирургические заболевания, ВЗК и др.

Тестовые задания для самоконтроля находятся на образовательном портале.

План курации пациента с ювенильным артритом

Инициалы, возраст

I. Оценка активности суставного синдрома

1. **Число активных суставов** (активным считается сустав с наличием выпота/припухлости или сустав с сочетанием боли при пальпации/движении и нарушения функции) - ___ (в скобках указать какие суставы активные, например Кп (коленый правый), Тл (тазобедренный левый), ГСп,л (голеностопные правый, левый), ПМФ (проксимальные межфаланговые суставы) 1,2 пальцев левой кисти и т.д.).
2. **Число суставов с нарушением функции** (оцениваем объем активных и пассивных движений в суставах) - ____ (в скобках указать в каких суставах есть ограничения движения).
3. **ВАШ пациент** (оценка боли в суставах у пациента по 100 мм визуальной аналоговой шкале) _____.
4. **ВАШ врач** (оценка общей активности заболевания по мнению врача по 100 мм визуальной аналоговой шкале) ____.
5. **Оценка активности заболевания по опроснику CHAQ _____** (опросник включает 8 шкал, по каждой шкале берут максимальный балл, сумму баллов по всем шкалам делят на количество шкал).
6. **СОЭ/СРБ _____.**

II. Обоснование диагноза

Формулировка диагноза	**Обоснование**
Ювенильный артрит	Начало заболевания в возрасте ___ лет. Длительность суставного синдрома ____ (нед/мес/лет). Суставной синдром в дебюте _____. Исключение других ревматических заболеваний (где выставлен диагноз, проведено ли обследование в полном объеме) _____.
Вариант: Олигоартикулярный Полиартикулярный Системный	 Поражение 1-4 суставов. Поражение 5 и более суставов. Лихорадка в дебюте более 2-х недель, сыпь, серозит, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия.

Спондилоартрит	Сакроилиит, энтезопатии. Боли в спине. Ограничение движений в позвоночнике.
С поражением глаз (при наличии)	1-2-х сторонний передний увеит (иридоциклит), задний увеит (хориоретинит).
Серонегативный по РФ, АЦЦП Серопозитивный по РФ, АЦЦП	Нет АЦЦП, не определяетя РФ. Положительный антитела к цетрулированному церулоплазмину или ревматоидный фактор в 2-х анализах с интервалом 3 мес.
АНФ – позитивный.	Выявлен антинуклеарный фактор.
HLA B27 - позитивный	Выявлен антиген HLA B27
Степень активности 0 1 2 3	 Норма СОЭ и СРБ, нет артрита. СОЭ до 20 мм/час, есть активный артрит. СОЭ 20-40 мм/час, есть активный артрит. СОЭ > 40 мм/час, есть активный артрит.
Рентгенологическая стадия 0 1 2 3 4	 Норма на рентгенограмме суставов. Локальный остеопороз. Расширена суставная щель, единичные эрозии. Множественные эрозии. Анкилозы.
Функциональный класс 1 2 3 4	 Нет ограничений движений в суставах. Есть ограничения движений в суставах. Частично утрачена способность к самообслуживанию. Полностью утрачена способность к самообслуживанию.

Заполненную таблицу студенты сдают на проверку преподавателю.

Тема: Ювенильные артриты, лечение

Перечень вопросов для собеседования

1. Цели и задачи терапии ювенильных артритов.
2. Режим и диета при ЮА.
3. Терапия острой фазы: НПВС и ГКС, показания, противопоказания, побочные действия рациональный выбор препаратов в зависимости от возраста, сопутствующей патологии и варианта ЮА.
4. Базисная иммуносупрессивная терапия: метотрексат, циклоспорин, сульфасалазин, лефлуномид, показания, противопоказания, побочные действия рациональный выбор препаратов в зависимости от возраста, сопутствующей патологии и варианта ЮА.
5. ГИБП и выбор конкретного препарата, в зависимости от варианта течения, возраста и осложнений заболевания.
6. Оценка эффективности терапии и критерии ремиссии.

Тестовые задания для самоконтроля находятся на образовательном портале.

Образцы тестовых заданий по темам «Ювенильные артриты, диагностика» и Ювенильные артриты, лечение»

1. КРИТЕРИИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ВКЛЮЧАЮТ

1) начало заболевания до 16 летнего возраста
2) начало заболевания до 18 летнего возраста
3) длительность артрита более 3-х месяцев
4) длительность артрита более 6 недель

5) исключение всех других ревматических заболеваний

2. ПО ЭТИОЛОГИИ ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ ЯВЛЯЕТСЯ
1) мультифакториальным заболеванием
2) заболеванием с одной установленной причиной
3) полигенно наследуемым заболеванием
4) заболеванием, связанным с Х хромосомой

3. В ПАТОГЕНЕЗЕ СИСТЕМНОГО ВАРИАНТА ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА НАИБОЛЬШУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ ЦИТОКИНЫ
1) ФНОα
2) ИЛ 6
3) ИЛ 1
4) ИЛ 12

4. В ПАТОГЕНЕЗЕ ОЛИГО И ПОЛИАРТИКУЛЯРНОГО ВАРИАНТОВ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА НАИБОЛЬШУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ ЦИТОКИН
1) ФНОα
2) ИЛ 6
3) ИЛ 1
4) ИЛ 12

5. ГЛАВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АУТОИММУННОЙ ПРИРОДЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
1) LE-клетки
2) ревматоидный фактор
3 антистрептолизин-О
4) антитела к гладкой мускулатуре
5) С-реактивный белок

6. НОСИТЕЛЬСЬВО HLA-B27-АНТИГЕНА СВОЙСТВЕННО
1) ювенильному ревматоидному артриту
2) анкилозирующему спондилиту
3) дерматомиозиту
4) склеродермии
5) системной красной волчанке

7. АНАТОМИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ РЕНТГЕНОВСКОЙ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ ЯВЛЯЮТСЯ
1) костная ткань
2) хрящевая ткань
3) соединительная ткань
4) мышечная ткань

8. ПАННУС - ЭТО...
1) киста суставной сумки
2) поражение околосуставных тканей
3) агрессивная грануляционная ткань сустава
4) множественные узелки вокруг суставов
5) кальцификация связок, сухожилий

9. РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1) b-макроглобулин
2) антитело к FC-фрагменту агрегированного IgM
3) антитело к синовиальной оболочке
4) простагландин
5) интерлейкин

10. ТЕРМИНОМ «ЭНТЕЗОПАТИИ» НАЗЫВАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ В

1) синовиальной оболочке сустава
2) хрящевой ткани сустава
3) в местах прикрепления сухожилий, связок
4) в суставных сумках
5) в мягких тканях вокруг сустава

11. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СИСТЕМНОГО ВАРИАНТА ЮИА ОТНОСИТСЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛИХОРАДКИ

1) 3 дня
2) 1 неделя
3) 2 недели
4) 1 месяц

12. ДЛЯ КАКОЙ СТАДИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПО ШТЕЙНБРОКЕРУ ХАРАКТЕРНО: ЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ, СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ, ЕДИНИЧНЫЕ ЭРОЗИИ

1) I стадия
2) II стадия
3) III стадия
4) IV стадия

13. СУСТАВ С АКТИВНЫМ АРТРИТОМ – ЭТО

1) сустав с болью при пальпации/движении
2) сустав с нарушением функции
3) сустав с наличием выпота
4) сустав с болью при пальпации/движении и нарушением функции
5) сустав с наличием выпота, болью и нарушением функции

14. К КРИТЕРИЯМ ACR pedi ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1) определение числа суставов с активным артритом
2) определение числа суставов с нарушением функции
3) определение числа суставов с болью при пальпации/движении
4) определение СОЭ и СРБ
5) определение числа лейкоцитов крови

15. СТАДИЯ НЕАКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЮИА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРИ ДОСТИЖЕНИИ ЭФФЕКТА ТЕРАПИИ ПО КРИТЕРИЯМ ACR pedi

1) 30%
2) 50%
3) 70%
4) 90%
5) 100%

16. ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ АРТРИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) глаукомой
2) передним иридоциклитом
3) катарактой
4) лентовидной дистрофией роговицы
5) конъюктивитом

17. РЕМИССИЯ ЮИА РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ СОХРАНЕНИИ СТАДИИ НЕАКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ В ТЕЧЕНИЕ

1) 3 месяцев
2) 6 месяцев
3) 12 месяцев
4) 24 месяцев

18. ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ВАРИАНТЕ ЮИА

1) олигоартикулярный
2) полиартикулярный
3) системный
4) недифференцированный
5) энтезитный

19. КРИТЕРИИ СИСТЕМНОГО ВАРИАНТА ЮИА ВКЛЮЧАЮТ

2) лихорадку
3) лимфаденопатию
4) гепатоспленомегалию
5) кардит
6) нефрит

20. К ОСОБЕННОСТЯМ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕРОПОЗИТИВНОГО ПОЛИАРТРИТА ОТНОСЯТСЯ

1) отсутствие ревматоидного фактора
2) деструктивный артрит
3) симметричное поражение мелких суставов
4) выраженная лабораторная активность
5) положительный ревматоидный фактор

21. СИНДРОМ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

1) системного варианта ЮИА
2) полиартикулярного варианта
3) олигоартикулярного варианта
4) псориатического артрита
5) энтезитного артрита

22. ПОВЫШЕННАЯ ПОДВИЖНОСТЬ В СУСТАВАХ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

1) синдроме Рейтера
2) анкилозирующем спондилите (болезни Бехтерева)
3) синдроме Марфана
4) ревматоидном артрите
5) острой ревматической лихорадке

23. ДЛЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ДЛИТЕЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ОСЛОЖНЕНИЕ

1) общий атеросклероз сосудов
2) нарушение углеводного обмена
3) амилоидоз
4) микоз
5) порфирия

24. ПОЯВИВШИЙСЯ ПОСЛЕ АНГИНЫ АРТРИТ «ЛЕТУЧЕГО» ХАРАКТЕРА ЗАСТАВЛЯЕТ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ПРЕДПОЛАГАТЬ

1) ювенильный ревматоидный артрит
2) острую ревматическую лихорадку
3) синдром Шенлейна-Геноха
4) системную красную волчанку
5) синдром Рейтера

25. УРЕТРИТОМ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ

1) острая ревматическая лихорадка
2) ювенильный ревматоидный артрит
3) синдром Рейтера
4) дерматомиозит

5) склеродермия

26. К ЦЕЛЯМ ТЕРАПИИ ЮИА ОТНОСИТСЯ
1) купирование системных проявлений и суставного синдрома
2) эндопротезирование суставов
3) повышение качества жизни больных
4) уменьшение побочных эффектов терапии
5) достижение ремиссии

27. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЮИА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
1) метилпреднизолон
2) нимесулид
3) Д-пеницилламин
4) этанерцепт
5) препараты золота

28. К БАЗИСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЮИА ОТНОСЯТСЯ
1) метотрексат
2) метилпреднизолон
3) диклофенак натрия
4) адалимумаб
5) нимесулид

29. К ПРЕПАРАТАМ, СНИМАЮЩИМ СИМПТОМЫ ЮИА ОТНОСЯТСЯ
1) антибактериальные препараты
2) нестероидные противовоспалительные препараты
3) глюкокортикостероиды
4) генно-инженерные биологические препараты
5) цитостатические препараты

30. ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ НИМЕСУЛИД ЯВЛЯЕТСЯ
1) селективным ингибитором циклооксигеназы 1 типа
2) неселективным ингибитором циклооксигеназы 1 и 2 типов
3) ингибитором преимущественно циклооксигеназы 2 типа

31. К КЛИНИЧЕСКИМ ЭФФЕКТАМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ
1) противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее, анксиолитическое действие
2) противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее, антиагрегационное действие
3) противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее, гемостатическое действие

32. В КАЧЕСТВЕ МОНОТЕРАПИИ ПРИ ЮИА НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ
1) 2-3 дня
2) 6-12 недель
3) 10-14 дней

33. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЮИА ЯВЛЯЕТСЯ
1) нимесулид
2) ибупрофен
3) диклофенак натрия
4) индометацин
5) аспирин

34. В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЮИА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1) ибупрофен
2) ацетилсалициловая кислота
3) нимесулид
4) диклофенак натрия
5) целекосиб

35. ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ЮИА КОСТНО-ХРЯЩЕВУЮ ДЕСТРУКЦИЮ И ИНВАЛИДИЗАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ

1) предотвращают
2) не предотвращают

36. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ СИСТЕМНОМ ВАРИАНТЕ ЮИА

1) пульс-терапия
2) длительный пероральный прием
3) внутрисуставное введение

37. В КАЧЕСТВЕ БАЗИСНОЙ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЮИА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

1) метотрексат, сульфасалазин, циклоспорин, лефлуномид
2) метотрексат, глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты
3) метотрексат, соли золота, циклофосфамид, противомалярийные препараты

38. ИММУНОГЛОБУЛИН ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ НОРМАЛЬНЫЙ В ТЕРАПИИ ЮИА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ

1) заместительной и иммуносупрессивной терапии
2) заместительной терапии
3) иммуносупрессивной терапии

39. К ИНГИБИТОРАМ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ГИБП

1) абатацепт, канакимумаб
2) адалимумаб, этанерцепт
3) ритуксимаб, тоцилизумаб

40. ПЕРЕД НАЧАЛОМ ТЕРАПИИ ГИБП ПАЦИЕНТОВ С ЮИА НЕОБХОДИМО ОБСЛЕДОВАТЬ НА НАЛИЧИЕ

1) сахарного диабета
2) туберкулеза
3) эпилепсии
4) врожденного порока сердца

Эталоны ответов к тестам

№	ответ
1	1,3,5
2	1,3
3	2,3
4	1
5	2
6	2
7	2
8	3
9	2
10	3

11	3
12	2
13	3,4,5
14	1,2,4
15	4,5
16	2,3,4
17	2
18	1
19	1,2,3
20	2,3,5
21	1
22	3
23	3
24	2
25	3
26	1,3,4,5
27	1,2,4
28	1,4
29	2,3
30	3
31	2
32	2
33	3
34	1,3,4
35	2
36	1
37	1
38	1
39	2
40	2

Ситуационные задачи по темам «Ювенильные артриты, диагностика» и Ювенильные артриты, лечение»

Задача 1

Больной О., 10 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 7-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать - как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность 2-3 часа.

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы бледные, без высыпаний, отмечается дефигурация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, коленных суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. Атрофия мышц конечностей. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови:

RBC – 3,9 x10^{12} /l, HGB- 98 г/л. ЦП 0,8, HCT – 41%

RDW – 12,5%, (норма 11,5 - 14,5%)
MCV – 90fl, (норма – 80-94 фл),
MCH – 29 pg, (норма – 27-31 пг),
MCHC – 30 g/l, (норма – 32-36 г/л),
PLT - 230 x10^{9}/л. PDW 11% (норма 10-15%)
WBC - 15,1x10^{9}, п/я - 8%, с - 63%, л - 25%, э - 2%, м - 2%, СОЭ - 46 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес -1014, белок - отр, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимические анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины -48%, глобулины: альфа1 -11%, альфа2 -10%, бета - 5%, гамма - 26%, СРБ 52 г/л, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 24 Ед/л, АСТ - 26 Ед/л, мочевина -4,5 ммоль/л.

Рентгенологически определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели коленных суставов.

Реакция на ревматоидный фактор положительная.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется?
6. Составьте план лечения больного.
7. Какова патоморфологическая основа процесса?
8. Почему отмечается утренняя скованность?
9. Насколько целесообразна терапия кортикостероидами в дебюте заболевания?
10. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.

Эталон ответа к задаче 1

1. Ювенильный ревматоидный артрит, полиартикулярный вариант, серопозитивный, 3 степень активности, рентгенологическая стадия 2, ФК 2. Нормохромная анемия легкой степени. Критерии: поражение более 5 суставов (отек, боль, ограничение функции), продолжительность более 6 недель, возраст до 16 лет, положительный ревматоидный фактор, СОЭ 46 мм/час, СРБ 50 г/л, рентгенологическая стадия: эпифизарный остеопороз + сужение суставной щели, функциональный класс: нарушена функция суставов, способность к самообслуживанию сохранена.
2. Рентгенография кистей, тазобедренных суставов, грудной клетки, КТ грудной клетки, реакция Манту, диаскин-тест, УЗИ пораженных суставов, ЭХО КГ, ЭКГ, иммунограмма.
3. Офтальмолог, фтизиатр, отоларинголог, стоматолог.
4. Реактивные и инфекционные артриты, ревматизм, травматические и обменные поражения суставов, остеомиелит, лейкоз, опухоли костей, туберкулез, диффузные заболевания соединительной ткани.
5. При серопозитивном варианте ювенильного полиартрита высокий риск быстропрогрессирующего течения с деструкцией суставов и инвалидизацией больных. Прогноз заболевания зависит от своевременности и адекватности терапии.
6. Нестероидные противовоспалительные препараты (нимесулид 100 мг 2 раза в сутки), метотрексат 15 мг/$м^2$ в неделю, подкожно, фолиевая кислота 1 мг в сутки, кроме дня приема метотрексата. При неэффективности метотрексата через 3 месяца – можно начать лечение ГИБП – абатацепт (оренсия) 10 мг/кг по схеме (0, 2, 4 неделя, далее каждые 4 недели) в/в капельно.
7. Отложение иммунных комплексов в органах и тканях (по типу васкулита) и разрушение поражённых суставов (разрушение хрящевой ткани, мелкокистозная перестройка структуры эпифизов, узурация суставных поверхностей, анкилозирование). Объективно преобладают пролиферативные поражения суставов.
8. Отложение иммунных комплексов на хрящевых поверхностях, не работающих ночью суставов, за счёт разрастания синовиальной оболочки (паннус), скопления выпота.
9. Возможно внутрисуставное введение глюкокортикостероидов, постоянное назначение перорально нецелесообразно из-за высокого риска осложнений.
10. Типичным поражением глаз является вялотекущий увеит, чаще передний иридоциклит. Жалобы на «песок в глазах». Усиленный сосудистый рисунок, изменение формы зрачка за счёт синехий – плохая зрачковая реакция на свет. Катаракта, лентовидная дистрофия роговицы.

Иммунные комплексы оседают в участках с турбулентным током крови и «сосудистых фильтрах», а такими участками являются хориоидальное сплетение и цилиарное тело глаза.

Задача 2

Больная Р., 6 лет, поступает в стационар с жалобами на лихорадку, высыпания на коже, боли в области коленных, голеностопных, лучезапястных и тазобедренных суставов, боли и нарушение движений в тазобедренных суставах, утреннюю скованность суставов.

Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение 1 месяца, когда после перенесенной ОРВИ отмечалось длительное повышение температуры до фебрильных цифр, боли, припухлость и нарушение движений в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах, высыпания на коже на фоне лихорадки в виде ярко-розовых пятен. Девочка получала нестероидные противовоспалительные препараты, без эффекта.

При осмотре в стационаре состояние девочки тяжелое. Температура 38,5° С. Ребенок пониженного питания, отстает в физическом развитии. Пользуется костылями в связи с поражением тазобедренных суставов. Отмечается увеличение подмышечных (2х2 см) и кубитальных (1,5х1,5 см) лимфоузлов. Отмечается повышение местной температуры, увеличение в объеме и значительное ограничение движений в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая – на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов нет, постоянная тахикардия до 110 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень +5 см, селезенка +1 см.

Общий анализ крови:

RBC – 3,1 х10^{12} /l, HGB- 89 г/л. ЦП 0,9, НСТ – 41%
RDW – 12,5%, (норма 11,5 - 14,5%)
MCV – 90fl, (норма – 80-94 фл),
MCH – 29 pg, (норма – 27-31 пг),
MCHC – 33 g/l, (норма – 32-36 г/л),
PLT - 460 х10^{9}/л. PDW 11% (норма 10-15%)
WBC - 17,6х10^{9}, п/я - 7%, с - 63%, л - 26%, э - 2%, м - 2%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1014, белок - отр, лейкоциты - 1-3 в *п/з,* эритроциты - отр.

Биохимические анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины -48%, глобулины: альфа1, - 5%, альфа 2- 12%, бета - 5%, гамма - 30%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), СРБ 78 г/л, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина -4,5 ммоль/л.

Реакция на ревматоидный фактор отрицательная.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Оцените результаты представленных дополнительных методов исследования.
3. Какие еще обследования следует провести больной?
4. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
6. Составьте план лечения.
7. Что является ведущим в патогенезе данного заболевания?
8. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется?
9. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
10. Какие современные методы терапии данного заболевания вы знаете?

Эталон ответа к задаче 2

1. Ювенильный артрит с системным началом (лихорадка, полиартрит, сыпь, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия), серонегативный, 3 степень активности, ФК 2. Гипохромная анемия. Диагноз выставлен на основании диагностических критериев системного варианта ЮИА (артрит, лихорадка в течение 2-х недель – в сочетании с более, чем двумя признакми: сыпь, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия). При исключении других причин.
2. ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз, повышение СОЭ, снижение гемоглобина. Биохимия крови: повышение концентрации глобулинов, СРБ. ОАМ в норме.
3. Выявление поражения внутренних органов (ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ брюшной полости и почек). Рентгенологическое исследование суставов, УЗИ суставов. Офтальмоскопия. Рентгенография грудной клетки (лёгкие),стернальная пункция. ИФА крови на инфекции. Иммунограмма.

Прокальцитониновый тест.
4. Офтальмолог, онкогематолог, фтизиатр.
5. Сепсис, диффузные заболевания соединительной ткани, ревматизм, инфекционные заболевания, инфекционный эндокардит, остеомиелит, онкологические заболевания, лейкоз, лимфогрануломатох, туберкулез.
6.Постельный режим, общий стол, пульс-терапия метилпреднизолоном 10 мг/кг в/в капельно на физ.растворе за 1 час, 3 дня подряд. Затем преднизолон внутрь в дозе 0,5 мг/кг 1 месяц с последующим постепенным снижением. Тоцилизумаб 12 мг/кг в/в 1 раз в 2 недели. Метотрексат 15 мг/м^{2}1 раз в неделю. Фолиевая кислота 1 мг в сутки внутрь. Нимесулид 5 мг/кг в сутки. При выявлении инфекционного процесса – антибактериальная терапия, внутривенный иммуноглобулин. Симпоматическая терапия.
7. Ведущим в патогенезе системного варианта ЮИА является гиперпродукция ИЛ 6 и ИЛ 1, которые отвечают за развитие системных проявлений (лихорадка, сыпь, серозиты, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, анемия).
8. Задержка физического и полового развития, медикаментозный синдром Иценко-Кушинга (ожирение), стрии, артериальная гипертензия, гастрит, стероидная язва желудка, стероидный диабет, стероидная катаракта, гнойные инфекции, сепсис, остеопороз, задержка жидкости. Самым грозным осложнением является синдром активации макрофагов.
9. Прогноз при системном варианте: у половины больных возможно циклическое течение и развитие многолетней стойкой ремиссии, особенно при своевременной и адекватной терапии. У части больных развивается непрерывно-рецидивирующее течение с тяжелым деструктивным артритом.
10. Современные методы лечения: применение генно-инженерных биологических препаратов – ингибитора интерлейкина 6 – тоцилизумаба 12 мг/кг в/в капельно 1 раз в 2 недели или ингибитора интерлейкина 1 – канакинумаба 4 мг/кг п/к 1 раз в 4 недели.

Задача 3

Больная Н., 2 года, поступила в отделение с жалобами на боли в коленных суставах, покраснение правого глаза.

Из анамнеза известно, что девочка больна в течение 2-х месяцев, сначала появилась боль и небольшая припухлость правого коленного сустава. Родители решили, что это связано с падением ребенка. Лечили ребенка самостоятельно: вольтарен-гель на сустав. Эффекта не было, присоединилась отечность левого коленного сустава, покраснел правый глаз. Обратились к участковому педиатру, который и направил ребенка в стационар.

При поступлении состояние средней степени тяжести, отказывается ходить из-за болей в коленных суставах. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Правый глаз: резкая гиперемия склер, слезотечение. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отмечается припухлость и ограничение движений в коленных суставах. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая - по правой парастернальной линии, верхняя - II межреберье, левая по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови:
RBC – 4,5 x10^{12} /l, HGB- 124 г/л. ЦП 0,9, HCT – 41%
RDW – 12,5%, (норма 11,5 - 14,5%)
MCV – 90fl, (норма – 80-94 фл),
MCH – 29 pg, (норма – 27-31 пг),
MCHC – 34 g/l, (норма – 32-36 г/л),
PLT - 230 x10^{9}'/л. PDW 14% (норма 10-15%)
WBC – 8,1x10^{9}', п/я - 4%, с - 35%, л - 50%, э - 1%, м - 10%, СОЭ - 24 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес -1018, белок - отр, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимические анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины -50%, глобулины: альфа1 -11%, альфа2 -10%, бета - 5%, гамма - 22%, СРБ 7 г/л, АЛТ - 22 Ед/л, АСТ - 28 Ед/л, мочевина -4,5 ммоль/л.

Рентгенограмма коленных суставов без патологии.

Реакция на ревматоидный фактор отрицательная.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется?
6. Назовите причины и симптомы поражения глаз при этом заболевании.
7. Составьте план лечения больного.
8. Какова патоморфологическая основа процесса?
9. Возможно ли применение глюкокортикостероидов?
10. Назовите современные методы терапии данного заболевания.

Эталон ответа к задаче 3

1. Ювенильный артрит, пауциартикулярный вариант (олигоартрит), серонегативный, 2 степень активности, рентгенологическая стадия 0, ФК 3.
Критерии: поражение до 4-х суставов (отек, боль, ограничение функции), продолжительность более 6 недель, возраст до 16 лет, отрицательный ревматоидный фактор, СОЭ 24 мм/час, СРБ 7 г/л, рентгенограмма без изменений, функциональный класс: нарушена функция суставов, способность к самообслуживанию ограничена.
2. КТ грудной клетки, реакция Манту, диаскин-тест, УЗИ коленных суставов, ЭХО КГ, ЭКГ, иммунограмма, АНФ.
3. Офтальмолог, фтизиатр, отоларинголог, стоматолог.
4. Реактивные и инфекционные артриты, ревматизм, травматические и обменные поражения суставов, остеомиелит, лейкоз, опухоли костей, туберкулез, диффузные заболевания соединительной ткани.
5. При олигоартрите у маленьких девочек высокий риск увеита с осложнениями, слепота. Прогноз заболевания зависит от своевременности и адекватности терапии.
6. Сосудистая оболочка глаз и синовиальная оболочка суставов имеют одинаковое эмбриональное происхождение.Типичным поражением глаз является вялотекущий увеит, чаще передний иридоциклит. Жалобы на «песок в глазах». Усиленный сосудистый рисунок, изменение формы зрачка за счёт синехий – плохая зрачковая реакция на свет. Катаракта, лентовидная дистрофия роговицы.
7. Нестероидные противовоспалительные препараты (нимесулид 3-5 мг/кг в сутки), метотрексат 10 мг/м^2 в неделю, подкожно, фолиевая кислота 1 мг в сутки, кроме дня приема метотрексата. Местно в глаза: дексаметазон, НПВП.
8. Отложение иммунных комплексов в органах и тканях (по типу васкулита) и разрушение поражённых суставов (разрушение хрящевой ткани, мелкокистозная перестройка структуры эпифизов, узурация суставных поверхностей, анкилозирование). Объективно преобладают пролиферативные поражения суставов.
9. Возможно внутрисуставное введение глюкокортикостероидов, местно в глаза в виде капель или ретробульбарные инъекции.
10. При неэффективности метотрексата через 6 месяцев – можно начать лечение ГИБП – адалимумаб 24 мг/кв.м 1 раз в 2 нед подкожно.

2-й семестр

Тема: Дифференциальная диагностика бронхообструктивного синдрома у детей

Перечень вопросов для собеседования

1. Определение бронхообструктивного синдрома, основные причины его развития.
2. Обструктивный бронхит (острый, рецидивирующий), этиология, клиника, диагностика.
3. Острый бронхиолит, эпидемиология, этиология, клиника, диагностика.
4. Дифференциальный диагноз обструктивного бронхита с бронхиальной астмой, с альвеолитом.
5. Дифференциальный диагноз обструктивного бронхита с пневмонией.
6. Дифференциальный диагноз обструктивного бронхита с муковисцидозом.
7. Дифференциальный диагноз обструктивного бронхита с врожденной патологией респираторного тракта.
8. Дифференциальный диагноз обструктивного бронхита с ВПС бледного типа, протекающего с гиперволемией малого круга, другими кардиопатиями.

Тестовые задания с эталонами ответов

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

1. В ПАТОГЕНЕЗЕ СУЖЕНИЯ ПРОСВЕТА БРОНХОВ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ОСНОВНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:
   1) Бронхоспазм
   2) Отек слизистой бронхов
   3) Гиперсекреция слизи
2. ДЛЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНЫ:
   1) Инспираторная одышка
   2) Экспираторная одышка
   3) Влажные мелкопузырчатые хрипы
   4) Свистящие распространенные хрипы
   5) Эмфизематозное вздутие грудной клетки
   6) Притупление перкуторного звука
   7) Коробочный перкуторный звук
   8) Очаговые тени на рентгенограмме
3. ПО КЛАССИФИКАЦИИ БРОНХИТЫ РАЗДЕЛЯЮТСЯ:
   1) На острый простой бронхит
   2) На острый обструктивный бронхит
   3) На аллергический бронхит
   4) На бронхиолит
   5) На астматический бронхит
   6) На токсический бронхит
   7) На рецидивирующий бронхит
   8) На хронический бронхит

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

4. ПО ЭТИОЛОГИИ БРОНХИТЫ МОГУТ БЫТЬ:
   1) Инфекционно-аллергическими, инфекционными и аллергическими
   2) Инфекционными, аллергическими и ирритативными
   3) Аллергическими, ирритативными и грибковыми
5. ОСТРЫЙ ПРОСТОЙ БРОНХИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ИНФЕКЦИИ:
   1) Геликобактерной, аденовирусной, риновирусной, респираторно-синцитиальной
   2) Аденовирусной, риновирусной, респираторно-синцитиальной, парагриппозной
   3) Риновирусной, респираторно-синцитиальной, парагриппозной, туберкулезной

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

6. ПРИ БРОНХИОЛИТЕ ОТМЕЧАЮТСЯ:
   1) Тяжелое состояние
   2) Частота дыханий не выше 32 в 1 минуту
   3) Частота дыханий до 60 в 1 минуту
   4) Цианоз носогубного треугольника
   5) Эмфизема

6) Мелкопузырчатые влажные хрипы
7) Отсутствие эмфиземы

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

7. РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ НАЗЫВАЮТ БРОНХИТ, ПОВТОРЯЮЩИЙСЯ:
   1) 3 и более раз в году
   2) 3 и более раз в году в течение 2 лет
   3) 3 и более раз в году в течение 2 лет, рецидивы бронхита продолжаются более 2 недель
8. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ:
   1) С хроническим или рецидивирующим откашливанием мокроты
   2) С хроническим или рецидивирующим откашливанием мокроты в течение 2 лет
   3) С хроническим или рецидивирующим откашливанием мокроты в течение 2 лет по 3 месяца в году
9. В ХРОНИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В БРОНХАХ ИГРАЮТ РОЛЬ:
   1) Нарушение мукоцилиарного клиренса
   2) Нарушение мукоцилиарного клиренса и снижение местного иммунитета
   3) Нарушение мукоцилиарного клиренса, снижение местного иммунитета и дестабилизация клеточных мембран
10. В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА НЕОБХОДИМЫ:
    1) Общий анализ крови
    2) Общий анализ крови и рентгенография органов грудной клетки
    3) Общий анализ крови, рентгенография органов грудной клетки и бронхоскопия

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

11. ИНСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ:
    1) I стадия асфиксии
    2) Эмфизема легких
    3) Отек гортани
    4) Приступы бронхиальной астмы
    5) Стеноз трахеи
    6) Закрытый пневмоторакс
12. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ:
    1) I стадия асфиксии
    2) Эмфизема легких
    3) Отек гортани
    4) Приступы бронхиальной астмы
    5) Стеноз трахеи
    6) Закрытый пневмоторакс
13. АНАТОМИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ:
    1) Недоразвитие полостей
    2) Нежность слизистой оболочки
    3) Плотность хрящей
    4) Узость носовых ходов
    5) Несформированный нижний носовой ход
14. ОСОБЕННОСТЯМИ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ:
    1) Хорошее развитие эластической ткани
    2) Податливость хрящей
    3) Узость голосовой щели
    4) Нежность слизистой оболочки
15. ОСОБЕННОСТЯМИ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ:
    1) Слабое развитие мышечных и эластических волокон
    2) Узкий просвет бронхов
    3) Недостаточное кровоснабжение слизистых оболочек
    4) Недоразвитие хрящевого каркаса
    5) Хорошее сопротивление спаданию бронхов

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

16. КОМПЕНСИРОВАННАЯ СТАДИЯ СТЕНОЗА ГОРТАНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
    1) Появлением одышки при нагрузке и учащением пульса
    2) Появлением одышки в покое и урежением пульса
    3) Появлением одышки в покое и учащением пульса
    4) Отсутствием одышки в покое, но учащением пульса
    5) Появлением одышки в покое

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

17. СИМПТОМАМИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ГОРТАНИ ЯВЛЯЮТСЯ:
    1) Стеноз
    2) Дисфония
    3) Кашель
    4) Саливация
    5) Дисфагия
    6) Регургитация
18. МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:
    1) Непрямая ларингоскопия
    2) Прямая ларингоскопия
    3) Микроларингоскопия
    4) Стробоскопия
    5) Бронхоскопия
    6) Эзофагоскопия
    7) Ультразвуковое сканирование
19. АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ:
    1) Низкое стояние гортани
    2) Высокое стояние гортани
    3) Выраженность рефлексогенных зон
    4) Невыраженность рефлексогенных зон
    5) Наличие рыхлой клетчатки в подскладочном пространстве
    6) Слабость дыхательной мускулатуры
    7) Выраженный кадык

Эталоны ответов тестовых заданий:

№	ОТВЕТ
1	2
2	2,4,5,7
3	1,2,4,7,8
4	2
5	2
6	1,3,4,5,6
7	3
8	3
9	3
10	3
11	1,3,5,6
12	2,4
13	1,2,4,5
14	2,3,4
15	1,2,4
16	1
17	1,2,3
18	1,2,3,4
19	2,4,5,6

Задачи

Задача 1.

Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой беременности, нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 месяца из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 месяцев на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы.

Семейный анамнез: у матери - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров.

Ребенок в 3 месяца перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое. Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до 38 ºС. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Температура тела 38,6 ºС. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Hb – 118 г/л, эр – 4,3 х 10^{12}/л, лейк – 6,2 х 10^{9}/л, п/яд – 1%, с/яд – 30%, эоз – 3%, лимф – 58%, моноц – 8%, СОЭ – 15 мм/ч.

Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

Задание:

1. Ваш диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. Назовите характерные клинические признаки заболевания.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

Задача 2.

Мальчик 5 лет поступил в больницу в тяжелом состоянии с жалобами на слабость, влажный кашель с выделением мокроты с прожилками крови, головную боль, болями за грудиной.

Ребенок от первых беременности и родов, протекавших нормально. Период новорожденности протекал без патологии. Находился на естественном вскармливании, прикормы введены своевременно. В 1 год отмечалась аллергическая реакция в виде сыпи на шоколад и цитрусовые. ОРВИ болел 2-3 раза в год.

Из анамнеза известно, что в течение последнего полугодия стал вялым, снизился аппетит, повысилась утомляемость, появилась бледность кожи, одышка при физической нагрузке, кашель.

За неделю до поступления лечился по поводу острого ринофарингита амбулаторно. На 3-й день от начала заболевания состояние резко ухудшилось, повысилась температура до 39 ºС, усилился кашель, в мокроте появились прожилки крови, одышка в покое, периоральный, периорбитальный цианоз.

При поступлении обращает внимание резкая бледность кожных покровов, умеренная иктеричность склер, цианоз, частота дыхания 40 в минуту. Кашель сильный, влажный, необильная мокрота с прожилками крови. Перкуторно с обеих сторон определяются участки притупления, аускультативно выслушиваются множественные разнокалиберные хрипы. Стул черного цвета.

Результаты обследования:

1. **Общий анализ крови:** эр – 3,0 х 10^{12}/л, Hb – 72 г/л, Ц.п. – 0,72, лейк – 18,0 х 10^{9}/л, эоз – 5%, п/яд – 5%, с/яд – 61%, лимф – 25%, моноц – 4%, СОЭ – 16 мм/ч, ретикулоциты – 27 г/л, гипохромия эритроцитов ++.
2. **Общий анализ мочи:** Светло-желтая, прозрачная, относительная плотность 1016, белок, сахар отрицательный. Лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Эритроциты – нет.
3. **Биохимические анализы крови:** Общий белок – 82 г/л, альбумины – 56 г/л ($а_1$ – 2%, $а_2$ –

11%, a_3- 7%, у – 24%), общий билирубин – 35 мкмоль/л, непрямой – 35 мкмоль/л, тимоловая проба – 5 Ед, АЛТ – 28,1 Ед/л, АСТ – 30,3 Ед/л.

4. **Исследование мокроты** – большое количество сидерофагов.
5. **Рентгенография легких:** с обеих сторон определяются множественные облаковидные тени средней интенсивности, лимфатические узлы в области корней увеличены.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Критерии постановки диагноза.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какова динамика рентгенологических изменений при данном заболевании?

Задача 3.

Павел Р., 3 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением гнойной мокроты.

Ребенок от 1-х беременности и родов, беременность протекала с токсикозом I половины, роды срочные. Мать ребенка с детства страдает хроническим гайморитом, хронической пневмонией.

Масса при рождении 2750 г, длина 50 см, находился на естественном вскармливании до 1 года, в массе всегда прибывая недостаточно.

Болен с 1-х дней жизни, отмечались выделения из носа, затрудненное дыхание. С 1,5 месяцев многократно перенес эпизоды обструктивного бронхита (на 1-м году – 5 эпизодов, на 2-м - 6, на 3-м – 4). В 8 месяцев впервые перенес пневмонию; повторно пневмония диагностировалась в 1 год 3 месяца, в 1,5 года, в 1 год 10 месяцев, в 2,5 года (всегда протекала пневмония тяжело и затяжно).

При поступлении состояние тяжелое, температура 37,9 ºС, масса тела 11,2 кг, длина 82 см. Мальчик вялый. Кожные покровы бледно-серые, суховаты, периоральный цианоз, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластины в виде «часовых стекол». Одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры. Дыхание шумное, слышно на расстоянии. Из носа гнойное отделяемое. Грудная клетка вздута, аускультативно с обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Границы относительной сердечно тупости: левая – по левому краю грудины, верхняя – III ребро, правая – по правой среднеключичной линии, тоны сердца выслушиваются справа, ритмичные, систолический шум на верхушке, V точке, акцент II тона на a.pulmonalis. Печень до 3-х см из-под края реберной дуги, безболезненная.

Результаты обследования:

1. **Общий анализ крови:** эр – 4,2 х 10^{12}/л, Hb – 105 г/л, лейк – 17,2 х 10^9/л, эоз – 1%, п/яд – 10%, с/яд – 59%, лимф – 24%, моноц – 6%, СОЭ – 25 мм/ч.
2. **Общий анализ мочи:** соломенно-желтая, прозрачная, относительная плотность – 1014, белок – нет, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.
3. **Рентгенография органов грудной клетки:** легкие вздуты, усиление и деформация бронхососудистого рисунка, рассеянно очаговые тени с обеих сторон.
4. **Рентгенография придаточных пазух носа:** 2-х стороннее затемнение верхнечелюстных пазух.
5. **Бронхоскопия:** 2-х сторонний диффузный гнойный эндобронхит.
6. **Бронхография:** 2-х сторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы $S_{6,7,8,9,10}$ справа.
7. **УЗИ органов брюшной полости:** гепатомегалия, печень расположена слева.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Критерии постановки диагноза.
3. К какой группе патологии относится заболевание, какова частота, тип наследования?
4. Назначьте дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Задача 4.

Настя М., 1 год 2 месяца, поступила в отделение с жалобами на частый мучительный малопродуктивный кашель, одышку, повышение температуры до фебрильных цифр в течение 4-х дней, отставание в физическом развитии.

Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, во время которой мама трижды

перенесла ОРВИ, I родов, протекавших нормально. Масса при рождении 2700 г, длина 52 см, закричала сразу. С 2-х месяцев находится на искусственном вскармливании, в массе прибывала плохо. В 1,5 месяца перенесла бронхиолит, в последующем отмечалась 5 эпизодов бронхообструкции, однократно левосторонняя пневмония. При поступлении состояние тяжелое, выражена задержка физического развития (масса тела 6900 г, длина 70 см), психомоторного, речевого. Девочка вялая. Колорит кожи серый, периоральный, периорбитальный цианоз, «пальцы Гиппократа» формируются. Одышка смешанного характера, уплощение левой половины грудной клетки. Перкуторно слева в нижних отделах притупление звука, ослабление дыхания, средне-мелкопузырчатые влажные хрипы. Справа перкуторно легочный звук, жесткое дыхание. Тахикардия, гепатомегалия до 3,5 см из-под края реберной дуги.

На всех представленных рентгенограммах обращает внимание смещение средостения влево. Со слов мамы между эпизодами болезни у девочки постоянный кашель.

Общий анализ крови: эр – 3,4 х 10^{12}/л, Hb – 100 г/л, Ц.п. – 0,98, лейк – 17,3 х 10^{9}/л, эоз – 3%, п/яд – 7%, с/яд – 52%, лимф – 31%, моноц – 7%, СОЭ – 31 мм/ч.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Проведите его обоснование.
3. Какие дополнительные методы следует провести, и что вы ожидаете получить?
4. С какими заболеваниями вы проведете дифференциальный диагноз?

Задача 5.

Саша Ф., 5 мес, госпитализирован с жалобами на частый влажный приступообразный кашель, затрудненное дыхание, беспокойство.

Ребенок заболел неделю назад, когда отмечался подъем температуры до 38,5 ºС, в последующие дни – субфебрильная, появился насморк, кашель, осиплость голоса.

Вначале кашель сухой, частый, болезненный, с лающим оттенком, затем кашель приобрел продуктивный характер. С 4-го дня заболевания появилось шумное дыхание, одышка, самочувствие особо не страдало. Лечился амбулаторно бисептолом, либексином, супрастином, эуфиллином в порошках. Так как положительной динамики не было, ребенок направлен на стационарное лечение.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести, температура нормальная, мальчик активный, контактный. Приступообразный сухой кашель, в конце влажный, шумное дыхание с удлиненным выдохом, грудная клетка вздута в переднезаднем направлении, кожные покровы чистые, бледные, умеренный периоральный цианоз. Одышка смешанного характера с преобладанием экспираторного компонента, с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно – легочный звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, проводится всюду, рассеянно с обеих сторон сухие, свистящие хрипы, немногочисленные среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень до 2-х см из-под края реберной дуги, селезенка, почки на пальпируются.

Результаты обследования:

1. **Общий анализ крови:** эр – 4,0 х 10^{12}/л, Hb – 110 г/л, Ц.п. – 0,8, лейк – 7,2 х 10^{9}/л, эоз – 1%, п/яд – 3%, с/яд – 33%, лимф – 59%, моноц – 4%, СОЭ – 10 мм/ч.
2. **Цитология назального секрета:** 100% нейтрофилы.
3. **Рентгенография органов грудной клетки:** вздутие легких, усиление легочного рисунка, расширение и тяжистость корней легких.

   Наследственность у ребенка не отягощена.

Задание:

1. Ваш диагноз.
2. Какая этиология заболевания наиболее вероятна у больного и почему?
3. Проведите обоснование диагноза.

Задача 6.

Маша Я., 2 лет, поступила в стационар с жалобами на частый кашель, шумное дыхание, отставание в физическом развитии. Из анамнеза известно, что ребенок от 1-х беременности и родов. Родители работали на прииске в Сибири, во время беременности мать не наблюдалась, с ее слов был токсикоз I половины, переболела ОРВИ на сроке 1,5 месяца и 6 месяцев беременности, лечилась симптоматическими средствами. Роды срочные, девочка родилась с массой 2800 г,

длиной 51 см, закричала сразу. В родильном доме был выслушан систолический шум в сердце. Находилась на естественном вскармливании до 5 месяцев, затем на искусственном питании адаптированными смесями, консервированным детским питанием, режим кормлений не соблюдали. Девочка с рождения плохо прибывала в массе, в 1 год масса 6800 г, в 2 года – 8100 г. У девочки почти постоянно отмечается кашель с 6 месяцев, усиливается при наслоении инфекции. Ребенок часто болел респираторными заболеваниями, 4 раза они протекали с явлениями бронхообструкции (все на 2-м году жизни). В нашу область переехали 1,5 месяца назад, до этого наблюдались фельдшером по месту жительства. Не обследовалась ранее. Последнее ухудшение наступило 3 дня назад.

При поступлении состояние тяжелое, вялая, капризная, истощена. Кожные покровы очень бледные, периоральный цианоз, акроцианоз; подкожно-жировой слой отсутствует на всем протяжении, тургор тканей снижен, одышка смешанного характера, втяжение уступчивых мест грудной клетки, дистанционные хрипы при дыхании; деформация грудной клетки, больше слева. Перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, проводится всюду, рассеянно разнокалиберные влажные хрипы с преобладание мелкопузырчатых в нижних отделах. Границы относительной сердечной тупости расширены, тоны сердца приглушены, ритмичные, грубый систолический шум на верхушке, в III-IV межреберье слева от грудины, проводится в аксиллярную область, на спину, выслушивается во всех проекционных точках. Печень до 3-х см, селезенка пальпируется краем. Диурез снижен.

Масса тела 8100 г. Длина тела – 80,5 см. Окружность груди – 50,2 см.

Данные обследования:

1. **Общий анализ крови:** эр – 3,1 х 10^{12}/л, Hb – 100 г/л, Ц.п. – 1,0, лейк – 10,2 х 10^{9}/л, эоз – 2%, п/яд – 3%, с/яд – 32%, лимф – 58%, моноц – 5%, СОЭ – 11 мм/ч.
2. **Рентгенография органов грудной клетки:** тени очаговых сосудов расширены, сердце увеличено в размерах, очаговые и инфильтративные тени не определяются.
3. **ЭКГ:** гипертрофия и перегрузка обоих желудочков, снижен вольтаж зубцов.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. Какое обследование ещё следует провести ребенку?
4. Оцените физическое развитие ребенка.

Задача 7.

Коля Ш., 9 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на повышение температуры до 38,7 ºС, озноб, головную боль, сухой мучительный кашель, одышку. С подозрением на пневмонию был госпитализирован. При поступлении состояние средней степени тяжести, одышка смешанного характера – дыхание затруднено, грудная клетка умеренно вздута, одышка смешанного характера с втяжением межреберий, перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно с обеих сторон среднепузырчатые и в большем количестве мелкопузырчатые влажные хрипы. Тахикардия. В гемограмме незначительный лейкоцитоз (12,3 х 10^{9}) и нейтрофилез (п/яд – 5%, с/яд – 67%), СОЭ – 21 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки выявляются мелкие очаговые тени, расположенные преимущественно в средних легочных полях, на фоне сниженной прозрачности легких (синдром «матового стекла»).

При ЭКГ-исследовании определялась синусовая тахикардия, метаболические нарушения в миокарде гипоксического характера.

Мальчику проводилась антибактериальная терапия (цефазолин), симптоматическая, физиолечение. Состояние быстро улучшилось и через 12 дней ребенок был выписан домой с выздоровлением. Однако, через 5 дней он вновь поступил в стационар с аналогичными жалобами и клиническими проявлениями.

Из дополнительного анамнеза известно, то на первом году жизни у мальчика были аллергические проявления в виде кожной сыпи на прием сладкого и яиц. За 10 дней до первого заболевания мальчику подарили 2-х волнистых попугайчиков, за которыми он ухаживал.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какова этиология болезни?
3. Проведите обоснование диагноза.
4. Какие дополнительные методы обследования на Ваш взгляд следует провести больному?

5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз, перечислите сходство и различия.

Задача 8.

Костя К., 1,5 лет, поступил с жалобами на осиплость голоса, грубый частый сухой кашель, затрудненное дыхание.

Из анамнеза болезни известно, что заболел 4 дня назад, когда повысилась температура до 38,3 ºС, появилась осиплость голоса и грубый кашель. С 3-го дня заболевания мама отмечает шумное дыхание, одышку, температура снизилась до субфебрильных цифр. Осмотрен амбулаторно и направлен на стационарное лечение. Эпизоды с кашлем, одышкой, шумным дыханием у ребенка на фоне ОРВИ отмечались уже 5 раз, первый был в 4 месяца.

Наследственность не отягощена, растет и развивается соответственно возрасту.

Объективно: состояние ребенка средней степени тяжести, активен, температура 37,2ºС.

Частый, приступообразный кашель, малопродуктивный. Дыхание шумное, слышно на расстоянии, выдох удлинен, свистящий. Грудная клетка значительно вздута, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания, одышка смешанного характера с преобладанием экспираторного компонента. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание жесткое, проводится всюду, с обеих сторон выслушиваются сухие, свистящие хрипы и немногочисленные средне-крупнопузырчатые влажные. ЧД – 44 в минуту, ЧСС – 128 в минуту. Со стороны других органов и систем без особенностей.

Результаты обследования:

1. **Общий анализ крови:** эр – 3,9 х 10^{12}/л, Hb – 115 г/л, Ц.п. – 0,9, лейк – 9,3 х 10^{9}/л, эоз – 3%, п/яд – 5%, с/яд – 23%, лимф – 66%, моноц – 3%, СОЭ – 14 мм/ч.
2. **Рентгенография органов грудной клетки:** усиление легочного рисунка с обеих сторон, вздутие легких, очаговых и инфильтративных теней нет.
3. **Цитология назального секрета –** 100% нейтрофилы.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какая наиболее вероятная этиология последнего ОРВИ?
3. Проведите обоснование вашего диагноза.
4. Каков механизм повторных бронхообструкций (патофизиология)?

Задача 9.

Больной Иван М., 2 лет, поступил в стационар с жалобами на кашель, одышку, беспокойство.

Ребенок родился от 2-й беременности, во время которой мама дважды переболела ОРВИ, 2-х срочных родов. Наследственность отягощена: мама страдает поллинозом, старший брат 8 лет – нейродермитом, бабушка и дядя по материнской линии бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространенного атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось на приеме сладкого, желтка, картофеля, красных яблок, пенициллина. В 2, 5 месяца на фоне ОРВИ впервые развилась бронхообструкция, в последующем повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 1 года появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, в последние месяцы – 2 раза в неделю, снимались эуфиллином, ингаляциями атровентом. Последнее ухудшение родители связывают с использованием масляных красок во время ремонта у соседей.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается на руках или в полусидящем положении. Температура нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, явления атопического дерматита, более выраженные на конечностях, цианоз носогубного треугольника. Грудная клетка вздута, перкуторно коробочный звук, дыхание ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих свистящих, 2жужжащих» хрипов, единичные влажные. Тахикардия.

Результаты обследования:

1. **Общий анализ крови:** эр – 3,6 х 10^{12}/л, Hb – 120 г/л, Ц.п. – 1,0, лейк – 7,8 х 10^{9}/л, эоз – 10%, п/яд – 2%, с/яд – 32%, лимф – 50%, моноц – 6%, СОЭ – 9 мм/ч.
2. **Цитология назального секрета:** 78% эозинофилы, 22% нейтрофилы.

3. **Рентгенография органов грудной клетки:** вздутие легких, ребра расположены горизонтально, низкое стояние диафрагмы.

Задание:

1. Ваш диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза и тяжести заболевания.
3. Проведите обоснование тяжести приступа заболевания.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Эталоны ответов

Эталон к задаче 1.

1. Острый бронхиолит, ДН II.
2. Риносинцитиальный вирус, может быть вирус парагриппа, аденовирус, реже ЦМВИ, микоплазма, хламидии.
3.
    - Острое начало ухудшение со 2-го дня болезни.
    - Пароксизмальный кашель.
    - Одышка, «свистящее дыхание»
    - Цианоз
    - Втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа
    - Физикальные изменения: коробочный звук при перкуссии, аускультативно – масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов
    - Сужение границ относительной тупости
    - Рентгенологическая картина: повышение прозрачности легочных полей
    - Гематологическая картина: незначительная лейкопения и повышение СОЭ
4.
    - Пневмония
    - Обструктивный бронхит
    - Бронхиальная астма
    - Врожденная патология бронхолегочной системы
    - Синдром микроаспирации
    - Наследственная патология (муковисцидоз, дефицит a_1-антитрипсина)
    - Инородное тело
    - Патология сердца (ВПС, кардит) с декомпенсацией по малому кругу

Эталон к задаче 2

1. Идиопатический гемосидероз легких, гемолитический криз, спровоцированный ОРВИ, подострое течение.
2.
    - ❖ Постепенное развитие клиники: в течение полугода вялость, утомляемость, снижение аппетита, нарастание бледности, одышка при физической нагрузке.
    - ❖ Криз:
- На фоне ОРВИ резкое ухудшение состояния
- Гипертермия
- Кашель с прожилками крови в мокроте
- Одышка в покое
- Иктеричность склер
- Цианоз периорбитальный, периоральный
- Участки притупления при перкуссии
- Разнокалиберные влажные хрипы при аускультации
- Стул черного цвета
- Гипохромная анемия, ретикулоцитоз
- Гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина
- Гиперпротеинемия
- «Облаковидные» очаговые тени, множественные 2-х сторонние при рентгенологическом обследовании

3.

- Определение сывороточного железа
- Иммунограмма
- ЭКГ
- ЭХО-КГ
- ADL
- Бронхоскопия
- Обнаружение сидерофагов в мокроте и промывных водах желудка
- Биопсия легкого для определения в ткани его железа и сидерофагов (исследование опасно развитием легочного кровотечения)

4. Различают 4 фазы ренгенологических изменений:
   I фаза – на фоне неизмененного легкого, во время криза появляются чаще двусторонние вуалеподобные (2облаковидные», «хлопья ваты») тени на фоне усиленного легочного рисунка;
   II фаза – мелкие очаги густо рассеянные по всем легочным полям;
   III фаза – при повторных кризах – возникают обширные плотные затемнения, типа пневмонических инфильтратов, обусловлены кровоизлияниями, но могут сочетаться с пневмонией. Характерен рентгенологический полиморфизм: появление новых очагов и инволюция старых во время криза.
   IV фаза – интерстициальная: усиление интерстициального рисунка легких от незначительного до фиброза, на этом фоне очаговые тени, при этом число очагов в средних зонах больше, чем в верхушках, что создает своеобразную картину «бабочки».

Эталон к задаче 3

1. Синдром Картагенера
2.
   - Обратное расположение внутренних органов
   - Синусит хронический
   - Бронхоэктазы (хронический бронхолегочный процесс)
3. В равной степени может рассматриваться как наследственная патология (синдром дисфункции ресничек) и как порок развития. Тип наследования – аутосомно-рецессивный, частота (по разным авторам) 1:4000 – 1:50000.
4.
   - ФВД
   - КОС
   - ЭКГ
   - ЭХО-КГ
   - Бак. посев мокроты

Эталон к задаче 4

1. Порок развития бронхолегочной системы – гипоплазия нижней доли левого легкого с формированием хронического неспецифического бронхолегочного процесса слева. ДНII.
2.
   - Отягощенный акушерский анамнез (трижды ОРВИ во время беременности)
   - Внутриутробная гипотрофия
   - Отставание в физическом развитии в последующем
   - Частые респираторные заболевания
   - Серый цвет кожи, периоральный, периорбитальный цианоз
   - «Пальцы Гиппократа»
   - Одышка смешанного характера
   - Уплощение левой половины грудной клетки
   - Слева в нижних отделах притупление перкуторного звука, ослабление дыхания, средне-мелкопузырчатые влажные хрипы
   - Постоянный кашель
   - Воспалительные изменения в общем анализе крови
3.
   - ФВД
   - Рентгенография органов грудной клетки при последнем заболевании

- Бронхоскопия
- Бронхография
- Бак.посев мокроты
- Ангиопульмография
- КОС
- ЭКГ, ЭХО-КГ

4.
- Хроническая пневмония
- Поликистоз легких
- Муковисцидоз
- Диафрагмальная грыжа
- Ателектаз
- Плеврит
- Туберкулез
- Распространенные пороки трахеи и бронхов

Эталон к задаче 5

1. Острый обструктивный бронхит. ДН I.
2. Наиболее вероятна парагриппозная инфекция, так как
   А.Отсутствует гипертермия, интоксикация
   Б.Наличие лающего кашля осиплости голоса
3. Клинике бронхообструктивного синдрома предшествовали признаки ОРВИ:

- Одышка, шумное дыхание с 4-го дня заболевания
- Отсутствие отягощенного аллергоанамнеза
- Дыхание с удлиненным выдохом, слышимое на расстоянии, одышка с участием вспомогательной мускулатуры, периоральный цианоз, вздутие грудной клетки, перкуторно – коробочный звук, аускультативно – сухие свистящие хрипы на фоне удлиненного выдоха
- Относительно хорошее самочувствие
- Отсутствие воспалительных изменений в анализе крови, эознофилия
- Нейтрофилы в цитологии назального секрета
- Вздутие легких, усиление легочного рисунка при ренгенологическом обследовании
- Вероятна парагриппозная этиология

Эталон к задаче 6.

1. Врожденный порок бледного типа, ДМЖП, НК ПБ (ЛЖН ПБ, НЖН ПА). Дистрофия типа гипотрофии III, пренатально-постнатального генеза, период прогрессирования, экзогенно-эндогенной этиологии.

2.
- Отягощенный акушерский анамнез (токсикоз I, ОРВИ на сроке 1,5 и 6 месяцев беременности)
- Внутриутробная гипотрофия
- Отставание в массе с рождения
- Частые простудные заболевания, в том числе 4 эпизода бронхообструкции (возможно эпизоды ЛЖН недиагностированнные)
- Почти постоянный кашель (за счет гиперволемии малого круга)
- Выслушивании систолического шума в сердце с родильного дома (недиагностированная патология сердца)
- Физикальный осмотр: резкая бледность кожи, акроцианоз; деформация грудной клетки, больше слева, шумное дыхание, одышка смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки, разнокалиберные хрипы в легких с преобладанием мелкопузырчатых в нижних отделах; расширение границ сердца, приглушенность тонов, грубый систолический шум кардиальный с p.max в III-IV межреберье слева и на верхушке, экстракардиальное проведение; увеличение печени (у ребенка с гипотрофией);
- Отсутствие изменений в гемограмме
- Рентгенологическое изменение
- Изменение на ЭКГ

3.
    - ЭХО-КГ
    - Консультация кардиохирурга
4. Масса тела 8100 г меньше I коридора
   Длина тела 80,5 см – II коридор
   Окружность груди 50,2 см – III коридор
   M/l <I коридора
   Физическое развитие резко дисгармоничное за счет дефицита массы и роста

Эталон к задаче 7.

1. Экзогенный аллергический альвеолит, острое течение. ДН II.
2. Контакт с волнистыми попугайчиками (игра, уход).
3.
    - Острое начало с гриппоподобного состояния (гипертермия, озноб, головная боль)
    - Мучительный кашель, одышка смешанного характера, втяжение межреберий, затрудненное дыхание
    - Отсутствие локальных изменений в легких, преобладание мелкопузырчатых влажных хрипов с обеих сторон
    - Умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ
    - Рентгенологические изменения: мелкоочаговые тени на фоне сниженной прозрачности легких
    - Быстрая положительная динамика после прекращения контакта с аллергеном и рецидив при повторном контакте.
4.
    - ФВД: снижение max скорости выдоха до 25-50% от нормы, снижение индекса Тиффно до 63% и увеличение после прекращения контакта с аллергеном
    - КОС (гипоксемия, гиперкапния)
    - Иммунологическое обследование: повышение ЦИК, уровня лейкотриенов, у-интерферона
    - Ig-антитела (преципитины) скорее являются маркерами взаимодействия с аллергеном, чем развившегося заболевания.
5.
    - Пневмония
    - Бронхиальная астма
    - Бронхиолит
    - Туберкулез милиарный
    - Обструктивный бронхит

Дифференциальный диагноз с бронхиолитом, обструктивным бронхитом.
Общее: кашель, одышка, диффузные изменения в легких
Различие: при бронхиолите связь с инфекцией, одышка преимущественно экспираторного характера, учитывать физикальные и рентгенологические данные.

Дифференциальный диагноз с милиарным туберкулезом: учитывать эпидемиологический анамнез (контакт с больными туберкулезом), результаты туберкулиновых проб, особенности рентгенологической картины (при туберкулезе милиарные высыпания располагаются равномерно по всем легочным полям, их больше и они более отчетливые)

Дифференциальный диагноз ЭАА с бронхиальной астмой и пневмонией

Клинические признаки	ЭАА	Бронхиальная астма	Пневмония
Отягощенная наследственность	Редко	Часто	-
Время появления симптомов после контакта с аллергеном	Через 5-8 часов	Через несколько минут при атопии	-

Свистящее дыхание	Редко	Часто	Редко
Общие нарушения	Часто	Редко	Часто
Хрипы в легких	Мелкопузырчатые, влажны, крепитирующие	Преимущественно сухие	Мелкопузырчатые, влажные
Эозинофилия	Редко	Часто	-
Рентгенография легких	Синдром «матового стекла»	Повышение прозрачности	Очаговые, сегментарные
ФВД (нарушения)	По рестиктивному типу	По обструктивному типу	По смешанному типу
Кожные пробы	Отрицательные	Часто+	Отрицательные
Уровень Ig E в сыворотке крови	Норма	Часто высокий	Норма
Преципитирующие антитела	Часто определяются	Отсутствует	

Эталон к задаче 8.

1. Рецидивирующий обструктивный бронхит, обострение. ДНI.
2. Вирус парагриппа (гипертермия 1 день, осиплость голоса, грубый частый кашель, относительно удовлетворительное самочувствие).
3.
    - Признаки ОРВИ
    - Одышка с 3-го дня заболевания
    - Шумное дыхание со свистящим выдохом
    - Вздутие грудной клетки
    - Перкуторно коробочный звук
    - Аускультативно жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы (преобладают), немногочисленные средне-крупнопузырчатые влажные
    - Относительно хорошее самочувствие
    - Незначительные воспалительные изменения в гемограмме, отсутствие эозинофилии
    - Отсутствие атопии у ребенка и родственников
    - На рентгенограмме – вздутие легких, усиление рисунка, отсутствие инфильтрации
4. Гиперреактивность бронхов:
    - Вирусное воспаление слизистой оболочки бронхов и бронхиол
    - Отек и инфильтрация бронхиальной стенки
    - Гиперсекреция слизи
    - Нарушение мукоцилиарного клиренса
    - Бронхоспазм

Эталон к задаче 9.

1. Бронхиальная астма, среднетяжелое течение, приступ средней степени тяжести. ДН II. Поливалентная аллергия.
2. Бронхиальная астма, средней степени тяжести:
    - Отягощенная наследственность – аллергопатология по материнской линии
    - Отягощенный аллергоанамнез у больного: поливалентная аллергия, атомический дерматит
    - Частота приступов 1-2 раза в неделю
    - Приступы ночного кашля
    - Ремиссия менее 3-х месяцев между приступами
    - Приступы протекают с отчетливыми нарушениями ФВД
    - Приступы обусловлены как инфекционными, так и неинфекционными агентами
    - Физикальные данные:

    1) Приступообразный кашель
    2) Экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры
    3) Вздутие грудной клетки

4) Перкуторный коробочный звук
5) Ослабление дыхания, масса сухих хрипов, единичные влажные
   - Данные обследования:

1) Эозинофилия в гемограмме
2) Эозинофилия в цитологии назального секрета
3) Вздутие легких, отсутствие инфильтративных теней
4) Купирование приступов бронхолитиками (парентерально, в ингаляциях)

3. Приступ среднетяжелый:
   - Возбуждение
   - Вынужденное положение: полусидящее, на руках
   - Выраженная экспираторная одышка
   - Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
   - Свистящий выдох
   - Тахикардия
4.
   - Рецидивирующий обструктивный бронхит
   - Врожденная патология бронхолегочной системы
   - Муковисцидоз
   - Дефицит альфа-1-антитрипсина
   - Врожденные пороки сердца с гиперволемией малого круга кровообращения
   - Миграция круглых гельминтов
   - Аллергический альвеолит

Инструкция по курации больного

1. Провести целенаправленный сбор жалоб, анамнеза болезни, жизни, выяснить кратность эпизодов бронхообструкции у больного
2. Провести физикальное обследование, выявить признаки БОС, оценить его тяжесть
3. Сформулировать предварительный диагноз
4. Оценить результаты параклинического обследования
5. Выявить диагностические критерии для проведения дифференциального диагноза
6. Сформулировать окончательный диагноз
7. Назначить лечение больному (режим, диета, этиотропная терапия)
8. Назначить бронхолитическую, кинезитерапию

Синквейн (пятиминутное эссе на избранную тему)

На практическом занятии: «Дифференциальная диагностика и принципы лечения обструктивного синдрома у детей» предлагаются следующие темы для синквейна

1. Бронхит
2. Бронхообструкция
3. Аускультация
4. Хрипы
5. Одышка
6. Поза
7. Шкала (Таля)
8. Кашель
9. Поллютант
10. Аллерген
11. Диагностика
12. Муколитик
13. Бронхолитик
14. Астма

Тема: Принципы лечения бронхообструктивного синдрома у детей

1. Принципы терапии острых респираторных заболеваний у детей:
1) Показания к назначению жаропонижающих средств. Профиль безопасности жаропонижающих, дозы, пути введения. Физические методы охлаждения при лихорадки.
2) Показания к назначению деконгестантов. Выбор препарата в зависимости от возраста ребенка. Побочные эффекты деконгестантов, их профилактика.
3) Применение местных антисептиков для обработки слизистой полости рта, глотки. Выбор препарата в зависимости от возраста ребенка.
4) Показания к применению муколитиков, откашливающих, противокашлевых средств, их возрастные дозировки препаратов.
5) Показания к назначению противовирусной терапии. Дозировки противовирусных препаратов в зависимости от возраста ребёнка.
6) Показания к назначению антибактериальной терапии. Выбор антибактериального препарата в зависимости от предполагаемого возбудителя.
2. Лечение бронхообструктивного синдрома, алгоритм в зависимости от тяжести, основного заболевания.
3. Препараты - бронходилятаторы, пути доставки.
4. Прогноз, профилактика, исходы БОС.

Тестовые задания с эталонами ответов

ВЫБРАТЬ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

1. ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ НАЗНАЧАЮТ:
    1) Антибиотики
    2) Увлажненный кислород
    3) Эуфиллин
    4) Преднизолон
    5) Бронхолитики короткого действия в ингаляциях
    6) Гепарин
2. ПРИ БРОНХИОЛИТЕ НАЗНАЧАЮТ:
    1) Увлажненный кислород
    2) Инфузионную терапию
    3) Преднизолон
    4) Эуфиллин
    5) Антибиотики
    6) Гепарин

ВЫБРАТЬ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

3. К ИНГАЛЯЦИОННЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ ОТНОСЯТСЯ:
    1) Будесонид
    2) Кромгликат натрия
    3) Флутиказона пропионат
    4) Беклометазон
    5) Преднизолон

ВЫБРАТЬ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

4. ПРЕДЕЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА СЕЛЕКТИВНЫХ АДРЕНОМИМЕТИКОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ:
    1) 10-12 ингаляционных доз
    2) 4-5 ингаляционных доз
    3) 6-8 ингаляционных доз
5. ПЕРВОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ ИНОРОДНОМ ТЕЛЕ БРОНХОВ ЯВЛЯЕТСЯ:
    1) Обезболивающие препараты
    2) Противоотечные средства
    3) Ларингоскория
    4) Бронхоскопия
    5) Коникотомия

ВЫБРАТЬ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

6. К АДРЕНОМИМЕТИКАМ ОТНОСЯТСЯ:

1) Сальбутамол
2) Фенотерол
3) Ипратропиум-бромид
4) Адреналин
5) Кромогликат натрия

7. К СЕЛЕКТИВНЫМ АДРЕНОМИМЕТИКАМ ОТНОСЯТСЯ:
   1) Адреналин
   2) Изадрин
   3) Сальбутамол
   4) Тербуталин
   5) Эфедрин
   6) Фенотерол
8. К ИНГАЛЯЦИОННЫМ М-ХОЛИНОЛИТИКАМ ОТНОСЯТСЯ:
   1) Тровентол
   2) Кромгликат натрия
   3) Ипратропиум-бромид
   4) Беклометазон
   5) Флунизолид
   6) Дитэк

ВЫБРАТЬ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

9. К БЫСТРОМУ И ПРОЛОНГИРОВАННОМУ БРОНХОДИЛАТИРУЮЩЕМУ ЭФФЕКТУ ПРИВОДИТ СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИПРАТРОПИУМА-БРОМИДА И
   1) Кромгликата натрия
   2) В-адреномиметиков
   3) М-холинолитиков
   4) Н1-гистаминоблокаторов
   5) Н2-гистаминоблокаторов
   6) Адреналина

Эталоны ответов тестовых заданий:

№	ОТВЕТ
1	5
2	1
3	1,3,4
4	3
5	4
6	1,2,4
7	3,4,6
8	1,3
9	2

Задачи

Задача 1.

Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой беременности, нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 месяца из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 месяцев на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы.

Семейный анамнез: у матери - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров.

Ребенок в 3 месяца перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое. Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до 38 ºС. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки,

раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Температура тела 38,6 ºС. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Hb – 118 г/л, эр – 4,3 х 10^{12}/л, лейк – 6,2 х 10^{9}/л, п/яд – 1%, с/яд – 30%, эоз – 3%, лимф – 58%, моноц – 8%, СОЭ – 15 мм/ч.

Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

Задание:

5. Ваш диагноз.
6. Можно ли ребенка лечить на дому?
7. Изложите принципы лечения.
8. Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном состоянии?
9. Какие виды физиотерапии показаны?
10. Показано ли назначение антибиотиков?
11. Прогноз.

Задача 2.

Мальчик 5 лет поступил в больницу в тяжелом состоянии с жалобами на слабость, влажный кашель с выделением мокроты с прожилками крови, головную боль, болями за грудиной.

Ребенок от первых беременности и родов, протекавших нормально. Период новорожденности протекал без патологии. Находился на естественном вскармливании, прикормы введены своевременно. В 1 год отмечалась аллергическая реакция в виде сыпи на шоколад и цитрусовые. ОРВИ болел 2-3 раза в год.

Из анамнеза известно, что в течение последнего полугодия стал вялым, снизился аппетит, повысилась утомляемость, появилась бледность кожи, одышка при физической нагрузке, кашель.

За неделю до поступления лечился по поводу острого ринофарингита амбулаторно. На 3-й день от начала заболевания состояние резко ухудшилось, повысилась температура до 39 ºС, усилился кашель, в мокроте появились прожилки крови, одышка в покое, периоральный, периорбитальный цианоз.

При поступлении обращает внимание резкая бледность кожных покровов, умеренная иктеричность склер, цианоз, частота дыхания 40 в минуту. Кашель сильный, влажный, необильная мокрота с прожилками крови. Перкуторно с обеих сторон определяются участки притупления, аускультативно выслушиваются множественные разнокалиберные хрипы. Стул черного цвета.

Результаты обследования:

6. **Общий анализ крови:** эр – 3,0 х 10^{12}/л, Hb – 72 г/л, Ц.п. – 0,72, лейк – 18,0 х 10^{9}/л, эоз – 5%, п/яд – 5%, с/яд – 61%, лимф – 25%, моноц – 4%, СОЭ – 16 мм/ч, ретикулоциты – 27 г/л, гипохромия эритроцитов ++.
7. **Общий анализ мочи:** Светло-желтая, прозрачная, относительная плотность 1016, белок, сахар отрицательный. Лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Эритроциты – нет.
8. **Биохимические анализы крови:** Общий белок – 82 г/л, альбумины – 56 г/л ($а_1$ – 2%, $а_2$ – 11%, $а_3$- 7%, у – 24%), общий билирубин – 35 мкмоль/л, непрямой – 35 мкмоль/л, тимоловая проба – 5 Ед, АЛТ – 28,1 Ед/л, АСТ – 30,3 Ед/л.
9. **Исследование мокроты** – большое количество сидерофагов.
10. **Рентгенография легких:** с обеих сторон определяются множественные облаковидные тени средней интенсивности, лимфатические узлы в области корней увеличены.

Задание:

5. Ваш предварительный диагноз.
6. Принципы лечения.
7. Прогноз.

Задача 3.

Павел Р., 3 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с

выделением гнойной мокроты.

Ребенок от 1-х беременности и родов, беременность протекала с токсикозом I половины, роды срочные. Мать ребенка с детства страдает хроническим гайморитом, хронической пневмонией.

Масса при рождении 2750 г, длина 50 см, находился на естественном вскармливании до 1 года, в массе всегда прибывая недостаточно.

Болен с 1-х дней жизни, отмечались выделения из носа, затрудненное дыхание. С 1,5 месяцев многократно перенес эпизоды обструктивного бронхита (на 1-м году – 5 эпизодов, на 2-м - 6, на 3-м – 4). В 8 месяцев впервые перенес пневмонию; повторно пневмония диагностировалась в 1 год 3 месяца, в 1,5 года, в 1 год 10 месяцев, в 2,5 года (всегда протекала пневмония тяжело и затяжно).

При поступлении состояние тяжелое, температура 37,9 ºС, масса тела 11,2 кг, длина 82 см. Мальчик вялый. Кожные покровы бледно-серые, суховаты, периоральный цианоз, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластины в виде «часовых стекол». Одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры. Дыхание шумное, слышно на расстоянии. Из носа гнойное отделяемое. Грудная клетка вздута, аускультативно с обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Границы относительной сердечно тупости: левая – по левому краю грудины, верхняя – III ребро, правая – по правой среднеключичной линии, тоны сердца выслушиваются справа, ритмичные, систолический шум на верхушке, V точке, акцент II тона на a.pulmonalis. Печень до 3-х см из-под края реберной дуги, безболезненная.

Результаты обследования:

1. **Общий анализ крови:** эр – 4,2 х 10^{12}/л, Hb – 105 г/л, лейк – 17,2 х 10^{9}/л, эоз – 1%, п/яд – 10%, с/яд – 59%, лимф – 24%, моноц – 6%, СОЭ – 25 мм/ч.
2. **Общий анализ мочи:** соломенно-желтая, прозрачная, относительная плотность – 1014, белок – нет, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.
3. **Рентгенография органов грудной клетки:** легкие вздуты, усиление и деформация бронхососудистого рисунка, рассеянно очаговые тени с обеих сторон.
4. **Рентгенография придаточных пазух носа:** 2-х стороннее затемнение верхнечелюстных пазух.
5. **Бронхоскопия:** 2-х сторонний диффузный гнойный эндобронхит.
6. **Бронхография:** 2-х сторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы $S_{6,7,8,9,10}$ справа.
7. **УЗИ органов брюшной полости:** гепатомегалия, печень расположена слева.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Принципы лечения.

Задача 4.

Настя М., 1 год 2 месяца, поступила в отделение с жалобами на частый мучительный малопродуктивный кашель, одышку, повышение температуры до фебрильных цифр в течение 4-х дней, отставание в физическом развитии.

Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, во время которой мама трижды перенесла ОРВИ, I родов, протекавших нормально. Масса при рождении 2700 г, длина 52 см, закричала сразу. С 2-х месяцев находится на искусственном вскармливании, в массе прибывала плохо. В 1,5 месяца перенесла бронхиолит, в последующем отмечалась 5 эпизодов бронхообструкции, однократно левосторонняя пневмония. При поступлении состояние тяжелое, выражена задержка физического развития (масса тела 6900 г, длина 70 см), психомоторного, речевого. Девочка вялая. Колорит кожи серый, периоральный, периорбитальный цианоз, «пальцы Гиппократа» формируются. Одышка смешанного характера, уплощение левой половины грудной клетки. Перкуторно слева в нижних отделах притупление звука, ослабление дыхания, средне-мелкопузырчатые влажные хрипы. Справа перкуторно легочный звук, жесткое дыхание. Тахикардия, гепатомегалия до 3,5 см из-под края реберной дуги.

На всех представленных рентгенограммах обращает внимание смещение средостения влево. Со слов мамы между эпизодами болезни у девочки постоянный кашель.

Общий анализ крови: эр – 3,4 х 10^{12}/л, Hb – 100 г/л, Ц.п. – 0,98, лейк – 17,3 х 10^{9}/л, эоз – 3%, п/яд – 7%, с/яд – 52%, лимф – 31%, моноц – 7%, СОЭ – 31 мм/ч.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Тактика ведения больного.
3. Прогноз.

Задача 5.

Саша Ф., 5 мес, госпитализирован с жалобами на частый влажный приступообразный кашель, затрудненное дыхание, беспокойство.

Ребенок заболел неделю назад, когда отмечался подъем температуры до 38,5 ºС, в последующие дни – субфебрильная, появился насморк, кашель, осиплость голоса.

Вначале кашель сухой, частый, болезненный, с лающим оттенком, затем кашель приобрел продуктивный характер. С 4-го дня заболевания появилось шумное дыхание, одышка, самочувствие особо не страдало. Лечился амбулаторно бисептолом, либексином, супрастином, эуфиллином в порошках. Так как положительной динамики не было, ребенок направлен на стационарное лечение.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести, температура нормальная, мальчик активный, контактный. Приступообразный сухой кашель, в конце влажный, шумное дыхание с удлиненным выдохом, грудная клетка вздута в переднезаднем направлении, кожные покровы чистые, бледные, умеренный периоральный цианоз. Одышка смешанного характера с преобладанием экспираторного компонента, с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно – легочный звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, проводится всюду, рассеянно с обеих сторон сухие, свистящие хрипы, немногочисленные среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень до 2-х см из-под края реберной дуги, селезенка, почки на пальпируются.

Результаты обследования:

1. **Общий анализ крови:** эр – 4,0 х 10^{12}/л, Hb – 110 г/л, Ц.п. – 0,8, лейк – 7,2 х 10^{9}/л, эоз – 1%, п/яд – 3%, с/яд – 33%, лимф – 59%, моноц – 4%, СОЭ – 10 мм/ч.
2. **Цитология назального секрета:** 100% нейтрофилы.
3. **Рентгенография органов грудной клетки:** вздутие легких, усиление легочного рисунка, расширение и тяжистость корней легких.
    a. Наследственность у ребенка не отягощена.

Задание:

1. Ваш диагноз.
2. Есть ли дефекты в амбулаторном лечении, если да, то какие?
3. Назначьте лечение.

Задача 6.

Маша Я., 2 лет, поступила в стационар с жалобами на частый кашель, шумное дыхание, отставание в физическом развитии. Из анамнеза известно, что ребенок от 1-х беременности и родов. Родители работали на прииске в Сибири, во время беременности мать не наблюдалась, с ее слов был токсикоз I половины, переболела ОРВИ на сроке 1,5 месяца и 6 месяцев беременности, лечилась симптоматическими средствами. Роды срочные, девочка родилась с массой 2800 г, длиной 51 см, закричала сразу. В родильном доме был выслушан систолический шум в сердце. Находилась на естественном вскармливании до 5 месяцев, затем на искусственном питании адаптированными смесями, консервированным детским питанием, режим кормлений не соблюдали. Девочка с рождения плохо прибывала в массе, в 1 год масса 6800 г, в 2 года – 8100 г. У девочки почти постоянно отмечается кашель с 6 месяцев, усиливается при наслоении инфекции. Ребенок часто болел респираторными заболеваниями, 4 раза они протекали с явлениями бронхообструкции (все на 2-м году жизни). В нашу область переехали 1,5 месяца назад, до этого наблюдались фельдшером по месту жительства. Не обследовалась ранее. Последнее ухудшение наступило 3 дня назад.

При поступлении состояние тяжелое, вялая, капризная, истощена. Кожные покровы очень бледные, периоральный цианоз, акроцианоз; подкожно-жировой слой отсутствует на всем протяжении, тургор тканей снижен, одышка смешанного характера, втяжение уступчивых мест грудной клетки, дистанционные хрипы при дыхании; деформация грудной клетки, больше слева. Перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, проводится всюду, рассеянно разнокалиберные влажные хрипы с преобладание мелкопузырчатых в нижних отделах. Границы относительной сердечной тупости расширены, тоны сердца приглушены, ритмичные,

грубый систолический шум на верхушке, в III-IV межреберье слева от грудины, проводится в аксиллярную область, на спину, выслушивается во всех проекционных точках. Печень до 3-х см, селезенка пальпируется краем. Диурез снижен.

Масса тела 8100 г. Длина тела – 80,5 см. Окружность груди – 50,2 см.

Данные обследования:

1. **Общий анализ крови:** эр – 3,1 х 10^{12}/л, Hb – 100 г/л, Ц.п. – 1,0, лейк – 10,2 х 10^{9}/л, эоз – 2%, п/яд – 3%, с/яд – 32%, лимф – 58%, моноц – 5%, СОЭ – 11 мм/ч.
2. **Рентгенография органов грудной клетки:** тени очаговых сосудов расширены, сердце увеличено в размерах, очаговые и инфильтративные тени не определяются.
3. **ЭКГ:** гипертрофия и перегрузка обоих желудочков, снижен вольтаж зубцов.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назначьте лечение больной.
3. Тактика дальнейшего ведения, обоснование.

Задача 7.

Коля Ш., 9 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на повышение температуры до 38,7 ºС, озноб, головную боль, сухой мучительный кашель, одышку. С подозрением на пневмонию был госпитализирован. При поступлении состояние средней степени тяжести, одышка смешанного характера – дыхание затруднено, грудная клетка умеренно вздута, одышка смешанного характера с втяжением межреберий, перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно с обеих сторон среднепузырчатые и в большем количестве мелкопузырчатые влажные хрипы. Тахикардия. В гемограмме незначительный лейкоцитоз (12,3 х 10^{9}) и нейтрофилез (п/яд – 5%, с/яд – 67%), СОЭ – 21 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки выявляются мелкие очаговые тени, расположенные преимущественно в средних легочных полях, на фоне сниженной прозрачности легких (синдром «матового стекла»).

При ЭКГ-исследовании определялась синусовая тахикардия, метаболические нарушения в миокарде гипоксического характера.

Мальчику проводилась антибактериальная терапия (цефазолин), симптоматическая, физиолечение. Состояние быстро улучшилось и через 12 дней ребенок был выписан домой с выздоровлением. Однако, через 5 дней он вновь поступил в стационар с аналогичными жалобами и клиническими проявлениями.

Из дополнительного анамнеза известно, то на первом году жизни у мальчика были аллергические проявления в виде кожной сыпи на прием сладкого и яиц. За 10 дней до первого заболевания мальчику подарили 2-х волнистых попугайчиков, за которыми он ухаживал.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Принципы лечения больного, прогноз.

Задача 8.

Костя К., 1,5 лет, поступил с жалобами на осиплость голоса, грубый частый сухой кашель, затрудненное дыхание.

Из анамнеза болезни известно, что заболел 4 дня назад, когда повысилась температура до 38,3 ºС, появилась осиплость голоса и грубый кашель. С 3-го дня заболевания мама отмечает шумное дыхание, одышку, температура снизилась до субфебрильных цифр. Осмотрен амбулаторно и направлен на стационарное лечение. Эпизоды с кашлем, одышкой, шумным дыханием у ребенка на фоне ОРВИ отмечались уже 5 раз, первый был в 4 месяца.

Наследственность не отягощена, растет и развивается соответственно возрасту.

Объективно: состояние ребенка средней степени тяжести, активен, температура 37,2ºС.

Частый, приступообразный кашель, малопродуктивный. Дыхание шумное, слышно на расстоянии, выдох удлинен, свистящий. Грудная клетка значительно вздута, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания, одышка смешанного характера с преобладанием экспираторного компонента. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание жесткое, проводится всюду, с обеих сторон выслушиваются сухие, свистящие хрипы и немногочисленные средне-крупнопузырчатые влажные. ЧД – 44 в минуту, ЧСС – 128 в минуту. Со стороны других органов и систем без особенностей.

Результаты обследования:

1. **Общий анализ крови:** эр – 3,9 х 10^{12}/л, Hb – 115 г/л, Ц.п. – 0,9, лейк – 9,3 х 10^{9}/л, эоз – 3%, п/яд – 5%, с/яд – 23%, лимф – 66%, моноц – 3%, СОЭ – 14 мм/ч.
2. **Рентгенография органов грудной клетки:** усиление легочного рисунка с обеих сторон, вздутие легких, очаговых и инфильтративных теней нет.
3. **Цитология назального секрета –** 100% нейтрофилы.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Принципы лечения у данного больного.
3. Рекомендуемые бронходилятаторы, дозы, способы доставки.

Задача 9.

Больной Иван М., 2 лет, поступил в стационар с жалобами на кашель, одышку, беспокойство.

Ребенок родился от 2-й беременности, во время которой мама дважды переболела ОРВИ, 2-х срочных родов. Наследственность отягощена: мама страдает поллинозом, старший брат 8 лет – нейродермитом, бабушка и дядя по материнской линии бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространенного атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось на приеме сладкого, желтка, картофеля, красных яблок, пенициллина. В 2, 5 месяца на фоне ОРВИ впервые развилась бронхообструкция, в последующем повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 1 года появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, в последние месяцы – 2 раза в неделю, снимались эуфиллином, ингаляциями атровентом. Последнее ухудшение родители связывают с использованием масляных красок во время ремонта у соседей.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается на руках или в полусидящем положении. Температура нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, явления атопического дерматита, более выраженные на конечностях, цианоз носогубного треугольника. Грудная клетка вздута, перкуторно коробочный звук, дыхание ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих свистящих, 2жужжащих» хрипов, единичные влажные. Тахикардия.

Результаты обследования:

1. **Общий анализ крови:** эр – 3,6 х 10^{12}/л, Hb – 120 г/л, Ц.п. – 1,0, лейк – 7,8 х 10^{9}/л, эоз – 10%, п/яд – 2%, с/яд – 32%, лимф – 50%, моноц – 6%, СОЭ – 9 мм/ч.
2. **Цитология назального секрета:** 78% эозинофилы, 22% нейтрофилы.
3. **Рентгенография органов грудной клетки:** вздутие легких, ребра расположены горизонтально, низкое стояние диафрагмы.

Задание:

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте лечение.

Эталоны ответов

Эталон к задаче 1.

1. Острый бронхиолит, ДН II.
2. Возможно при дыхательной недостаточности I степени
3. Режим
    a. Диета
    b. Кислородотерапия
    c. Противовирусная терапия, при РС-вирусной этиологии назначается рибавирин (виразол) в ингаляциях
    d. Бронходилататоры
    e. Отхаркивающие, муколитические препараты при продуктивном кашле
    f. Антиоксиданты
    g. Метаболическая терапия
4. Глюкокортикоиды показаны больным бронхиолитом:

1) С клиническими данными, указывающими на надпочечниковую ндостаточность
2) С подозрением на облитерирующий бронхиолит
3) С дыхательной недостаточностью III степени

b. Могут назначаться парентерально, ингаляционно

c. Ингаляции с физиологическим раствором, атровентом
d. Вибрационный массаж
e. Постуральный дренаж

5. Антибиотики при бронхиолите не показаны. Могут быть назначены при:
   - Подозрении на пневмонию
   - Гнойном эндобронхите
   - Наличии или подозрении на гнойно-септическое заболевание
   - «Бактериальной крови»: лейкоцитоз более 15 х 10^9/л, нейтрофилез со сдвигом влево, СОЭ 25 мм/ч
   - Доказанной хламидийной или микоплазменной этиологии заболевания
   - Летальность при остром бронхиолите 1-2%
   - Приблизительно у половины развивается бронхообструктивный синдром
   - Полное выздоровление
   - Редко осложняется пневмонией
   - У части больных таким образом дебютирует бронхиальная астма (обычно у детей отягощенная наследственность)
   - У части больных развивается хроническая обструктивная болезнь легких в последующем

Эталон к задаче 2

1. Идиопатический гемосидероз легких, гемолитический криз, спровоцированный ОРВИ, подострое течение.

   a. Безмолочная диета
   b. Кортикостероиды
   c. Антигистаминные препараты
   d. Препараты железа
   e. Десферал
   f. Гемотрансфузия по жизненным показаниям
   g. В тяжелых случаях сочетание гормонотерапии со спленэктомией
   h. Иммунодепрессанты

2. Прогноз серьезный. Летальный исход наступает либо от легочного кровотечения, либо от острой или хронической сердечно-легочной недостаточности (декомпенсация легочного сердца).

Эталон к задаче 3

1. Синдром Картагенера
2.
   - При обострении назначают постельный режим или полупостельный режим
   - Полноценная диета, при обострении ограничение соли, экстрактивных веществ
   - Антибактериальная терапия с учетом чувствительности флоры при обострении
   - Муколитики
   - Бронхоскопическая санация
   - Физиолечение
   - ЛФК, постуральный дренаж, кинезиотерапия
   - Метаболическая терапия
   - Фитотерапия
   - Показания к оперативному лечению крайне ограничены в связи с распространенностью основного дефекта и в связи с этим прогрессированием процесса после резекции части или целого легкого

Эталон к задаче 4

1. Порок развития бронхолегочной системы – гипоплазия нижней доли левого легкого с формированием хронического неспецифического бронхолегочного процесса слева. ДНII.
2. Лечение оперативное, но при поражении 1-2 сегментов возможно консервативное, ведущее место отводится антибиотикотерапии.
3. Прогноз благоприятный, если у больного ограниченный порок, а лечение проведено радикальное.

Эталон к задаче 5

1. Острый обструктивный бронхит. ДН I.
2. Да
   - Учитывая вирусную этиологию неоправданно назначени антибактериальной терапии
   - Учитываю отсутствие отягощенного аллергоанамнеза и каких-либо проявлений аллергии у больного, не показано назначение супрастина, тем более, что он обладает «посушивающим» эффектом и тем самым усугубляет бронхообструкцию
   - Не показано назначение либексина противокашлевого препарата центрального ненаркотического действия. Так как подавляя кашлевой рефлекс, либексин (и другие аналогично действующие препараты), замедляет освобождение дыхательных путей от секрета, повышает его вязкость, снижает мукоцилиарный клиренс, усугубляет дыхательную недостаточность
3.
   - Режим
   - Позиционное положение в кровати, массаж грудной клетки, постуральный дренаж
   - Увлажненный кислород до и после кормления
   - Уменьшить суточный объем кормления на 25-30%, увеличить кратность, кормить основной смесью. При уменьшении БОС – переход на обычное питание. Повышение питьевого режима (лечебные чаи, сборы, щелочные минеральные воды, регидрон)
   - Раствор атровента через небулайзер 8-10 капель на ингаляцию
   - Ингаляции с физиологическим раствором через 2-3 часа
   - Муколитики (амброгексал)
   - Физиолечение

Эталон к задаче 6.

1. Врожденный порок бледного типа, ДМЖП, НК ПБ (ЛЖН ПБ, НЖН ПА). Дистрофия типа гипотрофии III, пренатально-постнатального генеза, период прогрессирования, экзогенно-эндогенной этиологии.
2.
   - Госпитализация
   - Постельный режим, проветривание палаты, возвышенное положение
   - Ограничение жидкости до 2/3 суточной потребности, ограничение соли, дробное кормление
   - Кислородотерапия
   - Сердечные гликозиды
   - Мочегонные
   - Кардиотрофы (рибоксин, панангин, пангамат кальция, липоевая кислота и т.д.)
   - Ферменты
3. Оперативное лечение ВПС. Оптимальным возрастом для операции при данном пороке считается 3-6 лет. Но учитывая задержку физического развития, частые респираторные заболевания, периодическое развитие левожелудочковой недостаточности – «предотек легкого», расцениваемого как бронхообструктивный синдром; гипертрофию и перегрузку обоих желудочков, данному ребенку показано оперативное лечение в настоящее время.

Эталон к задаче 7.

1. Экзогенный аллергический альвеолит, острое течение. ДН II.
2.
   - Прекратить контакт больного с аллергеном

- Преднизолон из расчета 1 мг/кг/сут в течение 10-14 дней. При уменьшении одышки, кашля, хрипов в легких, улучшение рентгенологической картины, ФВД, общего самочувствия дозу снижать со скоростью 5 мг/нед. Поддерживающую дозу (5 мг/сут) назначают до 3 месяцев.
- Оксигенотерапия
- ЛФК, массаж грудной клетки
- Симптоматические средства (бронхолитики, отхаркивающие, антибиотики при наслоении инфекции и т.д.)
- В тяжелых случаях может быть назначен плазмаферез, лимфоцитоферез

Эталон к задаче 8.

1. Рецидивирующий обструктивный бронхит, обострение. ДНI.
2.
   - Режим
   - Диета, питьевой режим
   - Кислородотерапия
   - Постуральный дренаж, вибрационный массаж
   - Ингаляции с бронхолитиками, муколитиками
   - Симптоматическая (отхаркивающие, муколитики, метаболическая терапия)
   - Иммунокоррекция (ИРС – 19, ликопид и т.д.) – по показаниям
3.
   - Беродуал 1-2 капли/кг/сут (состав: 0,1 % раствор фенотерола + 0,025% раствор ипратропиума бромида)
   - Беротек – 1 кап/кг; (0,1% раствор фенотерола)
   - Атровент – 8-20 капель на ингаляцию (0,025% раствор ипратропиума бромида)

   Способ доставки:
   - Небулайзер
   - Бебихалер
   - Аэрочамбер
   - Спейсер

Эталон к задаче 9.

1. Бронхиальная астма, среднетяжелое течение, приступ средней степени тяжести. ДНII. Поливалентная аллергия.
2. Базисная терапия:
   - Ингаляционные кортикостероиды, прием ежедневный (беклометазон, будесонид, флутиказон и т.д.)
   - Ингаляции β_2-агонистов короткого действия (вентолин, беротек, беродуал) или атровент, или теофиллин кроткого действия в дозе 5 мг/кг/раз
   - Оксигенотерапия

Применение β_2-агонистов длительного действия противопоказано по возрасту.

Инструкция по курации больного

1. Провести целенаправленный сбор жалоб, анамнеза болезни, жизни, выяснить кратность эпизодов бронхообструкции у больного
2. Провести физикальное обследование, выявить признаки БОС, оценить его тяжесть
3. Сформулировать предварительный диагноз
4. Оценить результаты параклинического обследования
5. Выявить диагностические критерии для проведения дифференциального диагноза
6. Сформулировать окончательный диагноз
7. Назначить лечение больному (режим, диета, этиотропная терапия)
8. Назначить бронхолитическую, кинезитерапию

Объясняются требования к оформлению медицинской документации (дневник, обоснование диагноза, выписной и этапный эпикризы)

Интерактивная форма обучения

Навыковый тренинг «ключевые слова»

Бронхообструктивный синдром (БОС) или синдром бронхиальной обструкции – это **симптомокомплекс**, связанный с нарушением бронхиальной проходимости **функционального** или **органического** происхождения. Клинические **проявления** БОС складываются из удлинения выдоха, появления **экспираторного** шума (свистящее, шумное дыхание), приступов **удушья**, участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, часто развивается **малопродуктивный** кашель. При выраженной **обструкции** может появиться шумный выдох, увеличение частоты дыхания, развитие усталости дыхательных мышц и снижение PaO2.

«Ключевыми словами» в определениях являются выделенные слова.

Тема: Принципы диагностики острых пневмоний у детей

Вопросы для собеседования

1. Понятие пневмонии, удельный вес в структуре заболеваемости и смертности вообще и респираторной инфекции в частности.
2. Факторы риска в развитии пневмонии.
3. Этиология пневмонии у детей в зависимости от места возникновения.
4. Классификация пневмонии, ее формы.
5. Современные методы диагностики пневмонии.
6. Критерии остроты течения пневмонии.
7. Клиника неосложненной пневмонии, диагностика.
8. Клиника осложненных форм пневмонии (лёгочные и внелёгочные), критерии диагностики.
9. Кратность рентгенологического обследования в зависимости от тяжести процесса. Другие методы контроля над воспалительным процессом в легких.

Тестовые задания с эталонами ответов

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

1. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:
    1. Пневмококк
    2. Стрептококк
    3. Микоплазма
    4. Гемофильная палочка
    5. Бактерия Зоне
    6. Легионелла
    7. Вирус гриппа
    8. Ассоциации бактерий и вирусов
    9. Геликобактер пилори

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

2. ГЕМАТОГЕННЫЙ ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ЛЕГОЧНУЮ ТКАНЬ НАБЛЮДАЕТСЯ
    1. При сепсисе
    2. При колите
    3. При бронхите
3. ВИРУСНАЯ ПНЕВМОНИЯ ПО ФОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
    1. Интерстициальной
    2. Крупозной
    3. Деструктивной

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

4. В РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ БОЛЬШУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ
    1. Нарушение проходимости бронхов
    2. Ателектаз
    3. Снижение иммунных реакций организма
    4. Спазм сосудов

5. Гипертензия в малом круге кровообращения
6. Эмфизема

ДОПОЛНИТЬ

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

5. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ ДЕЛЯТСЯ:
    1. На крупозные
    2. На бронхиолиты
    3. На интерсциальные
    4. На аллергические
    5. На плевропневмонии
    6. На сегментарные
    7. На очаговые
6. ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
    1. Выраженные сердечно-сосудистые изменения
    2. Выраженная дыхательная недостаточность
    3. Кашель
    4. Локализованные хрипы
    5. Степень токсикоза
    6. Притупление перкуторного звука
7. СИМПТОМАМИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
    1. Одышка
    2. Ринит
    3. Першение в горле
    4. Цианоз
    5. Стонущее дыхание
    6. Кашель
    7. Мелкопузырчатые влажные хрипы
    8. Сухие хрипы
    9. Среднепузырчатые влажные хрипы
8. ДЛЯ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНЫ:
    1. Двусторонний процесс
    2. Нормальная температура
    3. Острое начало без предшествующего ОРВИ
    4. Румянец на щеке с одной стороны
    5. Одышка
    6. Коробочный оттенок перкуторного звука
    7. Сухие хрипы с обеих сторон
    8. Регионарный лимфаденит
    9. Поражение доли легкого
9. ДЛЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНЫ:
    1. Острое начало без предшествующего ОРВИ
    2. Поражение доли легкого
    3. Обструктивный синдром
    4. Регионарный (бронхопульмональный) лимфаденит
    5. Выраженная интоксикация
    6. Румянец на щеке с одной стороны
    7. Мелкопузырчатые хрипы
    8. Гнойные осложнения (плеврит, остеомиелит)
10. ДЛЯ СТАФИЛОКОККОВОЙ ДЕСТРУКЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНЫ:
    1. Острое начало без предшествующей ОРВИ
    2. Выраженная интоксикация
    3. Влажный кашель
    4. Двусторонний процесс
    5. Осложнение плевритом
    6. Сухие хрипы
    7. Пиопневмоторакс
    8. Лейкоцитоз, повышение СОЭ

11. ДЛЯ СИНЕГНОЙНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНЫ:
    1. Острое начало без предшествующего ОРВИ
    2. «Домашнее» развитие пневмонии
    3. Выраженная интоксикация
    4. Субфебрильная температура
    5. Высокий лейкоцитоз, нейтрофилез
    6. Выраженный палочкоядерный сдвиг
    7. Склонность к деструкции
12. ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНЫ:
    1. Выраженная интоксикация
    2. Высокая температура
    3. Долевое затемнение на рентгенограмме
    4. Сухие хрипы
    5. Вовлечение в процесс интерстициальной ткани
    6. Склонность к затяжному течению
    7. Склонность к развитию пневмосклероза
    8. Очаговые тени на рентгенограмме
13. ПНЕВМОЦИСТНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
    1. Небольшой интоксикацией
    2. Умеренной дыхательной недостаточностью
    3. Выраженной дыхательной недостаточностью
    4. Склонностью к затяжному течению
    5. Множественными сливными тенями с размытыми краями на рентгенограмме («ватные» легкие)
14. ПНЕВМОЦИСТНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
    1. Небольшой интоксикацией
    2. Умеренной дыхательной недостаточностью
    3. Выраженной дыхательной недостаточностью
    4. Склонностью к затяжному течению
    5. Очаговыми сливными тенями на ограниченном участке легкого на фоне усиления легочного рисунка
15. ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ БАКТЕРИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ:
    1. Псевдомонады
    2. Стрептококки
    3. Шигеллы
    4. Клостридии
    5. Стафилококки
    6. Коринебактерии
    7. Микобактерии
    8. Бациллы
    9. Энтерококки
16. ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫМИ БАКТЕРИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ:
    1. Эшерихии
    2. Кампилобактеры
    3. Стафилококки
    4. Клебсиеллы
    5. Псевдомонады
    6. Иерсинии
    7. Сальмонеллы
    8. Протей
    9. Стрептококки
    10. Шигеллы
17. КЛИНИЧЕСКИ ПРИ СИНПНЕВМОНИЧЕСКИХ ПЛЕВРИТАХ ОТМЕЧАЮТСЯ:
    1. Острое начало
    2. Диспноэ

3. Боли в груди при дыхании
4. Брадикардия
5. Отсутствие кашля
6. Ослабленное дыхание при аускультации
7. Коробочный оттенок перкуторного звука

18. КЛИНИЧЕСКИ ПРИ МЕТАПНЕВМОНИЧЕСКОМ ПЛЕВРИТЕ ОТМЕЧАЮТСЯ:
1. Острое начало
2. Боли в животе
3. Боли в груди при дыхании
4. Хороший аппетит
5. Высокая лихорадка
6. Субфебрилитет

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕР ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

19. СТАФИЛОКОККОВЫЕ ПЛЕВРИТЫ ЧАЩЕ БЫВАЮТ:
1. Серозные
2. Геморрагические
3. Гнойные
4. Сухие

Эталоны ответов тестовых заданий:

№	ОТВЕТ
1	1,2,3,4,6,7,8
2	1
3	1
4	1,2,3
5	1,3,6,7
6	1,2,5
7	1,4,5,6,7
8	3,4,5,9
9	4,5,7,8
10	2,3,5,7,8
11	2,3,6,7
12	5,6,7,8
13	1,3,4,5,
14	1,2,4,5
15	2,4,5,6,7,8,9
16	1,2,4,5,6,7,8,10
17	1,2,3,6
18	2,3,5
19	3

Задачи

Задача 1.

Алена А., 3,5 месяцев, поступила на стационарное лечение с жалобами на упорный сильный кашель, одышку, ухудшение состояния, периодический подъем температуры до 37,2-37,5 ºС. Из анамнеза известно, что ребенок от III беременности, две предыдущие закончились выкидышами, мама неоднократно лечилась по поводу аднексита, вульвовагинита. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания на сроке 9, 15, 24,28 недель, роды преждевременные на сроке 33 недель, масса при рождении 1750 г, длина 42 см, находится на естественном вскармливании, в период новорожденности отмечался кашель, который постепенно приобрел коклюшеподобный характер, температура была в пределах нормы, в течение последней недели периодический подъем температуры до 37,3-37,5 ºС, появилась одышка, стала более вялой, отказывается от еды. Участковым врачом направлена в больницу.

При поступлении состояние тяжелое, температура 37,0 ºС, выражена одышка смешанного характера, периоральный цианоз, надсадный частый кашель. Ребенок пониженного питания, бледная, перкуторно коробочный звук, дыхание жесткое, рассеянные с обеих сторон мелкопузырчатые, влажные хрипы, тахикардия; печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	**Hb**	**ЦП**	**лейк**	**Лейкоформула**					**СОЭ**
				эоз	**п/яд**	**с/яд**	**лимф**	**моноц**	
3,7	**112**	**0,9**	**23,4**	**7**	**5**	**35**	**50**	**4**	**9**

Общий анализ мочи: без патологии

Рентгенография органов грудной клетки: с обеих сторон определяются множественные мелкие очажки на фоне вздутия легких

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какой возбудитель, наиболее вероятно вызвал патологический процесс?
3. Критерии постановки диагноза.
4. Какие дополнительные методы обследования следует провести для установления окончательного диагноза?

Задача 2.

Костя Ф., 1,5 месяца, переведен из отделения по выхаживанию недоношенных детей в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что мать страдает частыми простудными заболеваниями, первая беременность протекала с токсикозом I половины, угрозой прерывания беременности, роды на сроке 28 недель. Ребенок родился с массой 1100 г, длиной 40 см, закричал после реанимационных мероприятий. На 10 сутки переведен из роддома в отделение по выхаживанию недоношенных детей. Через неделю стали отмечать кашель, который постепенно усиливался, ухудшение аппетита, вначале остановка в массе, затем снижение ее, появились кратковременно приступы апноэ. Через 2 недели присоединилась одышка, цианоз, дыхательная недостаточность нарастала, но температура была постоянно в пределах нормы. Учитывая нарастающую клинику, ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое, сухой частый кашель, ячеистый цианоз, приступы апноэ, грудная клетка резко вздута, выражена одышка смешанного характера (ЧД до 110 в минуту), перкуторно легочный звук, дыхание жесткое, единичные сухие хрипы, тахикардия, печень до 3 см из-под реберной дуги.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	**Hb**	**ЦП**	**лейк**	**Лейкоформула**					**СОЭ**
				эоз	**п/яд**	**с/яд**	**лимф**	**моноц**	
3,1	**125**	**1,1**	**7,4**	**2**	**4**	**21**	**60**	**13**	**11**

Анизоцитоз +

Пойкилоцитоз ++

Общий анализ мочи: без патологии.

Рентгенография органов грудной клетки: резкое вздутие легочной ткани с обеих сторон, усиление легочного рисунка.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какова этиология заболевания?
3. Критерии постановки диагноза.
4. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?

Задача 3.

Данил Х., 9 лет, поступил в больницу 21.09 с жалобами на повышение температуры сильный кашель. Ребенок направлен врачом школы-интерната, где он живет и учится. Из анамнеза известно, что температура и кашель отмечается у многих детей. Мальчик считает себя больным приблизительно 2 недели, когда появился, а затем усилился кашель, периодически отмечались

подъемы температуры до 38,5-39,0 ºС, но общем состояние особо не страдала, иногда были боли в мышцах. Лечился амбулаторно симптоматическими средствами. Учитывая сильный частый малопродуктивный кашель, появление хрипов в легких, ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное, бледен, синева под глазами, конъюнктива гиперемирована, отделяемого из глаз нет. Перкуторно легочный звук, дыхание жесткое, рассеянные в умеренном количестве мелкопузырчатые влажные хрипы, больше справа. Т=38,6 ºС, ЧД 22 в минуту, ЧСС 82 в минуту.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

Эр	**Hb**	**ЦП**	**лейк**	**Лейкоформула**					**СОЭ**
				эоз	**п/яд**	**с/яд**	**лимф**	**моноц**	
4,2	**125**	**0,8**	**7,4**	**2**	**4**	**60**	**24**	**10**	**24**

Рентгенография органов грудной клетки: негомогенная инфильтрация в обеих легких средней интенсивности.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какая наиболее вероятная этиология заболевания?
3. Критерии постановки диагноза.

Задача 4.

Ринат Ф., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на повышение температуры до 38-38,5 ºС, боли в горле, мучительный частый кашель, недомогание. Из анамнеза известно, что болен в течение 2 недель, когда повысилась температура до субфебрильных цифр, покашливание, оба симптома нарастали, затем появились боли в горле и осиплость голоса, лечился амбулаторно симптоматическими средствами, в связи с отсутствием эффекта направлен в стационар.

Состояние средней степени тяжести, бледен, периоральный цианоз, одышка ЧД=32 в минуту, т=37,6 ºС. Кашель сильный, непродуктивный, охриплость голоса, гиперемия зева и задней стенки глотки, пальпируются увеличенные и болезненные шейные лимфоузлы. Перкуторно легочный звук с участками притупления (пестрый звук). Аускультативно жесткое дыхание, рассеянно сухие хрипы, на высоте вдоха-крепитирующие хрипы, тоны сердца ритмичные, учащены. Паренхиматозные органы не увеличены.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	**Hb**	**ЦП**	**лейк**	**Лейкоформула**					**СОЭ**
				эоз	**п/яд**	**с/яд**	**лимф**	**моноц**	
3,9	**132**	**1,0**	**10,3**	**3**	**4**	**57**	**30**	**6**	**13**

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назовите наиболее вероятный этиологический агент, вызвавший заболевание у больного.
3. Критерии постановки диагноза.
4. Какие дополнительные методы обследования следует назначить для уточнения диагноза?

Задача 5.

Даша Р., 4,5 мес, заболела остро «среди полного здоровья», когда повысилась температура до 39 ºС, появился сухой кашель, стала капризной, ухудшился аппетит. Осмотрена участковым педиатром, назначен парацетамол, симптоматические средства, лечение проводилось в течение 5 дней. За это время отмечена отрицательная динамика: все дни продолжает лихорадить, отказывается от еды, усилился кашель, появилась одышка, стонущее дыхание. Девочка направлена на стационарное лечение.

При поступлении состояние тяжелое, вялая, т=38,5 ºС, дыхание кряхтящее, одышка ЧД 58 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры, периоральный, периорбитальный цианоз, кожа бледная, конечности холодные. Перкуточно справа ниже угла лопатки, в аксиллярной области определяется притупление звука, здесь же ослабление дыхание, крепитирующие хрипы, на остальном пространстве. Перкуторно легочный звук, дыхание жесткое, рассеянно сухие и крупнопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные тахикардия, систолический шум на верхушке, в V точке. Живот безболезненный, печень до 4 см, из-под края

реберной дуги. Менингеальные симптомы отрицательные.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	Hb	ЦП	лейк	Лейкоформула					СОЭ
				эоз	п/яд	с/яд	лимф	моноц	
3,1	1051	1,0	19,4	2	17	64	10	7	39

Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, pH 5,5, сахар отрицательный, белок 0,33 г/л, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет.

Рентгенография органов грудной клетки: справа в проекции нижней доли определяется гомогенный инфильтрат без четких границ корни справа неструктурные, расширенные.

ЭКГ: синусовая тахикардия, метаболические нарушения в миокарде.

КОС крови: pH 7,35, pO_2 70 мм.рт.ст., pCO_2 42 мм.рт.ст.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назовите наиболее вероятный этиологический агент(ы), вызвавший заболевание у больного?
3. Критерии постановки диагноза.
4. Укажите путь распространения инфекции.

Задача 6.

Руслан Б., 7 лет, поступил в стационар на 4-й день болезни. Заболел остро, когда повысилась температура до 39,5 ºС, ухудшилось состояние, на 3-е сутки присоединился кашель. Лечился амбулаторно симптоматическими средствами, жаропонижающими. Лихорадка носила упорный характер, сопровождалась ознобом, стал жаловаться на боли в животе, но диспепсических явлений не было, повысилась одышка. Направлен на госпитализацию.

При поступлении состояние тяжелое, т=39,7 ºС, ЧД=48в минуту, ЧСС=164 в минуту. Цианоз периорбитальный, периоральный, дыхание «кряхтящее», щадит правую половину грудной клетки, одышка смешанного характера. Кожа горячая на ощупь, лихорадочный румянец, больше справа; на губах герпетические высыпания. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании от левой. Перкуторно от середины лопатки и ниже по всей аксиллярной области, в нижнепередних отделах справа выраженное притупление перкуторного звука, здесь же резко ослаблено дыхание, хрипы не выслушиваются. Живот правильной формы, чувствительный при пальпации больше в правой половине. Печень до 3-х см из-под края реберной дуги. Ребенок вялый, временами бредит, в сопоре. Менингеальные симптомы отрицательные.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	Hb	ЦП	лейк	Лейкоформула					СОЭ
				эоз	п/яд	с/яд	лимф	моноц	
4,15	122	0,88	22,7	4	10	55	25	6	27

Общий анализ мочи: без патологии

Рентгенография органов грудной клетки: определяется интенсивное гомогенное затемнение всей нижней доли справа, подчеркнута междолевая плевра.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назовите наиболее вероятный этиологический агент, вызвавший заболевание у больного.
3. Критерии постановки диагноза.
4. Особенности патоморфоза данной патологии.

Задача 7.

Ваня И., 2,5 года, находился на стационарном лечении по поводу правосторонней очагово-сливной пневмонии, на фоне лечения отмечалась положительная динамика. На третий день после нормализации температуры состояние резко ухудшилось: вновь упорная лихорадка до 40 ºС, несмотря на смену антибиотиков, наросла интоксикация, отказывается от еды, усилилась одышка, дыхание стало стонущим, появились боли в правой половине грудной клетки при дыхании.

При осмотре состояние тяжелое, высоко лихорадит, одышка, цианоз, отставание правой

половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно справа притупление звука вплоть до бедренной тупости, здесь же резко ослаблено дыхание, при глубоком дыхании немногочисленные крепитирующие хрипы. Тахикардия, печень до 3-х см из-под края реберной дуги.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

Первый анализ:

эр	Hb	ЦП	лейк	Лейкоформула					СОЭ
				эоз	п/яд	с/яд	лимф	моноц	
3,5	107	0,92	24,3	3	24	57	13	3	33
Токсигенная зернистость нейтрофилов 57%									

После ухудшения:

эр	Hb	ЦП	лейк	Лейкоформула					СОЭ
				эоз	п/яд	с/яд	лимф	моноц	
3,8	100	0,79	15,5	5	17	50	20	8	52
Токсигенная зернистость нейтрофилов 25%									

Общий анализ мочи: без патологии

Рентгенография легких при поступлении:

Справа в проекции средней и нижней доли определяется обширное негомогенное затемнение, корни легких неструктурные.

При ухудшении:

Отмечается отрицательная динамика, сохраняется инфильтрация справа, фибриноторакс, закрывающий наружную половину легких имеет вертикальную границу по внутреннему краю, косто-диафрагмальный угол не дифференцируется.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Критерии постановки диагноза.
3. Причины развития ухудшения, дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.

Задача 8.

Миша Ж., 1,5 года, лечился по поводу КИНЭ в стационаре в течение недели, получал гентамицин, фуразолин. С 8 дня болезни состояние резко ухудшилось: лихорадка, кашель вначале сухой, затем продуктивный нарастала интоксикация, через 3 дня появилось стонущее дыхание, одышка, цианоз.

При осмотре состояние тяжелое, вялый, отказывается от еды. Кожа бледная, периоральный, периорбитальный цианоз, одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры, стонет при дыхании. Перкуторно в нижних отделах справа притупление до бедренной тупости, здесь же значительно ослаблено дыхание, немногочисленные крепитирующие и мелкопузырчатые хрипы. Тахикардия, увеличение печени до 3,5 см из-под края реберной дуги.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	Hb	ЦП	лейк	Лейкоформула					СОЭ
				эоз	п/яд	с/яд	лимф	моноц	
3,7	109	0,88	25,6	2	21	69	5	5	47
Токсигенная зернистость нейтрофилов 55%									

Общий анализ мочи: без патологии

Рентгенография органов грудной клетки: справа в проекции нижней доли определяется интенсивное затемнение с двумя участками просветление в центре, косто-диафрагмальный синус контурируется нечетко, корни расширены, бесструктурны.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назовите наиболее вероятный этиологический агент, вызвавший заболевание у больного.
3. Критерии постановки диагноза.

Задача 9.

Нина Ш., 6 лет, находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении по поводу остеомиелита бедра, проводилась как оперативная, так и консервативная терапия, получала длительную антибиотикотерапию: ампициллин, гентамицин, цефалоспорины II-III поколения. Была получена положительная динамика в общем состояние и со стороны местного процесса. С 18 дня пребывания в стационаре состояние вновь ухудшилось упорная гипертермия, плохо поддающаяся снижению, умеренный щадящий кашель, отказ от еды, боли в левой половине грудной клетки, дыхание кряхтящее, одышка, цианоз.

Объективно: состояние тяжелое, выраженная интоксикация, кожа с серым оттенком, лежит на левом боку при дыхании отставании левой половины грудной клетки, одышка смешанного характера. Перкуторно притупление звука до печеночной тупости слева от угла лопатки и ниже в аксиллярной области, дыхание почти не проводится, хрипы не выслушиваются. Тахикардия. Печень до 4-х см, селезенка 2,5 см, из-под края реберной дуги.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	Hb	ЦП	лейк	Лейкоформула						СОЭ
				эоз	Юн	п/яд	с/яд	лимф	моноц	
3,5	94	0,8	27,7	2	2	32	54	6	4	54
Токсигенная зернистость нейтрофилов 63%										

Общий анализ мочи: без патологии

Рентгенография органов грудной клетки: интенсивное гомогенное затемнение большей части левой нижней доли, левый торакодиафрагмальный синус не контурируется, определяется уровень жидкости.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Критерии постановки диагноза.
3. Назовите наиболее вероятный (ые) возбудитель (ли).

Задача 10.

Мальчик У., 11 месяцев, осмотрен педиатром по поводу повышения температуры и кашля. Из анамнеза известно, что он болен в течение 8 дней. Неделю назад мама стала отмечать у ребенка вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность носа, обильное отделяемое из носа слизистого характера, редкий кашель. Температура повысилась до 37,5 ºС. Мама ребенка обратилась в поликлинику, участковым врачом диагностировано у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние мальчика улучшилось. Однако на 4-й день от начала заболевания у ребенка вновь повысилась температура до 38,6 ºС. Мальчик стал более вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, стал беспокойно усилился кашель. Мама повторно вызвала врача.

При осмотре участковый врач обнаружил бледность кожных покровов, периоральный цианоз, возникающий при плаче раздувании крыльев носа в момент кормления, тахикардию до 140 ударов в минуту. Соотношение пульса к числу дыханий составило 3:1. Над легкими выслушивались мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы в межлопаточной области справа, дыхание жесткое. Ребенок госпитализирован.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	Hb	лейк	Лейкоформула					СОЭ
			эоз	п/яд	с/яд	лимф	моноц	
4,5	118	13,8	1	9	52	32	7	27

Рентгенография органов грудной клетки: повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление прикорневого и легочного рисунка; очаговые тени с нечеткими контурами, располагающиеся в области проекции средней доли правого легкого.

Задание:

1. Каков наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
3. Какие возбудители являются наиболее значимыми в развитии внебольничных форм

заболевания?
4. Назовите основные пути инфицирования при данной патологии.
5. Назовите особенности клинической картины и течения заболевания у данного больного.
6. В каких клинических ситуациях проведение рентгенологического контроля обязательно?

Эталоны ответов

Эталон к задаче 1.
1. Внебольничная двусторонняя интерстициальная пневмония, среднетяжелая, острое течение, ДН I.
2. Chlamidia trachomatis
3.
    a. Отягощенный акушерский анамнез
    b. Недоношенность
    c. Возраст ребенка
    d. Конъюнктивит на первом месяце жизни
    e. Сухой коклюшеподобный кашель
    f. Нормальная, временами субфебрильная температура
    g. Одышка при отсутствии обструкции
    h. Лейкоцитоз, эозинофилия
    i. Рентгенологически: интерстициальная пневмония с множественными очажками
4. Мазок на хламидии с конъюнктивы, слизистой вульвы, ПИД
    - Более достоверно: обнаружение антител в крови: Ig M в титре 1:8 и/или Ig G 1:64 и более (метод ПЦР).

Эталон к задаче 2
1. Двусторонняя интерстициальная пневмония, острое течение. ДН II-III. Недоношенность III степени.
2. Наиболее вероятно, что пневмония вызвана Pneumocysti carini.
3.
    - Отягощенный акушерский анамнез
    - Глубокая недоношенность
    - Постепенное начало болезни на фоне нормальной температуры
    - Резко выраженная одышка, апноэ, цианоз
    - Скудность физикальных данных
    - Отсутствие изменений в гемограмме
    - Рентгенологическая картина
4. Бронхоскопия: обнаружение пневмоцист в трахеобронхиальном аспекте или биоптате Иммунологические – обнаружение антител в крови класса Ig M, позднее Ig G.

Эталон к задаче 3
1. Внебольничная двухсторонняя очаговая пневмония, среднетяжелая, острое течение. $ДН_0$.
2. Mycoplasma pneumoniae
3.
    - Сезон – осень
    - Эпид. обстановка: закрытый коллектив, случаи респираторной патологии.
    - Возраст больного
    - Постепенное развитие заболевания с ведущими симптомами: сильный кашель, сухой конъюнктивит, миалгия, подъемы температуры без нарушения общего состояния.
    - Мелкопузырчатые влажные хрипы, асимметричные
    - Отсутствие лейкоцитоза, умеренное повышение СОЭ
    - Негомогенная инфильтрация в легких

Эталон к задаче 4
1. Внебольничная двухсторонняя очаговая пневмония, среднетяжелая, острое течение. $ДН_{0-1}$.
2. Chlamidia pneumoniae.

3.
   - Постепенное развитие, длительная лихорадка.
   - Шейный лимфаденит
   - Сопутствующий фарингит
   - Двухсторонний процесс с рассеянными хрипами диффузно, без четкой локализации
   - Отсутствие изменений в гемограмме
   - Рентгенологическая картина: диффузные изменения с негомогенными тенями с обеих сторон
4.
   - Исследование мокроты на хламидии
   - Серологические методы: ИФА, ПЦР на выявление специфических антител – диагностический титр Ig M 1:4-1:8 и/или Ig G антител 1:64 и более.

Эталон к задаче 5

1. Внебольничная правосторонняя очагово-сливная пневмония, тяжелая, осложненная сердечно-сосудистой недостаточностью, острое течение. $ДН_2$, НК А.
2. Пневмококк, стафилококк.
3.
- Признаки токсикоза (отказ от еды, вялость, бледность)
- Лихорадка более 3 суток
- Одышка, стонущее дыхание, участие вспомогательной мускулатуры
- Цианоз
- Локальные физикальные изменения в легких
- Островоспалительные изменения в гемограмме
- Наличие очаговых теней
- Изменения на ЭКГ, протеинурия, гепатомегалия, приглушенность тонов, тахикардия, бледность кожи свидетельствует о вовлечении сердечно-сосудистой системы
- Респираторный ацидоз
4. Аэрогенный

Эталон к задаче 6

1. Внебольничная правосторонняя крупозная пневмония, тяжелая, осложненная, острое течение. Токсикоз II (сопор, НК II А, ДН II, $ДВС_0$).
2. Пневмококк
3.
   - Возраст больного, ребенок редко болеет респираторной патологией
   - Острое начало среди полного здоровья
   - Упорная лихорадка с ознобом, сопор, бред
   - Цианоз
   - Одышка, «кряхтящее дыхание», щажение правой половины грудной клетки
   - Физикальные изменения: значительное притупление перкуторного звука справа здесь же резко ослабленное дыхание, отсутствие хрипов
   - Лихорадочный румянец больше справа, высыпания герпеса
   - Абдоминальный синдром
   - Островоспалительная кровь
   - Явления лобита по результатам рентгенологического обследования
4. Патоморфоз крупозной пневмонии IV стадии:
   - Прилива
   - Красного опеченения (наиболее вероятна у нашего больного)
   - Серого опеченения
   - Разрешения

Эталон к задаче 7

1. Внебольничная правосторонняя очагово-сливная пневмония, тяжелая, осложненная метапневмоническим плевритом, острое течение. ДН II.
2.

- Вторая волна лихорадки у ребенка с очагово-сливной пневмонией после кратковременной нормализации температуры. Лихорадка «безмикробная», т.к. смена антибиотиков была безрезультатна.
- Нарастание интоксикации
- Появление клиники плеврита: стонущее дыхание, увеличение одышки, боли в правой половине груди и отставание ее при дыхании, резко выраженное притупление и ослабление дыхания справа
- Динамика в гемограмме: снижение лейкоцитоза, но повышение СОЭ.
- Отрицательная динамика при рентгенологическом обследовании – фибриноторакс

3. Метапневмонический плеврит является результатом иммунопатологического процесса: образование иммунных комплексов при избытке антигенов на фоне распада микробных клеток. Процесс протекает в крови, в плевре, которая является шоковым органом.

Эталон к задаче 8

1. Внутрибольничная правосторонняя очагово-сливная пневмония, тяжелая, осложненная легочными деструкциями, острое течение. ДН II.
2. Учитывая, что ребенок получал Гентамицин, то вероятным возбудителем может быть либо Грам – флора, либо (что более вероятно) Грам +, которая нечувствительна ни к Гентамицину, ни к Фуразолидону, так как инфицирование внутрибольничное, можно думать о резистентном стафилококке – подтверждается клиникой, гематологическими и рентгенологическими изменениями, не исключается пневмококк.
3.
   - Лихорадка
   - Одышка, цианоз, стонущее дыхание
   - Тяжелое состояние, бледность кожи
   - Физикальные изменения в легких: выраженное притупление звука и ослабление дыхания, крепитирующие и мелкопузырчатые влажные хрипы
   - Островоспалительная кровь
   - Наличие интенсивного затемнения с участками просветления на рентгенограмме

Эталон к задаче 9

1. Внутрибольничная левосторонняя очагово-сливная пневмония, тяжелая, осложненная синпневмоническим плевритом, острое течение. Токсикоз II (ДН II, НКА II А, $ДВС_0$).
2. Внутрибольничная, т.к. развилась во время пребывания в стационаре:
   - Острое начало
   - Стойкая гипертермия, отказ от еды, серый колорит кожи, интоксикация, цианоз, гепатомегалия
   - Плеврит: боли в левой половине грудной клетки, лежит на левом боку, отставание левой половины при дыхании, притупление перкуторного звука до печеночной тупости
   - Аускультативно: резко ослаблено дыхание, отсутствие хрипов
   - «Септическая кровь»
   - На рентгенограмме: лобит, уровень жидкости
3. Учитывая, что ребенок получал длительную массивную терапию антибиотиками из группы пенициллинов, аминогликозидов, цефалоспоринов, можно предположить, что пневмония вызвана резистентными штаммеми Гр – флоры и/или полирезистентным стафилококком, анаэробами.

Эталон к задаче 10

1. Внебольничная правосторонняя очаговая пневмония, среднетяжелая, острое течение. ДН I.
2.
   - Недоношенность
   - Перинатальная патология (асфиксия, внутриутробная гипоксия, травмы и т.д.).
   - Синдром рвот и срыгивания
   - Аномалии конституции
   - Гипотрофия II-III степени
   - Рахит II-III степени

- ВПС
- Врожденные пороки развития бронхолегочной системы
- Наследственные заболевания (муковисцидоз, дефицит а1-антитрипсина).
- ИДС
- Переохлаждение

3. Пневмококки, гемофильная палочка, стафилококк, стрептококк, микоплазма, хламидии (Pneumonia), легионелла, вирусы.
4.
   - Аэрогенный – бронхогенный
   - Гематогенный
   - Лимфогенный
5.
   - Заболевание началось с ОРВИ
   - Вторая волна – повышение температуры с 4-го дня болезни
   - Гипертермия более 3-х дней
   - Нарастание интоксикации: вялость, отказ от еды, беспокойный сон
   - Бледность, периоральный цианоз
   - Раздувание крыльев носа
   - ЧСС:ЧДД=3:1
   - Локальная симптоматика: справа в паравертебральной области выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы
   - На рентгенограмме справа в проекции средней доли определяются очаговые тени
   - Воспалительная (бактериальная) кровь: умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренная СОЭ.
6.
   - При подозрении на пневмонию
   - При наличии подтвержденной пневмонии в случае ухудшения клинических и/или параклинических показателей
   - Констатация не только клинического, но и рентгенологического выздоровления от пневмонии
7. Нет, изменения в гемограмме зависят от этиологического фактора.
8.
   - Режим
   - Диета
   - Кислородотерапия
   - Антибактериальная терапия
   - Витаминотерапия
   - Отхаркивающая, муколитическая терапия
   - Антипиретики по показаниям
   - Физиотерапия
   - ЛФК
   - Фитотерапия
9.
   - Рациональный выбор антибиотика определяется этиологическим фактором и его чувствительностью к антибактериальным средствам.

   Смена антибиотика (ов) показана при:
   - Первых признаках неэффективности, но не позднее 36-48 часов от начала лечения, желательно учитывать результаты бактериологического исследования
   - Развитии тяжелых осложнений, обусловленных антибиотиками
   - Высокой потенциальной токсичности антибиотиков (аминогликозиды), ограничивающей длительность его применения
10.
    - Бронхит
    - Бронхиолит
    - Туберкулез

Синквейн (пятиминутное эссе на избранную тему)

Предлагаются следующие темы для синквейна

1. Пневмония
2. Кашель
3. Аускультация
4. Рентгенография
5. Пневмококк
6. Течение (пневмонии)
7. Мокрота
8. Абсцесс
9. Плеврит
10. Хрипы
11. Диагностика
12. Антибиотик
13. Диспансеризация

Тема: Принципы лечения острых пневмоний у детей

Перечень вопросов для собеседования

1. Принципы диетотерапии, режимные мероприятия, кислородотерапия при пневмонии в зависимости от тяжести процесса.
2. Приказ № 725, основные положения.
3. Принципы лечения неосложнённой пневмонии.
4. Принципы лечения лёгочных осложнений пневмонии.
5. Принципы лечения внелёгочных осложнений пневмонии.
6. Оценка эффективности проводимой терапии.
7. Принципы диспансерного наблюдения.

1. АНТИБИОТИКАМИ, ОКАЗВАЮЩИМИ БАКТЕРИЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ, ЯВЛЯЮТСЯ:
    1. Пенициллины
    2. Левомицетин
    3. Макролиды
    4. Цефалоспорины
    5. Аминогликозиды
2. К АНТИБИОТИКАМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ, ОТНОСЯТСЯ:
    1. Макролиды
    2. Полимиксины
    3. Тетрациклины
    4. Левомицетин
    5. Рифампицин
3. ЧЕРЕЗ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЙ БАРЬЕР ХОРОШО ПРОНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ АНТИБИОТИКИ:
    1. Ампициллин
    2. Цефазолин (цефамезин, кефзол)
    3. Цефтриаксон (роцефин, лонгацеф)
    4. Гентамицин
    5. Эритромицин
    6. Тетрациклин
    7. Левомицетин (хлорамфеникол)
    8. Линкомицин
    9. Рифампицин
    10. Амоксициллин
4. К ИНГИБИТОРАМ В-ЛАКТАМАЗ ОТНОСЯТСЯ:
    1. Сульбактам
    2. Ацетилсалициловая кислота

3. Клавулановая кислота
4. Циластатин

5. К ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ АНТИГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ:
   1. Нистатин
   2. Леворин
   3. Амфотерицин В
   4. Флюконазол (дифлюкан)

ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕРА ВСЕХ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

6. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:
   1. Острая сердечно-сосудистая недостаточность
   2. Нейротоксический синдром
   3. Острая дыхательная недостаточность
   4. Частый кашель
   5. Необходимость частого введения антибиотиков
   6. Необходимость терапии кислородом в период новорожденности
7. АКТИВНЫМИ В ОТНОШЕНИИ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ АНТИБИОТИКИ:
   1. Ампициллин
   2. Амикацин
   3. Оксациллин
   4. Цефтазидим
   5. Амоксициллин
   6. Ципрофлоксацин
8. ВСЕ МАКРОЛИДНЫЕ АНТИБИОТИКИ АКТИВНЫ В ОТНОШЕНИИ:
   1. Микоплазмы
   2. Кишечной палочки
   3. Протея
   4. Синегнойной палочки
   5. Хламидий
   6. Бактероидов
9. К БАКТЕРИЦИДНЫМ АНТИБИОТИКАМ ОТНОСЯТСЯ:
   1. Ампициллин
   2. Цефотаксим (клафоран)
   3. Эритромицин
   4. Линкомицин
   5. Азитромицин (суммамед)
   6. Ванкомицин (ванкоцин)
10. ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ ПНЕВМОНИЮ, ВКЛЮЧАЕТ:
    1) ЛФК
    2) Массаж грудной клетки
    3) Физиотерапию
    4) Антибактериальную терапию
    5) Плавание закаливание

Эталоны ответов тестовых заданий:

№	ОТВЕТ
1	1,4,5
2	1,3,4
3	1,3,7,9,10
4	1,3
5	3,4
6	1,2,3,7
7	2,4,6

8	1,5
9	1,2,5,6
	1,2,3,5

Задачи

Задача 1.

Алена А., 3,5 месяцев, поступила на стационарное лечение с жалобами на упорный сильный кашель, одышку, ухудшение состояния, периодический подъем температуры до 37,2-37,5 ºС. Из анамнеза известно, что ребенок от III беременности, две предыдущие закончились выкидышами, мама неоднократно лечилась по поводу аднексита, вульвовагинита. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания на сроке 9, 15, 24,28 недель, роды преждевременные на сроке 33 недель, масса при рождении 1750 г, длина 42 см, находится на естественном вскармливании, в период новорожденности отмечался кашель, который постепенно приобрел коклюшеподобный характер, температура была в пределах нормы, в течение последней недели периодический подъем температуры до 37,3-37,5 ºС, появилась одышка, стала более вялой, отказывается от еды. Участковым врачом направлена в больницу.

При поступлении состояние тяжелое, температура 37,0 ºС, выражена одышка смешанного характера, периоральный цианоз, надсадный частый кашель. Ребенок пониженного питания, бледная, перкуторно коробочный звук, дыхание жесткое, рассеянные с обеих сторон мелкопузырчатые, влажные хрипы, тахикардия; печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	**Hb**	**ЦП**	**лейк**	**Лейкоформула**					**СОЭ**
				эоз	**п/яд**	**с/яд**	**лимф**	**моноц**	
3,7	**112**	**0,9**	**23,4**	**7**	**5**	**35**	**50**	**4**	**9**

Общий анализ мочи: без патологии

Рентгенография органов грудной клетки: с обеих сторон определяются множественные мелкие очажки на фоне вздутия легких

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какой препарат выберите в качестве стартового в этиотропной терапии?
3. При отсутствии эффекта кокой используете альтернативный препарат?
4. Через какой срок от начала лечения будете оценивать его эффективность?

Задача 2.

Костя Ф., 1,5 месяца, переведен из отделения по выхаживанию недоношенных детей в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что мать страдает частыми простудными заболеваниями, первая беременность протекала с токсикозом I половины, угрозой прерывания беременности, роды на сроке 28 недель. Ребенок родился с массой 1100 г, длиной 40 см, закричал после реанимационных мероприятий. На 10 сутки переведен из роддома в отделение по выхаживанию недоношенных детей. Через неделю стали отмечать кашель, который постепенно усиливался, ухудшение аппетита, вначале остановка в массе, затем снижение ее, появились кратковременно приступы апноэ. Через 2 недели присоединилась одышка, цианоз, дыхательная недостаточность нарастала, но температура была постоянно в пределах нормы. Учитывая нарастающую клинику, ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое, сухой частый кашель, ячеистый цианоз, приступы апноэ, грудная клетка резко вздута, выражена одышка смешанного характера (ЧД до 110 в минуту), перкуторно легочный звук, дыхание жесткое, единичные сухие хрипы, тахикардия, печень до 3 см из-под реберной дуги.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	**Hb**	**ЦП**	**лейк**	**Лейкоформула**					**СОЭ**
				эоз	**п/яд**	**с/яд**	**лимф**	**моноц**	
3,1	**125**	**1,1**	**7,4**	**2**	**4**	**21**	**60**	**13**	**11**

Анизоцитоз +
Пойкилоцитоз ++
Общий анализ мочи: без патологии.
Рентгенография органов грудной клетки: резкое вздутие легочной ткани с обеих сторон, усиление легочного рисунка.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С учетом этиологии какой препарат является оптимальным и в какой дозе?
3. Назовите альтернативные препараты.

Задача 3.

Данил Х., 9 лет, поступил в больницу 21.09 с жалобами на повышение температуры сильный кашель. Ребенок направлен врачом школы-интерната, где он живет и учится. Из анамнеза известно, что температура и кашель отмечается у многих детей. Мальчик считает себя больным приблизительно 2 недели, когда появился, а затем усилился кашель, периодически отмечались подъемы температуры до 38,5-39,0 ºС, но общем состояние особо не страдала, иногда были боли в мышцах. Лечился амбулаторно симптоматическими средствами. Учитывая сильный частый малопродуктивный кашель, появление хрипов в легких, ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное, бледен, синева под глазами, конъюнктива гиперемирована, отделяемого из глаз нет. Перкуторно легочный звук, дыхание жесткое, рассеянные в умеренном количестве мелкопузырчатые влажные хрипы, больше справа. Т=38,6 ºС, ЧД 22 в минуту, ЧСС 82 в минуту.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

Эр	**Hb**	**ЦП**	**лейк**	**Лейкоформула**					**СОЭ**
				эоз	**п/яд**	**с/яд**	**лимф**	**моноц**	
4,2	**125**	**0,89**	**7,4**	**2**	**4**	**60**	**24**	**10**	**24**

Рентгенография органов грудной клетки: негомогенная инфильтрация в обеих легких средней интенсивности.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назовите препараты выбора.
3. Что будет свидетельствовать об эффективности терапии?
4. Какова продолжительность лечения в среднем?

Задача 4.

Ринат Ф., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на повышение температуры до 38-38,5 ºС, боли в горле, мучительный частый кашель, недомогание. Из анамнеза известно, что болен в течение 2 недель, когда повысилась температура до субфебрильных цифр, покашливание, оба симптома нарастали, затем появились боли в горле и осиплость голоса, лечился амбулаторно симптоматическими средствами, в связи с отсутствием эффекта направлен в стационар.

Состояние средней степени тяжести, бледен, периоральный цианоз, одышка ЧД=32 в минуту, т=37,6 ºС. Кашель сильный, непродуктивный, охриплость голоса, гиперемия зева и задней стенки глотки, пальпируются увеличенные и болезненные шейные лимфоузлы. Перкуторно легочный звук с участками притупления (пестрый звук). Аускультативно жесткое дыхание, рассеянно сухие хрипы, на высоте вдоха-крепитирующие хрипы, тоны сердца ритмичные, учащены. Паренхиматозные органы не увеличены.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	**Hb**	**ЦП**	**лейк**	**Лейкоформула**					**СОЭ**
				эоз	**п/яд**	**с/яд**	**лимф**	**моноц**	
3,9	**132**	**1,0**	**10,3**	**3**	**4**	**57**	**30**	**6**	**13**

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какой (какие) препараты будут оптимальными и в какой дозе?

3. Назовите критерии отмены этиотропной терапии.

Задача 5.

Даша Р., 4,5 мес, заболела остро «среди полного здоровья», когда повысилась температура до 39 ºС, появился сухой кашель, стала капризной, ухудшился аппетит. Осмотрена участковым педиатром, назначен парацетамол, симптоматические средства, лечение проводилось в течение 5 дней. За это время отмечена отрицательная динамика: все дни продолжает лихорадить, отказывается от еды, усилился кашель, появилась одышка, стонущее дыхание. Девочка направлена на стационарное лечение.

При поступлении состояние тяжелое, вялая, т=38,5 ºС, дыхание кряхтящее, одышка ЧД 58 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры, периоральный, периорбитальный цианоз, кожа бледная, конечности холодные. Перкуточно справа ниже угла лопатки, в аксиллярной области определяется притупление звука, здесь же ослабление дыхание, крепитирующие хрипы, на остальном пространстве. Перкуторно легочный звук, дыхание жесткое, рассеянно сухие и крупнопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные тахикардия, систолический шум на верхушке, в V точке. Живот безболезненный, печень до 4 см, из-под края реберной дуги. Менингеальные симптомы отрицательные.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	Hb	ЦП	лейк	Лейкоформула					СОЭ
				эоз	п/яд	с/яд	лимф	моноц	
3,1	1051	1,0	19,4	2	17	64	10	7	39

Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, pH 5,5, сахар отрицательный, белок 0,33 г/л, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – нет.

Рентгенография органов грудной клетки: справа в проекции нижней доли определяется гомогенный инфильтрат без четких границ корни справа неструктурные, расширенные.

ЭКГ: синусовая тахикардия, метаболические нарушения в миокарде.

КОС крови: pH 7,35, pO_2 70 мм.рт.ст., pCO_2 42 мм.рт.ст.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Изобразите алгоритм этиотропной терапии у данного больного.

Задача 6.

Руслан Б., 7 лет, поступил в стационар на 4-й день болезни. Заболел остро, когда повысилась температура до 39,5 ºС, ухудшилось состояние, на 3-е сутки присоединился кашель. Лечился амбулаторно симптоматическими средствами, жаропонижающими. Лихорадка носила упорный характер, сопровождалась ознобом, стал жаловаться на боли в животе, но диспепсических явлений не было, повысилась одышка. Направлен на госпитализацию.

При поступлении состояние тяжелое, т=39,7 ºС, ЧД=48в минуту, ЧСС=164 в минуту. Цианоз периорбитальный, периоральный, дыхание «кряхтящее», щадит правую половину грудной клетки, одышка смешанного характера. Кожа горячая на ощупь, лихорадочный румянец, больше справа; на губах герпетические высыпания. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании от левой. Перкуторно от середины лопатки и ниже по всей аксиллярной области, в нижнепередних отделах справа выраженное притупление перкуторного звука, здесь же резко ослаблено дыхание, хрипы не выслушиваются. Живот правильной формы, чувствительный при пальпации больше в правой половине. Печень до 3-х см из-под края реберной дуги. Ребенок вялый, временами бредит, в сопоре. Менингеальные симптомы отрицательные.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	Hb	ЦП	лейк	Лейкоформула					СОЭ
				эоз	п/яд	с/яд	лимф	моноц	
4,15	122	0,88	22,7	4	10	55	25	6	27

Общий анализ мочи: без патологии

Рентгенография органов грудной клетки: определяется интенсивное гомогенное затемнение всей нижней доли справа, подчеркнута междолевая плевра.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Этиотропная терапия у данного больного.

Задача 7.

Ваня И., 2,5 года, находился на стационарном лечении по поводу правосторонней очагово-сливной пневмонии, на фоне лечения отмечалась положительная динамика. На третий день после нормализации температуры состояние резко ухудшилось: вновь упорная лихорадка до 40 ºС, несмотря на смену антибиотиков, наросла интоксикация, отказывается от еды, усилилась одышка, дыхание стало стонущим, появились боли в правой половине грудной клетки при дыхании.

При осмотре состояние тяжелое, высоко лихорадит, одышка, цианоз, отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно справа притупление звука вплоть до бедренной тупости, здесь же резко ослаблено дыхание, при глубоком дыхании немногочисленные крепитирующие хрипы. Тахикардия, печень до 3-х см из-под края реберной дуги.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

Первый анализ:

эр	Hb	ЦП	лейк	Лейкоформула					СОЭ
				эоз	п/яд	с/яд	лимф	моноц	
3,5	107	0,92	24,3	3	24	57	13	3	33
Токсигенная зернистость нейтрофилов 57%									

После ухудшения:

эр	Hb	ЦП	лейк	Лейкоформула					СОЭ
				эоз	п/яд	с/яд	лимф	моноц	
3,8	100	0,79	15,5	5	17	50	20	8	52
Токсигенная зернистость нейтрофилов 25%									

Общий анализ мочи: без патологии

Рентгенография легких при поступлении:

Справа в проекции средней и нижней доли определяется обширное негомогенное затемнение, корни легких неструктурные.

При ухудшении:

Отмечается отрицательная динамика, сохраняется инфильтрация справа, фибриноторакс, закрывающий наружную половину легких имеет вертикальную границу по внутреннему краю, косто-диафрагмальный угол не дифференцируется.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какую коррекцию в лечении необходимо произвести?
3. Тактика антибактериальной терапии.
4. Прогноз.

Задача 8.

Миша Ж., 1,5 года, лечился по поводу КИНЭ в стационаре в течение недели, получал гентамицин, фуразолин. С 8 дня болезни состояние резко ухудшилось: лихорадка, кашель вначале сухой, затем продуктивный нарастала интоксикация, через 3 дня появилось стонущее дыхание, одышка, цианоз.

При осмотре состояние тяжелое, вялый, отказывается от еды. Кожа бледная, периоральный, периорбитальный цианоз, одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры, стонет при дыхании. Перкуторно в нижних отделах справа притупление до бедренной тупости, здесь же значительно ослаблено дыхание, немногочисленные крепитирующие и мелкопузырчатые хрипы. Тахикардия, увеличение печени до 3,5 см из-под края реберной дуги.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	Hb	ЦП	лейк	Лейкоформула					СОЭ
				эоз	п/яд	с/яд	лимф	моноц	
3,7	109	0,88	25,6	2	21	69	5	5	47

Токсигенная зернистость нейтрофилов 55%

Общий анализ мочи: без патологии

Рентгенография органов грудной клетки: справа в проекции нижней доли определяется интенсивное затемнение с двумя участками просветление в центре, косто-диафрагмальный синус контурируется нечетко, корни расширены, бесструктурны.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Принципы антибактериальной терапии.
3. Критерии отмены антибактериальной терапии.

Задача 9.

Нина Ш., 6 лет, находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении по поводу остеомиелита бедра, проводилась как оперативная, так и консервативная терапия, получала длительную антибиотикотерапию: ампициллин, гентамицин, цефалоспорины II-III поколения. Была получена положительная динамика в общем состояние и со стороны местного процесса. С 18 дня пребывания в стационаре состояние вновь ухудшилось упорная гипертермия, плохо поддающаяся снижению, умеренный щадящий кашель, отказ от еды, боли в левой половине грудной клетки, дыхание кряхтящее, одышка, цианоз.

Объективно: состояние тяжелое, выраженная интоксикация, кожа с серым оттенком, лежит на левом боку при дыхании отставании левой половины грудной клетки, одышка смешанного характера. Перкуторно притупление звука до печеночной тупости слева от угла лопатки и ниже в аксиллярной области, дыхание почти не проводится, хрипы не выслушиваются. Тахикардия. Печень до 4-х см, селезенка 2,5 см, из-под края реберной дуги.

Результаты обследования:

Общий анализ крови:

эр	Hb	ЦП	лейк	Лейкоформула						СОЭ
				эоз	Юн	п/яд	с/яд	лимф	моноц	
3,5	94	0,8	27,7	2	2	32	54	6	4	54
Токсигенная зернистость нейтрофилов 63%										

Общий анализ мочи: без патологии

Рентгенография органов грудной клетки: интенсивное гомогенное затемнение большей части левой нижней доли, левый торакодиафрагмальный синус не контурируется, определяется уровень жидкости.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какую стартовую этиотропную назначить данному больному?
3. Какие методы обследования и лечения должны быть проведены больному?

Эталоны ответов

Эталон к задаче 1.

1. Внебольничная двусторонняя интерстициальная пневмония, среднетяжелая, острое течение, ДН I.
2. Из группы макролидов, предпочтительнее препараты нового поколения: сумамед, рулид.
3. Ко-тримоксазол
4. 36-48 часов.

Эталон к задаче 2

1. Двусторонняя интерстициальная пневмония, острое течение. ДН II-III. Недоношенность III степени.
2. Ко-тримоксазол в дозе 20 мг/кг/сут.
3. Макролиды, тетрациклины (после 8 лет), метронидазол.

Эталон к задаче 3

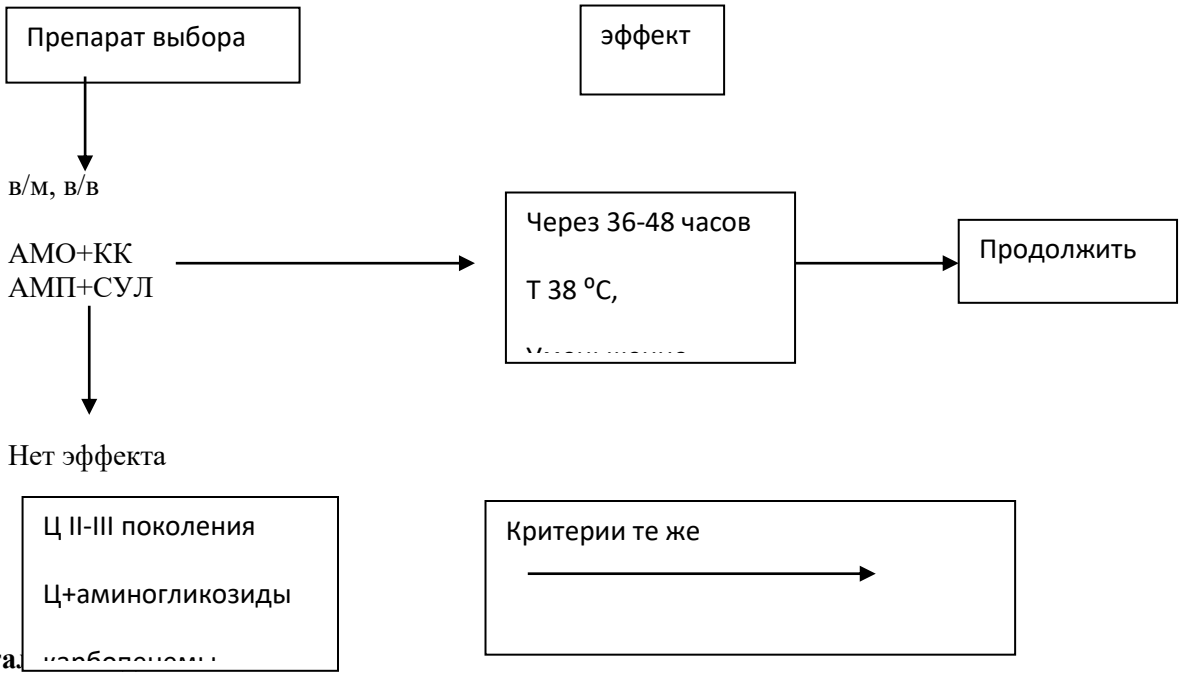
1. Внебольничная двухсторонняя очаговая пневмония, среднетяжелая, острое течение. $ДН_0$.
2. Макролиды, у детей старше 8 лет доксициклин (Юнидокс солютаб)

3. Снижение температуры ниже 38 ºС или нормализация, улучшение аппетита через 24-36 часов.
4. 7-10 дней или через 2-3 дня после нормализации температуры.

Эталон к задаче 4

1. Внебольничная двухсторонняя очаговая пневмония, среднетяжелая, острое течение. $ДН_{0-1}$.
2. Макролиды:
   - Рулид 8 мг/сут в 2 приема
   - Азитромицин 10 мг/кг в 1 прием 1-й день (сумамед) 5 мг/кг в сутки 2-5 дни
   - Кларитромицин 15 мг/кг/сут в 2 приема (клацид)
   - Спирамицин 1,5-3 млн/сут в 2-3 приема (ровамицин)
   - Тетрациклины:
   - Доксициклин (Юнидокс Солютаб) 0,2 г/сут в 1-2 приема
3. Регресс клинических симптомов
   a. Сохранение отдельных лабораторных и/или рентгенологических изменений не является основанием к продолжению антибиотикотерапии.

Эталон к задаче 5

1. Внебольничная правосторонняя очагово-сливная пневмония, тяжелая, осложненная сердечно-сосудистой недостаточностью, острое течение. $ДН_2$, НК А.
2. 

Эта

1. Внебольничная правосторонняя крупозная пневмония, тяжелая, осложненная, острое течение. Токсикоз II (сопор, НК II А, ДН II, $ДВС_0$).
2. Пенициллин, ампициллин, амоксициллин, при отсутствии эффекта замена на АМО-КК, цефалоспорины II-III поколения.

Эталон к задаче 7

1. Внебольничная правосторонняя очагово-сливная пневмония, тяжелая, осложненная метапневмоническим плевритом, острое течение. ДН II.
2. Назначить НПВС. По показаниям при отсутствии гнойных осложнений могут быть назначены коротким курсом гормоны.
3. Замена антибиотиков показана при отсутствии эффекта и/или развитии деструктивного процесса в легких. Наслоение метапневмонического плеврита. Как правило, не является показанием для изменения антибиотикотерапии.
4. Чаще благоприятный. Обратное развитие происходит медленно из-за низкой фибринолитической активности.

Эталон к задаче 8

1. Внутрибольничная правосторонняя очагово-сливная пневмония, тяжелая, осложненная легочными деструкциями, острое течение. ДН II.
2. Исходя из вероятного возбудителя, необходимо назначить защищенные пенициллины или карбапенемы, или рифампицин. При подтверждении стафилококка – ванкомицин (эдицин), клебсиеллезной инфекции – высокие дозы аминогликозидов (амикацин до 30-50 мг/кг/сут)
3. Критерии отмены:
    - Регресс клинических проявлений
    - Сохранение отдельных лабораторных и/или рентгенологических изменений не является противопоказанием отмены.

Эталон к задаче 9

1. Внутрибольничная левосторонняя очагово-сливная пневмония, тяжелая, осложненная синпневмоническим плевритом, острое течение. Токсикоз II (ДН II, НКА II А, $ДВС_0$).
2. При подтверждении или подозрении на:

- Стафилококк – ванкомицин
- На Грам – флору – из группы фторхинолонов, карбопинемов, аминогликозидов в высоких дозах (подозрение на клебсиллезную инфекцию), цефалоспорины III поколения с антисинегнойной активностью, IV поколения
- При анаэробном характере инфекции – ингибиторзащищенные пенициллины, линкосамиды (клиндамицин), метронидазол, карбопенемы

3. Плевральная пункция с последующим исследованием пунктата:
    - Бак. посев
    - Цитология
    - Сахар
    - Белок
    - pH

    При необходимости оперативное лечение – наложение торакоцентеза

Тема: Наследственные и врожденные заболевания легких.

Перечень тем для докладов с презентацией

1. Пороки развития бронхолегочной системы. Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, исходы.
2. Кисты легких. Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, исходы.
3. Синдром Картагенера. Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, исходы.
4. Пороки развития легочных сосудов. Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, исходы.
5. Гемосидероз легких. Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, исходы.
6. Синдром Хамена-Рича (идиопатический альвеолит). Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, исходы.
7. Облитерирующий бронхиолит. Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, исходы.
8. Недостаточность альфа-1 антитрипсина. Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, исходы.
9. Идиопатический диффузный фиброз легких. Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, исходы.
10. Спонтанный семейный пневмоторакс. Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, исходы.
11. Идиопатическая (первичная) легочная гипертензия. Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, исходы.
12. Наследственная геморрагическая телеангиэктазия – синдром Ослера-Рандю-Вебера.

Тестовые задания с эталонами ответов

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

1. При упорном бронхо-обструктивном синдроме, не поддающемся лечению, необходимо исключить:

а) порок развития бронхов
б) стойкий воспалительный очаг
в) привычную аспирацию пищи
г) пассивное курение
д) пневмонию

2. Факторами, способствующими возникновению хронического бронхо-легочного заболевания,

являются:
а) ранний возраст
б) тубинтоксикация
в) частые ОРВИ
г) поздно начатое лечение острой пневмонии
д) успешное лечение деструктивной пневмонии
е) пороки развития легких и бронхов
ж) некоторые наследственные заболевания
3) стрептококковая ангина

3. При кризе идиопатического гемосидероза легких отмечается:

а) резкая слабость
б) боли в ногах
в) боли за грудиной
г) иктеричность кожи и склер
д) одышка в покое

4. При идиопатическом гемосидерозе легких в период криза отмечается:

а) ретикулоцитоз
б) снижение количества эритроцитов
в) повышение прямого билирубина
г) повышение непрямого билирубина
д) макрофаги с гемосидерином в мокроте

5. Клиническими симптомами идиопатического диффузного фиброза легких являются:

а) одышка
б) сухой кашель
в) увеличение окружности грудной клетки
г) влажные хрипы
д) крепитирующие хрипы, напоминающие «треск целлофана»
е) акроцианоз

6. При рентгенологическом обследовании ребенка с идиопатическим диффузным фиброзом легких

отмечается:
а) повышение прозрачности легких
б) диффузное понижение прозрачности легких
в) высокое стояние диафрагмы
г) картина «сотового» легкого

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

7. Изменения функции внешнего дыхания при идиопатическом диффузном фиброзе легких:

а) рестриктивные
б) обструктивные
в) смешанные

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

8. При дефиците α_1-антитринсина характерным поражением легких является:

а) рецидивирующий бронхит
б) бронхоэктазы
в) пневмосклероз

г) обструктивный бронхит
д) буллезная эмфизема легких

9. Для диагностики недостаточности α_1-антитринсина используют:

а) электрофорез белков сыворотки крови
б) определение антитриптической активности сыворотки
в) хроматографию углеводов

10. Синдром Картагенера - это комбинированный порок развития, проявляющийся:

а) обратным расположением внутренних органов
б) хроническим бронхо-легочным процессом
в) синусоринопатией
г) нейтропенией

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

11. При остром течении экзогенного аллергического альвеолита отмечаются:

а) мелкопузырчатые влажные хрипы
б) высокая лихорадка
в) эффект десенсибилизирующей терапии
г) одышка
д) неэффективность антимикробной терапии
е) повышение СОЭ
ж) зозинофилия
3) «летучесть» рентгенологических изменений

Эталоны ответов тестовых заданий:

№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ
1	а,б,в,г	7	а
2	е,ж	8	а,д
3	а,в,г,д	9	а,б
4	а,б,г,д	10	а,б,в
5	а,б,д,е	11	а.б,г,д,ж,з
6	б,г		

Задачи

Задача 1.

Мальчик 5 лет поступил в больницу в тяжелом состоянии с жалобами на слабость, влажный кашель с выделением мокроты с прожилками крови, головную боль, болями за грудиной.

Ребенок от первых беременности и родов, протекавших нормально. Период новорожденности протекал без патологии. Находился на естественном вскармливании, прикормы введены своевременно. В 1 год отмечалась аллергическая реакция в виде сыпи на шоколад и цитрусовые. ОРВИ болел 2-3 раза в год.

Из анамнеза известно, что в течение последнего полугодия стал вялым, снизился аппетит, повысилась утомляемость, появилась бледность кожи, одышка при физической нагрузке, кашель.

За неделю до поступления лечился по поводу острого ринофарингита амбулаторно. На 3-й день от начала заболевания состояние резко ухудшилось, повысилась температура до 39 ºС, усилился кашель, в мокроте появились прожилки крови, одышка в покое, периоральный, периорбитальный цианоз.

При поступлении обращает внимание резкая бледность кожных покровов, умеренная иктеричность склер, цианоз, частота дыхания 40 в минуту. Кашель сильный, влажный, необильная мокрота с прожилками крови. Перкуторно с обеих сторон определяются участки притупления, аускультативно выслушиваются множественные разнокалиберные хрипы. Стул черного цвета.

Результаты обследования:

11. **Общий анализ крови:** эр – 3,0 х 10^{12}/л, Hb – 72 г/л, Ц.п. – 0,72, лейк – 18,0 х 10^9/л, эоз – 5%, п/яд – 5%, с/яд – 61%, лимф – 25%, моноц – 4%, СОЭ – 16 мм/ч, ретикулоциты – 27 г/л, гипохромия эритроцитов ++.
12. **Общий анализ мочи:** Светло-желтая, прозрачная, относительная плотность 1016, белок, сахар отрицательный. Лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Эритроциты – нет.
13. **Биохимические анализы крови:** Общий белок – 82 г/л, альбумины – 56 г/л ($а_1$ – 2%, $а_2$ –

11%, a_3- 7%, у – 24%), общий билирубин – 35 мкмоль/л, непрямой – 35 мкмоль/л, тимоловая проба – 5 Ед, АЛТ – 28,1 Ед/л, АСТ – 30,3 Ед/л.

14. **Исследование мокроты** – большое количество сидерофагов.
15. **Рентгенография легких:** с обеих сторон определяются множественные облаковидные тени средней интенсивности, лимфатические узлы в области корней увеличены.

Задание:

8. Ваш предварительный диагноз.
9. Критерии постановки диагноза.
10. Какие дополнительные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
11. Какова динамика рентгенологических изменений при данном заболевании?
12. Принципы лечения.
13. Прогноз.

Задача 2

Павел Р., 3 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением гнойной мокроты.

Ребенок от 1-х беременности и родов, беременность протекала с токсикозом I половины, роды срочные. Мать ребенка с детства страдает хроническим гайморитом, хронической пневмонией.

Масса при рождении 2750 г, длина 50 см, находился на естественном вскармливании до 1 года, в массе всегда прибывая недостаточно.

Болен с 1-х дней жизни, отмечались выделения из носа, затрудненное дыхание. С 1,5 месяцев многократно перенес эпизоды обструктивного бронхита (на 1-м году – 5 эпизодов, на 2-м - 6, на 3-м – 4). В 8 месяцев впервые перенес пневмонию; повторно пневмония диагностировалась в 1 год 3 месяца, в 1,5 года, в 1 год 10 месяцев, в 2,5 года (всегда протекала пневмония тяжело и затяжно).

При поступлении состояние тяжелое, температура 37,9 ºС, масса тела 11,2 кг, длина 82 см. Мальчик вялый. Кожные покровы бледно-серые, суховаты, периоральный цианоз, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластины в виде «часовых стекол». Одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры. Дыхание шумное, слышно на расстоянии. Из носа гнойное отделяемое. Грудная клетка вздута, аускультативно с обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Границы относительной сердечно тупости: левая – по левому краю грудины, верхняя – III ребро, правая – по правой среднеключичной линии, тоны сердца выслушиваются справа, ритмичные, систолический шум на верхушке, V точке, акцент II тона на a.pulmonalis. Печень до 3-х см из-под края реберной дуги, безболезненная.

Результаты обследования:

Общий анализ крови: эр – 4,2 х 10^{12}/л, Hb – 105 г/л, лейк – 17,2 х 10^9/л, эоз – 1%, п/яд – 10%, с/яд – 59%, лимф – 24%, моноц – 6%, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, относительная плотность – 1014, белок – нет, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Рентгенография органов грудной клетки: легкие вздуты, усиление и деформация бронхососудистого рисунка, рассеянно очаговые тени с обеих сторон.

Рентгенография придаточных пазух носа: 2-х стороннее затемнение верхнечелюстных пазух.

Бронхоскопия: 2-х сторонний диффузный гнойный эндобронхит.

Бронхография: 2-х сторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы $S_{6,7,8,9,10}$ справа.

УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, печень расположена слева.

Задание:

5. Ваш предварительный диагноз.
6. Критерии постановки диагноза.
7. К какой группе патологии относится заболевание, какова частота, тип наследования?
8. Назначьте дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
9. Принципы лечения.

Задача 3.

Настя М., 1 год 2 месяца, поступила в отделение с жалобами на частый мучительный малопродуктивный кашель, одышку, повышение температуры до фебрильных цифр в течение 4-х

дней, отставание в физическом развитии.

Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, во время которой мама трижды перенесла ОРВИ, I родов, протекавших нормально. Масса при рождении 2700 г, длина 52 см, закричала сразу. С 2-х месяцев находится на искусственном вскармливании, в массе прибывала плохо. В 1,5 месяца перенесла бронхиолит, в последующем отмечалась 5 эпизодов бронхообструкции, однократно левосторонняя пневмония. При поступлении состояние тяжелое, выражена задержка физического развития (масса тела 6900 г, длина 70 см), психомоторного, речевого. Девочка вялая. Колорит кожи серый, периоральный, периорбитальный цианоз, «пальцы Гиппократа» формируются. Одышка смешанного характера, уплощение левой половины грудной клетки. Перкуторно слева в нижних отделах притупление звука, ослабление дыхания, средне-мелкопузырчатые влажные хрипы. Справа перкуторно легочный звук, жесткое дыхание. Тахикардия, гепатомегалия до 3,5 см из-под края реберной дуги.

На всех представленных рентгенограммах обращает внимание смещение средостения влево. Со слов мамы между эпизодами болезни у девочки постоянный кашель.

Общий анализ крови: эр – 3,4 х 10^{12}/л, Hb – 100 г/л, Ц.п. – 0,98, лейк – 17,3 х 10^{9}/л, эоз – 3%, п/яд – 7%, с/яд – 52%, лимф – 31%, моноц – 7%, СОЭ – 31 мм/ч.

Задание:

5. Ваш предварительный диагноз.
6. Проведите его обоснование.
7. Какие дополнительные методы следует провести, и что вы ожидаете получить?
8. С какими заболеваниями вы проведете дифференциальный диагноз?
9. Тактика ведения больного.
10. Прогноз.

Эталоны ответов

Эталон к задаче 1

5. Идиопатический гемосидероз легких, гемолитический криз, спровоцированный ОРВИ, подострое течение.
6.
   - ❖ Постепенное развитие клиники: в течение полугода вялость, утомляемость, снижение аппетита, нарастание бледности, одышка при физической нагрузке.
   - ❖ Криз:
   - o На фоне ОРВИ резкое ухудшение состояния
   - o Гипертермия
   - o Кашель с прожилками крови в мокроте
   - o Одышка в покое
   - o Иктеричность склер
   - o Цианоз периорбитальный, периоральный
   - o Участки притупления при перкуссии
   - o Разнокалиберные влажные хрипы при аускультации
   - o Стул черного цвета
   - o Гипохромная анемия, ретикулоцитоз
   - o Гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина
   - o Гиперпротеинемия
   - o «Облаковидные» очаговые тени, множественные 2-х сторонние при рентгенологическом обследовании
7.
   - o Определение сывороточного железа
   - o Иммунограмма
   - o ЭКГ
   - o ЭХО-КГ
   - o ADL
   - o Бронхоскопия
   - o Обнаружение сидерофагов в мокроте и промывных водах желудка
   - o Биопсия легкого для определения в ткани его железа и сидерофагов (исследование

опасно развитием легочного кровотечения)

8. Различают 4 фазы ренгенологических изменений:
   I фаза – на фоне неизмененного легкого, во время криза появляются чаще двусторонние вуалеподобные (2облаковидные», «хлопья ваты») тени на фоне усиленного легочного рисунка;
   II фаза – мелкие очаги густо рассеянные по всем легочным полям;
   III фаза – при повторных кризах – возникают обширные плотные затемнения, типа пневмонических инфильтратов, обусловлены кровоизлияниями, но могут сочетаться с пневмонией. Характерен рентгенологический полиморфизм: появление новых очагов и инволюция старых во время криза.
   IV фаза – интерстициальная: усиление интерстициального рисунка легких от незначительного до фиброза, на этом фоне очаговые тени, при этом число очагов в средних зонах больше, чем в верхушках, что создает своеобразную картину «бабочки».
9.
   - Безмолочная диета
   - Кортикостероиды
   - Антигистаминные препараты
   - Препараты железа
   - Десферал
   - Гемотрансфузия по жизненным показаниям
   - В тяжелых случаях сочетание гормонотерапии со спленэктомией
   - Иммунодепрессанты
10. Прогноз серьезный. Летальный исход наступает либо от легочного кровотечения, либо от острой или хронической сердечно-легочной недостаточности (декомпенсация легочного сердца).

Эталон к задаче 2

5. Синдром Картагенера
6.
   - Обратное расположение внутренних органов
   - Синусит хронический
   - Бронхоэктазы (хронический бронхолегочный процесс)
7. В равной степени может рассматриваться как наследственная патология (синдром дисфункции ресничек) и как порок развития. Тип наследования – аутосомно-рецессивный, частота (по разным авторам) 1:4000 – 1:50000.
8.
   - ФВД
   - КОС
   - ЭКГ
   - ЭХО-КГ
   - Бак. посев мокроты
9.
   - При обострении назначают постельный режим или полупостельный режим
   - Полноценная диета, при обострении ограничение соли, экстрактивных веществ
   - Антибактериальная терапия с учетом чувствительности флоры при обострении
   - Муколитики
   - Бронхоскопическая санация
   - Физиолечение
   - ЛФК, постуральный дренаж, кинезиотерапия
   - Метаболическая терапия
   - Фитотерапия
   - Показания к оперативному лечению крайне ограничены в связи с распространенностью основного дефекта и в связи с этим прогрессированием процесса после резекции части или целого легкого

Эталон к задаче 3

5. Порок развития бронхолегочной системы – гипоплазия нижней доли левого легкого с

формированием хронического неспецифического бронхолегочного процесса слева. ДНII.

6.
   - Отягощенный акушерский анамнез (трижды ОРВИ во время беременности)
   - Внутриутробная гипотрофия
   - Отставание в физическом развитии в последующем
   - Частые респираторные заболевания
   - Серый цвет кожи, периоральный, периорбитальный цианоз
   - «Пальцы Гиппократа»
   - Одышка смешанного характера
   - Уплощение левой половины грудной клетки
   - Слева в нижних отделах притупление перкуторного звука, ослабление дыхания, средне-мелкопузырчатые влажные хрипы
   - Постоянный кашель
   - Воспалительные изменения в общем анализе крови
7.
   - ФВД
   - Рентгенография органов грудной клетки при последнем заболевании
   - Бронхоскопия
   - Бронхография
   - Бак.посев мокроты
   - Ангиопульмография
   - КОС
   - ЭКГ, ЭХО-КГ
8.
   - Хроническая пневмония
   - Поликистоз легких
   - Муковисцидоз
   - Диафрагмальная грыжа
   - Ателектаз
   - Плеврит
   - Туберкулез
   - Распространенные пороки трахеи и бронхов
9. Лечение оперативное, но при поражении 1-2 сегментов возможно консервативное, ведущее место отводится антибиотикотерапии.
10. Прогноз благоприятный, если у больного ограниченный порок, а лечение проведено радикальное.

Интерактивная форма обучения
Синквейн (пятиминутное эссе на избранную тему)

Предлагаются следующие темы для синквейна

1. Легкие
2. Эмфизема
3. Альфа-1 антитрипсин (недостаточность)
4. Гипоплазия (легких)
5. ИВЛ
6. Агенезия (легких)
7. Гемосидероз
8. Ателектаз
9. Амикацин
10. Массаж (перкуторный)
11. Кровохарканье
12. Секвестр (в легких)
13. Синдром (Картагенера)

Тема: Муковисцидоз у детей.

Вопросы для собеседования

1. Опередение муковисцидоза, шифры по МКБ 10.
2. Эпидемиология муковисцидоза. Методы скрининга.
3. Классификация муковисцидоза.
4. Клинические проявления в зависимости от возраста.
5. Диагностика муковисцидоза, роль генетического обследования.
6. Дифференциальный диагноз, когда можно заподозрить муковисцидоз (в разные возрастные периоды).
7. Общие принципы лечения муковисцидоза, цели терапии.
8. Особенности диетотерапии муковицсцидоза. Лечебные смеси.
9. Лечение недостаточности поджелудочной железы. Современные ферментные препараты, расчет их при муковисцидозе.
10. Антибактериальная терапия при муковисцидозе.
11. Муколитики при муковисцидозе.
12. Ступенчатый подход к лечению муковисцидоза.
13. Осложнения муковисцидоза и их лечение.
14. Диспансерное наблюдение детей с муковисцидозом.
15. Прогноз. Исходы муковисцидоза. Продолжительность жизни.

ТЕСТ-КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ «МУКОВИСЦИДОЗ У ДЕТЕЙ».
УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

1. **Тип наследования при муковисцидозе:**
   а) аутосомно-рецессивный
   б) аутосомно-доминантный
   в) Х-сцепленный рецессивный
2. **Основные клинические проявления при муковисцидозе связаны с патологией:**
   а) экзокринных желез
   б) эндокринных желез
   в) центральной нервной системы
3. **При муковисцидозе нарушается транспорт:**
   а) хлора и натрия
   б) брома и натрия
   в) железа и натрия
4. **Ген муковисцидоза расположен на длинном плече хромосомы:**
   а) седьмой
   б) шестой
   в) четвертой
5. **Самые тяжелые проявления муковисцидоза наблюдаются при мутации:**
   а) del F 508
   б) R 1162 X
   в) R 117 H

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

6. **В патогенезе кишечных расстройств при муковисцидозе играет роль:**
   а) увеличение вязкости панкреатического сока
   б) бактериальное воспаление поджелудочной железы
   в) угнетение инсулярного аппарата
   г) фиброз поджелудочной железы
   д) дисфункция железистых клеток тонкой кишки
   е) ферментативная недостаточность поджелудочной железы
7. **Патология со стороны гепатобилиарной системы при муковисцидозе проявляется:**

а) белково-жировой дистрофией печени
б) билиарным циррозом
в) первичным склерозирующим холангитом
г) люпоидным гепатитом
д) закупоркой внутрипеченочных желчных протоков
е) желчно-каменной болезнью

8. **Изменения в поджелудочной железе при муковисцидозе носят характер:**
а) диффузного фиброза
б) кистозных изменений
в) жирового перерождения
г) интерстициального отека

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

9. **Течение и прогноз муковисцидоза определяют в основном изменения:**
а) бронхо-легочные
б) кишечные
в) урогенитальные
г) поджелудочной железы

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

10. **Бронхо-легочными поражениями при муковисцидозе являются:**
а) повторные и рецидивирующие пневмонии
б) хроническая двусторонняя пневмония
в) бронхиальная астма, рефрактерная к терапии
г) хронический бронхит
д) острые бронхиты

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

11. **Тип вентиляционной недостаточности при муковисцидозе:**
а) обструктивный
б) рестриктивный
в) смешанный

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

12. **Микробный пейзаж бронхо-легочный системы при муковисцидозе представлен в основном:**
а) золотистым стафилококком
б) синегнойной палочкой
в) гемофильной палочкой
г) кишечной палочкой
д) протеем

13. **Основными симптомами кишечного синдрома при муковисцидозе являются:**
а) метеоризм
б) обильный, жирный, зловонный стул
в) выпадение слизистой оболочки прямой кишки
г) частая рвота
д) анорексия
е) кишечная непроходимость

14. **При муковисцидозе часто наблюдаются:**
а) нарушение роста и развития
б) задержка полового развития
в) мужское бесплодие
г) хронический синусит
д) полипы носа
е) миопия
ж) тугоухость

15. Диагноз муковисцидоза базируется на наличии:

а) хронического бронхо-легочного процесса
б) кишечного синдрома
в) случаев муковисцидоза у сибсов
г) положительного потового теста
д) макрогематурии
е) повышения АД

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

16. У детей старше 1 года при муковисцидозе содержание хлоридов пота (при навеске более 100 мг):

а) ниже 60 ммоль/л
б) выше 60 ммоль/л

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

17. Обязательным при муковисцидозе является назначение:

а) антибиотиков
б) антихеликобактерийных препаратов
в) муколитиков
г) ферментов поджелудочной железы
д) витаминов

18. Лечение бронхиальной обструкции при муковисцидозе включает:

а) кинезитерапию
б) бронходилататоры
в) муколитики
г) антагонисты H_2-блокаторов гистамина

19. В качестве муколитиков при муковисцидозе применяют:

а) N –ацетилцистеин
б) щелочи в ингаляциях
в) карбоцистеин
г) амброксол
д) мукалтин
е) унитиол

20. При муковисцидозе в диете необходимо:

а) увеличить белки
б) уменьшит жиры
в) добавить соль
г) ограничить жидкость

21. Муковисцидоз необходимо дифференцировать с:

а) дисахаридазной недостаточностью
б) целиакией
в) пневмонией
г) пиелонефритом

22. При муковисцидозе чаще поражаются системы:

а) сердечно-сосудистая
б) костно-мышечная
в) желудочно-кишечная
г) органы дыхания

23. При муковисцидозе наиболее часто отмечаются:

а) водянистый стул
б) судороги
в) кашель
г) стеаторея

24. Дифференцировать с муковисцидозом необходимо:

а) дизентерию
б) болезнь Крона
в) целиакию

г) затяжную пневмонию
д) дисахаридазную недостаточность

25. Муковисцидоз можно диагностировать следующими исследованиями:
а) рентгенографией желудочно-кишечного тракта с барием
б) потовой пробой
в) определением натрия в ногтях
г) УЗИ органов брюшной полости

26. При лечении больных муковисцидозом применяют:
а) кинезитерапию
б) гормонотерапию
в) антибиотики
г) ферменты
д) аглиадиновую диету
е) ингаляции муколитиками

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

27. Стеаторея за счет жирных кислот характерна для:
а) неспецифического язвенного колита
б) дизентерии
в) целиакии
г) муковисцидоза
д) врожденной короткой кишки

28. Муковисцидоз – заболевание, протекающее с поражением:
а) экзокринных желез
б) экзокринных желез и электролитного обмена
в) экзокринных желез, электролитного обмена и соединительной ткани

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

29. Формами муковисцидоза являются:
а) легочная
б) кожная
в) суставная
г) кишечная
д) почечная
е) смешанная

30. Бронхолегочными поражениями при муковисцидозе являются:
а) рецидивирующие пневмонии
б) аллергические пневмонии
в) хронические пневмонии
д) ателектазы
е) серозный плеврит
ж) рецидивирующие бронхиты

31. Изменения желудочно-кишечного тракта при муковисцидозе проявляются в виде:
а) мекониального илеуса
б) цирроза печени
в) сахарного диабета
д) синдрома нарушенного кищечного всасывания
е) холелитиаза
ж) спастического колита
з) аллергического гастрита
и) выпадения прямой кишки

32. При муковисцидозе отмечается
а) ускоренное половое развитие
б) мужское бесплодие
в) хронический синусит
г) обратное расположение внутренних органов
д) полипы носа

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

33. Муковисцидоз у детей раннего возраста проявляется:

а) пониженным аппетитом и плохой прибавкой массы
б) повышенным аппетитом и плохой прибавкой массы
в) пониженным аппетитом и хорошей прибавкой массы
г) повышенным аппетитом и хорошей прибавкой массы

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

34. Кашель при муковисцидозе
а) частый
б) приступообразный
в) непрерывный
г) коклюшеподобный
д) мучительный
е) поверхностный

35. Аускультативно при обострении пневмонии при муковисцидозе выслушиваются хрипы:
а) односторонние
б) двусторонние
в) разнокалиберные влажные
г) сухие

36. Рентгенологически в легких при муковисцидозе находят:
а) усиление бронхососудистого рисунка
б) участки эмфиземы
в) ателектазы
г) односторонний пневмосклероз
д) двусторонний пневмосклероз
е) отсутствие деформации легочного рисунка
ж) нарушение структуры и уплотнение корней легких
з) сужение корней легких

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

37. Причиной развития легочного сердца при муковисцидозе является:
а) хроническая гипоксия
б) алкалоз
в) диффузный пневмосклероз
г) рефлекторное расширение артериол
д) спазм артериол
е) ацидоз

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

38. Для проведения потовой пробы при муковисцидозе используется
а) электрофорез с атропином
б) электрофорез с пилокарпином
в) подкожное введение атропина
г) подкожное введение пилокарпина

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

39. При высеве мокроты больного муковисцидозом золотистого стафилококка применяют:
а) амоксициллин
б) цефтриаксон
в)сульфадиметоксин
г) фуразолидон
д) трихопол

40. При высеве из мокроты больного муковисцидозом синегнойной палочки применяют:
а) ципрофлоксацин
б) тетрациклин
в) меропенем
г) амикацин
д) бактрим

е) трихопол

41. Виды спорта, рекомендуемые для больных миуковисцидозом:

а) футбол
б) бокс
в) езда на велосипеде
г) плавание
д) туризм
е) прыжки в воду
ж) верховая езда
з) большой теннис

Эталоны ответов тестовых заданий:

№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ
1	А	22	В,Г
2	А	23	В,Г
3	А	24	В,Г,Д
4	А	25	Б,В
5	А	26	А,В,Г,Е
6	А,Г,Д,Е	27	В
7	А,Б,Д,Е	28	В
8	А,Б,В	29	А,Г,Е
9	А	30	А,В,Г,Е
10	А,Б,В,Г	31	А,Б,В,Г,Д,З
11	В	32	Б,В,Д
12	А,Б,В	33	Б
13	Б,В,Е	34	А,Б,Г,Д
14	А,Б,В,Г,Д	35	Б,В,Г
15	А,Б,В,Г	36	А,Б,В,Д,Ж
16	Б	37	А,В,Д
17	А,В,Г,Д	38	Б
18	А,Б,В	39	А,Б
19	А,В,Г,Е	40	А,В,Г
20	А,В	41	В,Г,Д,Ж,З
21	А,Б,В		

42-38 правильных ответа – отлично
37-33 правильных ответа – хорошо
32-29 правильных ответа – удовлетворительно

Задачи

Задача № 1

Мальчик 8 лет, поступил в больницу с жалобами на затрудненное дыхание. Ребенок от третьей беременности (дети от первой и второй беременности умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости).

Болен с рождения: отмечался постоянный кашель, на первом году жизни трижды перенес пневмонию. В последующие годы неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель, с трудно отделяемой мокротой. При поступлении состояние мальчика очень тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы «часовых стекол» и «барабанных палочек». ЧД – 40 в 1 минуту, ЧСС- 120 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева – жесткое. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке слабой интенсивности. Печень +5-6 см. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный.

Клинический анализ крови: Hb – 100 г/л.Эр- $3,5x10^{12}$/л, Ц.п – 0,85, Лейк- $17,7x10^{9}$/л, п/я-8%,

с-68%, э-3%, л-15%, м- 6%, СОЭ – 45 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумины – 46%, альфа$_1$-глобулины – 9%, альфа$_2$-глобулины-15%, бета-глобулины-10,5%, гамма-глобулины-19,5%, тимоловая проба-9,0, СРБ- ++, ЩФ-950 Ед/л (норма- 220-820), АЛТ – 36 Ед/л, Аст-30 ЕД/л.

Пилокарпиновая проба: натрий – 132 ммоль/л, хлор – 120 ммоль/л

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхососудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах, густые фиброзные тяжи. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, «капельное сердце».

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани; поджелудочная железа – 15х8х25 мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры (газы); желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные, селезеночная вена извита.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз данному больному.
2. Дайте оценку приведенных лабораторно-инструментальных методов исследования.
3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
4. Дайте определение муковисцидозу. Какова распространенность заболевания.
5. Каковы этиология, пути передачи и патогенез основного заболевания?
6. Каков генез поражения гепатобилиарной системы?
7. Назначьте больному лечение. Принципы.
8. Какие виды физиотерапии показаны при муковисцидозе, их цели?
9. Какими видами спорта можно заниматься вне обострения заболевания?
10. Каков прогноз при заболевании, продолжительность жизни в динамике за последние десятилетия?

Задача № 2

Больной Н., 7 месяцев. Ребенок от I беременности и родов, протекавших нормально, родился с массой тела 3100 г, длиной тела 53 см, в возрасте 2-х дней переведен в хирургическое отделение с диагнозом кишечная непроходимость, от оперативного лечения воздержались, было назначено консервативное лечение. В 2,5 месяца и в 5 месяцев лечился стационарно в инфекционном отделении по поводу КИНЭ. В массе отставал, несмотря на хороший аппетит. Со второго полугодия отмечаются то запоры, то обильный зловонный блестящий стул до 3-.6 раз в сутки, периодически отмечается выпадение слизистой прямой кишки. Поступил для обследования. Состояние тяжелое, резко истощен, отеки на стопах, голени, передней брюшной стенки. Рахитическая деформация черепа, грудной клетки. Живот значительно увеличен в размерах, печень до 3-х см ниже реберной дуги, селезенка до 0,5 см. Тахикардия, приглушенность тонов.
В анализе крови Эритр.- 2,7 х 10 , Нв -70 г/л, ц. п.-0,78, Лейк.- 12,5 х 109- э.-3,п/яд.-3, с/яд.-27,л.-66,М.-1, СОЭ 6.
Копрограмма - кал светлый, зловонный, нейтральный жир крупными каплями ++++, жирные кислоты +, крахмал +. Кал на реакцию Трибуле ++++,
Анализ мочи без патологии.
Общий белок. 45 г/л, альбумины 47%.
УЗИ органов брюшной полости исследование затруднено из-за вздутия живота.
Рентгенография органов грудной клетки - легочные поля чистые.
Хлориды пота. 79 ммоль/л. (аппарат)

Задание:

I. Какое основное заболевание у больного?

1.врожденная лактазная недостаточность
2.первичная целиакия
3.муковисцидоз
4.синдром Швахмана
5.врожденная экссудативная энтеропатия

II. Перечислите диагностические критерии поставленного диагноза.
III.Какое осложнение развилось у больного на фоне основного заболевания?
1.целиакия
2.лактазная недостаточность
3. энтероколит
4. экссудативная энтеропатия
5. гломерулонефрит
IV. Перечислите диагностические критерии этого диагноза.
V. Если Вам представится возможность, какой смеси отдадите предпочтение, исходя из основного диагноза:
1. Просоял
2. Хуманосоя
3. Нутрамиген
4. Портаген
5.Прегестимил
VI.Какое исследование наиболее достоверно для верификации диагноза?
1.рентгенологическое
2.иммунологическое
3.генетическое
4. УЗИ
5. копрологическое

Эталоны ответов

Эталон ответа задаче № 1

1. **Диагноз:**
   Муковисцидоз, смешанная форма, обострение, правосторонняя очаговая пневмония, ДН II; цирроз печени, задержка физического развития.
2. **Оценка приведенных лабораторно-инструментальных методов исследования:**
   - Гемограмма: нормохромная анемия, легкой степени, лимфоцитопения, значительно ускорена СОЭ
   - Диспротеинемия за счет гипоальбуминемии, увеличения α-фракции
   - Повышена тимоловая проба, СРБ 2, повышение щелочной фосфатазы
   - Высокие хлориды поты
   - Стеаторея I типа-боьшое количество нейтрального жира в кале
   - На рентгенограмме: деформация бронхососудистого рисунка, густые фиброзные тяжи, очаговая инфильтрация в средней доле справа.
   - Увеличение и уплотнение паренхимы печени, поджелудочной железы
3. **План обследования:**
   - Бак.посев мокроты с антибиотикограммой
   - Бронхоскапия
   - ФВД
   - ФГДС (расширение вен пищевода)
   - ЭКГ, ЭХО-КГ (легочная гипертензия)
   - Консультация ЛОР – врача
   - Сахар крови, панкреатическая эластаза
   - Генетическая диагностика (если не была проведена)
   - Иммунологическое обследование (выявление антисинегнойных антител, уровня ЦИК, количество и качество макрофагов, уровень ИЛ8, ИЛ1, ИЛ6, ТНФ2 и т.д)
   - Оценить тяжесть состояния по шкале Швахмана-Брасфильда.
4. **Определение и распространенность муковисцидоза:**
   Муковисцидоз – наследственное моногенное заболевание, обусловленное мутацией гена МВТР, характеризующееся поражением экзокринных желез, жизненно-важных органов и систем и имеющее обычно тяжелое течение и прогноз. Распространенность в странах Европы и Северной Америки составляет 1:2000-3000 новорожденных, в России 1:12300

новорожденных. Наиболее распространены у представителей белой расы, является редким заболеванием у представителей негроидной и желтой рас.

5. **Этиология** – мутация в гене муковисцидоза, насчитывается в настоящее время около 1000; наиболее значимая для России – дельта F- 508(56%), в Москве-41%, названного МВТР-трансмембранный регулятор МВ. Он локализуется в апикальной части мембраны эпителиальных клеток, выстилающих выводные протоки поджелудочной железы, кишечника, бронхолегочной системы, урогенитального тракта и регулирует электролитный транспорт; доказано, что МВТР является собственно хлорным каналом.
   Путь предачи-аутосомно-рецессивный.
   Патогенез: три основных звена:
   - Поражение эндокринных желез
   - Нарушение электролитного обмена
   - Поражение соединительной ткани (вследствие иммунологических нарушений и непосредственно изменений фибробластов, генетическая неполноценность соединительной ткани).
6. **Поражение гепатобилиарной системы** при муковисцидозе: у 5-10% больных цирроз печени, у 5-10% желчнокаменная болезнь, у 25%- больных не функционирует желчный пузырь.
   Поражение печени- следствие базисного дефекта при муковисцидозе. Печеночный секрет становится вязким, плохорастворимым, что приводит к затруднению его эвакуации, обструкции желчевыводящих протоков и полной закупорке, развитию фиброза. Сгущение желчи, изменение ее физико-химических свойств способствует образованию камней в желчном пузыре и желчевыводящих путях.
7. **Принципы терапии:**
   - Антимикробная терапия
   - Диетотерапия
   - Витаминотерапия
   - Ферментная терапия
   - Муколитическая терапия
   - Кинезотерапия
   - Лечение осложнений
8. **Цель физиотерапии** – очищение бронхиального дерева от вязкой мокроты и поддержание его в постоянно функциональном состоянии.
   Виды физиотерапии:
   - Ингаляции с муколитиками
   - Дренажные положения тела
   - Дыхательные упражнения с помощью ПЕП-маски, флаттера
   - Клопф-массаж
   - Аутогенный дренаж
   - Гимнастика на мяче
9. **Виды спорта:**
   Плавание, бег, езда на велосипеде, лыжи, бадминтон, теннис, верховая езда, йога, гимнастика, УШУ, волейбол, гольф, туризм.
10. **Прогноз** серьезный, однако, современная диагностика, использование подходов к лечению больных муковисцидозом позволило значительно улучшить у них продолжительность жизни. Если в 1968 году она составила 7 лет, то в 1985-25 лет, в 90-е годы-31 год, в начале 21 века планируется до 40 лет (Европа, Северная Америка), в России в настоящее время продолжительность жизни приблизительно 16 лет.
    Использование методов пренатальной диагностики муковисцидоза медико-генетическое консультирование семей с одной стороны, методов генной терапии с другой, позволит кардинально решить проблему муковисцидоза.

Эталон ответа к задаче № 2
I.3

II.
1.мекониальный илеус в периоде новорожденности
2. выраженные эпизоды срыва стула в 2,5 мес. и 5 мес. при отрицательных бак.посевах кала
3. низкая прибавка в массе при хорошем аппетите
4. неустойчивый стул: запоры, понос
5.характер стула: обильный, зловонный, блестящий
6. выпадение слизистой прямой кишки
7.копрологическое исследование: светлый, нейтральный жир ++++■
8.Концентрация хлоридов пота в диагностическом диапазоне (40-60 ммоль/л)
III. 4
IV. Вторичная экссудативная энтеропатия на фоне кишечной формы муковисцидоза
1. периферические отеки,
2. положительная реакция Трибуле в кале
3.гипопротеинемия, гипоальбуминемия
4. учитывая возраст больного и отсутствие изменений в анализах мочи, исключается гломерулонефрит.
V. 4
VI. 3

3-й семестр

Темы: Синдром мальабсорбции у детей

Перечень вопросов для собеседования

- **Лактазная недостаточность**

1. Физиология кишечного пищеварения и всасывания у здоровых детей.
2. Понятие о синдроме мальабсорбции.
3. Основные клинические появления синдрома мальабсорбции.
4. Современные методы диагностики.
5. Эпидемиология лактазной недостаточности.
6. Клиника лактазной недостаточности.
7. Классификация лактазной недостаточности.
8. Основные критерии диагностики лактазной недостаточности.
9. Особенности диетотерапии лактазной недостаточности. Лечебное питание.
10. Основные принципы диетотерапии и медикаментозного лечения синдрома мальабсорции.

- **Целиакия, экссудативная энтеропатия**

1. Определение, эпидемиология, этиопатогенез целиакии.
2. Классификация целиакии.
3. Клиническая картина целиакии.
4. Основные критерии диагностики целиаки.
5. Диетотерапия, принципы медикаментозного лечения целиакии.
6. Диспансеризация, прогноз, исход при целиакии.
7. Клиника экссудативной энтеропатии, диагностические критерии.
8. Особенности лечения экссудативной энтеропатии.

Тестовые задания с эталонами ответов

ТЕСТЫ ПО СИНДРОМУ МАЛЬАБСОРБЦИИ

1. При дисахаридазной недостаточности чаще отмечаются:
а) отеки
6) судороги
в) гипертермия
г) боли в животе
д) диарея
2. С дисахаридазной недостаточностью необходимо дифференцировать:
а) неспецифический язвенный колит
6) болезнь Крона
в) целиакию
г) кишечную форму муковисцидоза

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

3. Больные целиакией не переносят:
а) моносахара
6) микроэлементы
в) витамины
г) глютен

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

4. Дифференцировать с Целиакией необходимо:
а) дизентерию
6) дисахаридазную недостаточность
г) неспецифический язвенный колит
в) экссудативную энтеропатию
д) сепсис
5. Для целиакии типичны:
а) гипертермия
6) судороги
в) потеря массы тела
г) полифекалия

6. Отличительными признаками экссудативной энтеропатии по сравнению с другими заболеваниями, сопровождающимися синдромом мальабсорбции, являются:
а) диарея
б) полифекалия
в) отечный синдром
г) гипопротеинемия
д) гипертермия

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

7. Стеаторея за счет жирных кислот характерна для:
а) неспецифического язвенного колита
б) дизентерии
в) целиакии
г) муковисцидоза
д) врожденной короткой кишки

8. Дети с лактазной недостаточностью не переносят:
а) хлеб
б) овощи
в) молоко
г) творог

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

9. Принципы диетотерапии при лактазной недостаточности:
а) исключение жира
б) исключение риса
в) исключение молока
г) включение безлактозных смесей

10. При целиакии в питании используются:
а) рис
б) кукуруза
в) пшеница
г) рожь
д) овес

УКАЖИТЕ ОДИЫ ПРАВИЛЬНЫИ ОТВЕТ

11. В биоптате слизистой оболочки тонкой кишки при целиакии обнаруживается:
а) атрофия слизистой оболочки
б) лимфоангиэктазии
в) гиперплазия слизистой оболочки

12. Белок с фекалиями теряется при:
а) дизентерии
б) неспецифическом язвенном колите
в) целиакии
г) экссудативной энтеропатии

13. Из видов дисахаридазной недостаточности встречается чаще всего:
а) сахаразный
б) мальтазный
в) изомальтазный
г) лактазный

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ.

14. К врожденным формам лактазной недостаточности относятся:
а) форма Дюранд
б) форма Фанкони
в) форма Холцелл
г) форма Батлера-Олбрайт
д) форма Вискотта- Олдрича

15.Факторами, лежащими в основе синдрома мальабсорбции являются:
а) непереносимость медикаментов
б) непереносимость жиров
в) непереносимость сахаров

г) нарушение всасывания аминокислот
16. Причинами вторичного (приобретенного) синдрома мальабсорбции являются:
а) панкреатогенная недостаточность
б) энтерогенная недостаточность
в) лиенальный синдром
г) инфекция мочевых путей
17. Псевдоасцитическая жидкость в петлях кишечника определяется методом:
а) эндоскопическим
б) ультразвуковым
в) рентгенологическим
г) биохимическим
18. В лечении непереносимости дисахаридов применяются:
а) антибиотики
б) ферменты
в) диетотерапия
г) гормонотерапия.
19. В лечении больных целиакией используются:
а) диетотерапия
б) ферменты
в) антибиотики
г) сердечные гликозиды
20. Важнейшими признаками целиакии являются:
а) потеря массы
б) запор
в) судороги
г) полифекалия
21. Основным в патогенезе экссудативной энтеропатии является:
а) потеря плазменных белков через желудочно-кишечный тракт
б) мальабсорбция
в) атрофия слизистой оболочки толстой кишки
г) глистная инвазия
22. Основными диагностическими методами при экссудативной энтеропатии являются:
а) морфологическое исследование биоптата тонкой кишки
б) определение плазменного белка в кале
в) ректороманоскопия
г) определение секрето-и кислотообразования
23. Основными принципами лечения экссудативной энтеропатии являются:
а) введение белковых препаратов парентерально
б) гормонотерапия
в) антибиотикотерапия
г) желчегонные препараты.
24. При выраженном отечном синдроме у больного с экссудативной энтеропатией применяются препараты:
а) антагонисты альдостерона
б) лазикс
в) пенициллин
г) фурагин

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫИ ОТВЕТ

25. Наиболее распространенным заболеванием, сопровождающимся синдромом мальабсорбции, является:
а) целиакия
б) лактазная недостаточность
в) муковисцидоз
г) экссудативная энтеропатия
д) врожденная короткая тонкая кишка
26. Первичная лактазная недостаточность проявляется:

а) после введения прикорма
б) с рождения
в) после введения в питание фруктов
г) после перехода на искусственное вскармливание
д) после перенесенной кишечной инфекции
27. Развитие клинических признаков первичной лактазной недостаточности связано с употреблением:
а) фруктов
б) манной каши
в) хлеба
г) овощей
д) молока
е) жирной пиши
УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ
28. Развитие клинических признаков целиакии связано с употреблением:
а) фруктов
б) манной каши
в) рисовой каши
г) хлеба
д) сухарей
е) молока
ж) овощей
29. Характерными клиническими признаками первичной лактазной недостаточности являются:
а) рвота
б) частый стул
в) стеаторея
г) пенистый стул
д) водянистый стул
е) кислый запах изо рта
ж) урчание в животе
з) метеоризм
и) боли в животе после приема молока
30. Диагноз первичной лактазной недостаточности подтверждается

а) ксилозным тестом
б) результатами гистологического исследования тонкой кишки
в) плоской сахарной кривой после нагрузки глюкозой
г) плоской сахарной кривой после нагрузки лактозой
д) обнаружение углеводов В кале
е) наличием стеатореи за счет триглицеридов
ж) наличием стеатореи за счет жирных кислот
31. Особенностью диетотерапии при первичной лактазной недостаточности является:
а) исключение хлеба
б) исключение молока
в) исключение аллергенов
г) исключение риса
д) исключение кукурузы
е) исключение белков
ж) использование соевых смесей
з) использование смесей на основе гидролизатов казеина
32. Особенностью диетотерапии при целиакии является исключение
а) хлеба
б) молока
в) аллергенов
г) риса
д) кукурузы

е) ржаной муки
ж) жира
з) пшеничной муки
и) овсяной крупы
УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
33. Если при базальной гликемии 3,4 ммоль/л после нагрузки лактозой уровень глюкозы в крови повысился до 4,3 ммоль/л, у пациента активность лактазы:
а) повышена
б) понижена
в) нормальная
34. Повышенная потеря со стулом белка отмечается
а) при целиакии
б) при лактазной недостаточности
в) при муковисцидозе
г) при экссудативной энтеропатии
35. При мальабсорбции в кишечнике накапливаются
а) моносахариды
б) дисахариды
В) полисахариды
36. Углеводы в энергетическом балансе грудных детей составляют
а) 40%
б) 50%
В) 60%
УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ
37. Моносахаридами являются:
а) фруктоза
б) лактоза
в) глюкоза
г) сахароза
д) галактоза
е) гликоген
38. Ферментами, гидролизирующими белки в желудке, являются
а) трипсин
б) пепсин
в) ренин
г) гастрин
39. Ферментами, гидролизирующими белки в кишечнике, являются
а) химотрипсин
б) дипептидазы
в) трипсин
г) карбоксипептидазы
д) аминопептидазы
е) липазы
40. Липиды в кишечнике детей перевариваются под действием
а) липазы
б) холестеразы
в) пепсина
г) трипсина
д) фосфолипаз
41. Желчные кислоты принимают участие в процессах
а) усиления перистальтики
б) эмульгирования жиров
в) бактерицидном
г) активации липазы
д) всасывания
42. Холестерин является стартовым веществом для синтеза
а) витамина Д

б) стероилных гормонов
в) жирных кислот
г) желчных кислот
43. Транспортными формами свободных жирных кислот в организме являются:
а) НЭЖК (неэстерифицированные жирные кислоты)
б) триацилглицерины (триглицериды)
в) фосфолипиды
г) липопротеиды
44. Триацилглицерины (триглицериды, нейтральные жиры) состоят
а) из глицерина
б) из глюкозы
в) из жирных кислот
г) из аминокислот
45. К основным группам бактерий, встречающихся в наиболее колонизированных отделах кишечника человека, относятся
а) бифидобактерии
б) лактобактерии
в) бактероиды
г) пептококки и пептострептококки
д) эшерихии
е) стафилококки
ж) стрептококки
з) клостридии
и) бациллы

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫИ ОТВЕТ

46. Всасывательная способность тонкой кишки у детей по сравнению со взрослыми
а) меньше
б) больше
в) такая же
47. У детей первого года ферментативная активность нарастает
а) амилолитическая быстрее, протеазная медленнее
б) амилолитическая медленнее, протеазная быстрее
в) темпы одинаковые
48. Длина тонкой кишки относительно массы тела у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми
а) меньше
б) больше
в) такая же
49. Функциональное созревание поджелудочной железы при естественном вскармливании по сравнению с искусственным происходит
а) медленнее
б) быстрее
в) одинаковыми темпами

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

50. Компонентами желудочного сока, наиболее активными на первом году жизни, являются
а) пепсин
б) ренин
в) соляная кислота
г) гастрин
д) желудочная липаза
е) молочная кислота
51. Причинами затрудненного усвоения жиров у детей раннего возраста являются
а) низкая активность липазы
б) хорошее эмульгирование жира
в) избыток желчных кислот
г) низкая активность желчных кислот

д) относительная гипопротеинемия

Эталоны ответов тестовых заданий:

№	ОТВЕТ	№	ОТВЕТ
1	ГД	27	Д
2	ВГ	28	БГД
3	Г	29	БГДЕЖЗИ
4	БВ	30	ГД
5	ВГ	31	БЖЗ
6	ВГ	32	АБЕЗИ
7	В	33	Б
8	В	34	Г
9	ВГ	35	Б
10	АБ	36	А
11	А	37	АВД
12	Г	38	АБГ
13	Г	39	АБВГД
14	АВ	40	АБД
15	БВГ	41	БВГД
16	АБ	42	АВГ
17	БВ	43	АВГ
18	БВ	44	АВ
19	АБ	45	АБВГДЕЖ
20	АГ	46	Б
21	АБ	47	Б
22	АБ	48	Б
23	АБ	49	А
24	АБ	50	БГДЕ
25	Б	51	АГД
26	Б		

Критерии оценивания:

Оценка **«отлично»** - 90% (57) и более правильных ответов
Оценка **«хорошо»** - 80-89% (56-50) правильных ответов
Оценка **«удовлетворительно»** - 70-79% (49-44) правильных ответов
Оценка **«неудовлетворительно»** - менее 70% (43) правильных ответов

Задача 1

Ребенок Максим М. в возрасте 1 год 2 мес. поступил в стационар по поводу отеков нижних конечностей, потери массы тела, нарушения характера стула (жидкий, с примесью зелени, до 5-6 раз в сутки) с направляющим диагнозом: Синдром нарушенного кишечного всасывания? Эксикоз I ст. Отечный синдром.

Из анамнеза известно, что ребенок от 2-ой беременности, протекавшей на фоне артериальной гипотонии в течение всей беременности, анемии, нефропатии во втором триместре беременности, 1 -х срочных оперативных родов. Вес при рождении 3200 г, длина 51 см, из роддома выписан на 6 сутки с диагнозом: кефалогематома левой теменной кости.

На естественном вскармливании находился в течение 7 дней и был отлучен от груди в связи с госпитализацией матери по поводу маточного кровотечения. С 7 дня жизни получал смесь «Hipp», с 6 месяцев – «Агу» пресную. Далее с 6,5 месяцев вводились сухарик, печенье, каши промышленного производства.

В весе за первые 1,5 мес. прибавил 1880г. (в 1,5 мес. вес 5080г.), к 9 месяцам вес ребенка составил 9600г., но с этого времени в весе прибавлять перестал. После 6 месяцев периодически отмечался разжиженный стул. В 11,5 месяцев, после приема одномоментно 200 мл цельно коровьего молока у него появился жидкий, небольшой по объему стул желтого цвета до 10 раз в сутки. Через день стул стал водянистым. На фоне приема фуразолидона и разведенного коровьего молока в

соотношении 1:3 стул стал кашицеобразным, кратность его уменьшилась до 2-3 раз в сутки. В течение последующих 4 недель стул периодически становился жидким, и к концу 4-й недели кратность жидкого стула вновь увеличилась до 10 раз в день. Эффекта от приема фуразолидона и мезима-форте не было, напротив, стул стал водянистым, с хлопьями каловых масс неприятным запахом, до 10-12 раз в сутки, появилась рвота до 3 раз сутки. Ребенок стал вялым, капризным, значительно снизился аппетит. В дальнейшем получал регидрон, смекту, но эффекта от проводимой терапии не было, и через 1,5 месяца от начала заболевания, ребенок госпитализирован в детское инфекционное отделение. В результате проведенного обследования в стационаре был поставлен **диагноз: Острый инфекционный гастроэнтероколит**.

Проводилось лечение: гентамицин 7 дней перорально, ацилол, биоспорин, абомин, оротат калия, витамин. B_1 и B_6 в/м. Коррекция диеты не проводилась. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, но стул оставался кашицеобразным, с зеленью, непереваренными комочками, до 5 раз в день. Выписан домой через 2 недели лечения в стационаре. После выписки из стационара получал эуфлорин L и B, мезим-форте, креон - без достаточного эффекта. В течение следующей недели дома состояние ухудшилось: снизился аппетит, стул стал жидким, зеленым, со слизью, непереваренными комочками, до 4-5 раз в день, появилась рвота 1—2 раза в день. Далее появилась отечность стоп, голеней, в связи с чем был вновь госпитализирован.

Поступил в тяжелом состоянии, обусловленном диарейным, отечным синдромом, дефицитом массы тела, признаками эксикоза, эндогенной энтоксикации. Вес 8800 г. Тургор тканей снижен, диффузно снижен мышечный тонус. В легких хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо (на 1,0 см от правой стернальной линии). Отмечается повышенная жажда. Язык обложен у корня белым налетом. Живот увеличен в размерах, вздут, при пальпации мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,0-2,5см. Стул жидкий, желтый, со слизью и непереваренными комочками до 5-6 раз в сутки. Моча прозрачная, светлая. Мочеиспускания частые. Плотные отеки на стопах, голенях. Не садится, на ножки не встает.

При обследовании:

В клиническом анализе крови ретикулоцитоз до 25 промиллей, лейкоцитоз до 13×10^9, без изменения формулы.

В биохимическом анализе крови: общий белок 41,2 ммоль/л, альбумины 45%, глобулины 55%, А/Г = 0,8. ; холестерин 3,1 ммоль/л, общий билирубин 15,3 ммоль/л, прямой 3,3 ммоль/л, непрямой 12,0 ммоль/л, АЛТ 73,0 Е/л, АСТ 82 Е/л, ЩФ 780 Е/л. Так же отмечалось повышение трансаминаз на 10-15 единиц от нормы сохранилось и к концу выписки. В крови снижение сахара крови до 2,7-2,8 ммоль/л через 2 часа после еды, которое сохраняется длительно. В крови отмечается ацидоз при поступлении, и нормализация показатели через 5 дней.

Серологическое исследование крови на ЦМВ, токсоплазмоз, герпетическую инфекцию, хламидиоз, микоплазменную инфекцию, описторхоз - отрицательное; на лямблиоз в титре 1:200 - положительное.

Общий анализ мочи - без особенностей.

Копрология (на фоне приема креона) мышечные волокна – немного, нейтральный жир - немного, жирные кислоты - немного, мыла - единичные, зерна крахмала - много, реакция на углеводы отрицательная.

Кал на дисбактериоз - патогенных бактерий кишечной и кокковой групп не выделено. Дисбактериоз кишечника характеризуется большим количеством условно-патогенной флоры (Kl. Pneumonie, Pr. Mirabilis, Pr. morganii).

ЭКГ: ЧСС 85-100 в минуту. Синусовая аритмия. Нарушение процессов реполяризации в миокарде.

Рентгенография органов грудной клетки и обзорная рентгенограмма брюшной полости: Обогащение сосудистого рисунка во внутренних отделах с обеих сторон. Правый купол диафрагмы выше левого. Сердце широко прилежит к диафрагме. Живот увеличен в объеме. Отмечается вздутие петель кишечника - газ в толстой кишке.

УЗИ органов брюшной полости и почек: Печень правая доля - 77 мм, левая — 49 мм, структура обычной эхогенности, однородная. Желчный пузырь растянут, стенки тонкие, просвет занят однородным осадком, желчные протоки не расширены. Поджелудочная не увеличена, 5х6х8мм, паренхима средней эхогенности. Селезенка без особенностей. В толстой кишке - большое количество газа; в тонкой петли растянуты, усиленно перистальтируют. Мочевой пузырь опорожнен. Свободной жидкости и объемных образований в брюшной полости не обнаружено.

Почки расположены в типичном месте, контуры четкие, ровные, размеры возрастные, паренхима хорошо дифференцирована однородна. Почечный кровоток сохранен.

ЭГДС с еюноскопией и биопсией: В пищеводе патологии не выявлено. Кардия смыкается полностью. В желудке слизь прозрачная, складки розовые, блестящие, перистальтика хорошая. Привратник закрыт. Луковица двенадцатиперстной кишки рыхлая, умеренно отечная, слизистая при контакте кровоточит. Контактная кровоточивость отличается при проведении в постбульбарные отделы. Слизистая постбульбарных отделов рыхлая, отёчная. Эндоскоп введен за проекцию Трейцевой связки. Слизистая тощей кишки розовая, рыхлая, при контакте кровоточит. Взята биопсия из участка слизистой тощей кишки, продолжающегося кровотечения не отмечено. **Заключение: Поверхностный дуоденит, еюнит.**

Биопсия тонкой кишки:Тощая кишка - гипотрофия слизистой оболочки тощей кишки. Толщина слизистой оболочки уменьшена и составляет 450 мкм. Полная атрофия кишечных ворсинок, поверхность слизистой оболочки сглажена, ямочного типа. Глубина ямок - 100 мкм. Глубина крипт увеличена и составляет 350 мкм. Отношение длины ворсинка крипта 0,26. Отмечен отек поверхностного эпителия с его локальной отслойкой. Функциональная (всасываемая) активность эпителия низкая. В слизистой оболочке обнаружены микрополиповидные образования. Лимфоцитарная инфильтрация эпителия значительно увеличена и составляет 75%. В собственной пластинке также существенно увеличено содержание плазматических клеток и лимфоцитов.

Вопросы:

1. Ваш основной диагноз.
2. Перечислите осложнения основного диагноза.
3. Назовите «золотой стандарт» при постановке основного диагноза.
4. Какое обследование еще следует назначить больному.
5. Проведите обоснования осложнения заболевания у данного больного.
6. Принципы диетотерапии.
7. Принципы медикаментозной терапии.
8. Каков прогноз заболевания, возможные исходы.
9. Нуждается ли больной в диспансерном наблюдении? Если «да», перечислите Ваши рекомендации.

Задача 2

Ребенок Рамзан С. в возрасте 2 год 7 мес. поступил в гастроэнтерологическое отделение по поводу потери массы тела, снижения аппетита, тошноты, нарушения характера стула (жидкий, с примесью зелени, до 10 раз в сутки), с направляющим диагнозом**: Синдром нарушенного кишечного всасывания? Хронический энтероколит**.

Из анамнеза известно, что ребенок от 4-ой беременности, протекавшей на фоне токсикоза в первой половине беременности, 4-х срочных родов. Вес при рождении 4000 г, длина 54 см. Наследственность не отягощена. На естественном вскармливании находился в течение 6 месяцев. С 7 месяцев были введены каши (манная, геркулесовая), на фоне введения которых отмечался учащенный разжиженный стул, мать исключила из рациона ребёнка каши, стул самостоятельно восстановился. С 8,5 мес. ребёнок получал сухарики, печенье, стул не изменялся. В весе ребёнок прибавлял избыточно. В 2 года 4 мес. ребёнок весил около 17,5 кг. В возрасте 2 года 4 мес. после употребления в пищу абрикосов появился учащенный (до 10 раз в сутки), разжиженный стул, иногда зелёного цвета, тошнота, слабость, снижение аппетита, быстрая утомляемость, нарушение сна, ребёнок начал терять в весе. Лечились стационарно по месту жительства (получал гентамицин, фуразолидон, интестибактериофаг, бактисубтил, мезим, хилак-форте, смекта, витаминотерапия) без положительной динамики. Ребёнок продолжал терять в массе, стул стал водянистым, обильным. Через 3 месяца от начала заболевания, ребенок был вновь госпитализирован.

Поступил в тяжелом состоянии, обусловленном диарейным синдромом, признаками эксикоза, эндогенной интоксикации. Масса тела 16 кг. Ребёнок вялый, на осмотр реагирует плачем. Тургор тканей снижен, диффузно снижен мышечный тонус. В легких хрипов нет. Язык обложен у корня белым налетом. Живот увеличен в размерах, вздут, при пальпации - мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см. Стул жидкий, жёлтого цвета с непереваренными комочками до 4-5 раз в

сутки. Моча прозрачная, светлая.

При обследовании:

В клиническом анализе крови – эритр. $3{,}9x10^{12}$, Hb = 95 г/л, ЦП = 0,73, L 9,1 х 10^9, э – 2%, п – 2%, с – 31%, л – 60%, м – 5%, СОЭ = 12 мм/час .

В биохимическом анализе холестерин 3,4 ммоль/л, общий белок 55,1 г/л, альбумины 53%, глобулины 47%, уровень сывороточного железа 8,6 ммоль/л, другие показатели в пределах нормы.

Общий анализ мочи - без особенностей.

Копрология мышечные волокна - немного, нейтральный жир - немного, жирные кислоты - немного, мыла - много, крахмал внутриклеточный - немного, крахмал внеклеточный - немного, эпителий цилиндрический на слизи — немного, лейкоциты на слизи - до 2-3 в поле зрения.

Обзорная рентгенограмма брюшной полости: Газонаполнение кишечника скудное. Единичные уровни жидкости в кишечнике. Заключение: признаки нарушенного кишечного всасывания.

УЗИ органов брюшной полости: Печень: правая доля - 80 мм, левая - 45 мм, структура обычной эхогенности, однородная. Желчный пузырь, форма овальная, стенки не утолщены, содержимое гомогенное. Поджелудочная железа не увеличена, эхогенность паренхимы повышена.Селезенка длина - 81 мм, ширина - 41 мм. Паренхима гомогенна, эхогенность обычная.

Антитела к тканевой трансглутаминазе

IgG к ТТГ – 31,8 (0,00 – 7,00)

IgA к ТТГ – 28,91 (0,00 – 15,0)

Иммуноферментное определение антител к пищевым белкам (IgG): IgE общ. – 437 kU/l, IgG к белкам коровьего молока – 1:1500 (норма 1:1500), козье молоко – 1:1400 (норма 1:1500), глютен ячменя – 1:3800 (норма 1:1400), глютен ржи – 1:600 (норма 1:500), овес – 1:1000 (норма 1:500), глютен пшеницы – 1:2000 (норма 1:1500)

Определение кишечных ферментов в биоптате слизистой тощей кишки:

Общийбелок-0,39 мг/мл (норма 0,35-0,7), мальтаза - 145,8 нмоль/мг бел/мин (норма 112-420), лактаза - 1,8 нмоль/мг бел/мин (норма 9-98), сахараза - 14,3 нмоль/мг бел/мин (норма 25-1 83), щелочная фосфотаза — 18,0 нмоль/мгбел/мин (норма 30—100).

ЭГДС с еюноскопией и биопсией: Слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке много прозрачной слизи. Слизистая тела желудка, антрального отдела розовая. Привратник сомкнут. В луковице и постбульбарных отделах слизистая визуально не изменена. Осмотрены начальные отделы тощей кишки. Слизистая розовая, складки обычной формы. Взята биопсия из участка слизистой тощей кишки.

Биопсия тонкой кишки:

Тощая кишка. Гипотрофия слизистой оболочки тощей кишки. Толщина слизистой оболочки уменьшена и составляет около 475 мкм. Полная атрофия кишечных ворсинок, поверхность слизистой оболочки сглажена и представлена ямками и плоскими валиками. Глубина ямок – 75 мкм. Глубина крипт увеличена и составляет 400 мкм. Отношение длины ворсинка: крипта - 0,19. Эпителиальный пласт уплощен. Отмечен отек поверхностного эпителия с небольшой отслойкой. Функциональная (всасываемая) активность эпителия снижена. Кровеносные капилляры расширены, встречаются микрогеморрагии. Лимфоцитарная инфильтрация эпителия значительно увеличена и составляет 114,3%. В собственной пластинке также значительно увеличено содержание плазматических клеток и лимфоцитов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Какие исследования являются основополагающими для постановки диагноза?
4. Какие осложнения основного заболевания, обоснуйте.
5. Каков генез и характер анемии у больного?
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Принципы диетотерапии.
8. Медикаментозная терапия.
9. Прогноз заболевания.

Задача 3

Ребенок Александр К., 5 мес., поступил в отделение гастроэнтерологии в состоянии ближе к тяжелому с выраженными обменными нарушениями, истощением, выраженной интоксикацией.
Из анамнеза известно, что ребенок от 2-ой беременности, протекавшей с токсикозом в 1 триместре, анемией беременных, на фоне приема препаратов железа до родов. Анализ крови на внутриутробные инфекции – отрицательные. Роды на 40 неделе, быстрые (5 часов), самостоятельные, в головном предлежании. Ребенок закричал сразу, масса при рождении – 3950 г., длина – 52 см.
До 1 мес. находился на грудном вскармливании, далее – искусственное. За 1-й мес. жизни ребенок прибавил 650 грамм. С месячного возраста введено козье молоко, как докорм, разведенное водой 1:2 4 раза в день. За 2-й месяц жизни ребенок прибавил в весе 1000 г. Стул был переваренный, без примесей 3-4 раза в день. Далее в питание введена смесь «Хумана 1».
В 2,5 мес. в пищу введена овсяная каша на козьем молоке, по 160 мл 6-7 раз в сутки. За 3-й мес. жизни отмечено отсутствие прибавки в весе, рвоты «фонтаном», которые уменьшились с помощью постоянного вертикального положения ребенка во время кормления, увеличение размеров живота. Постепенно нарастало беспокойство ребенка, далее появилась пупочная грыжа. Стул стал обильным, «пенистым», непереваренным, с неприятным запахом 6-7 раз в сутки. В возрасте 3 мес. госпитализирован в ЦРБ с диагнозом: КИНЭ, получал комплексное лечение: а/б, ферменты, биопрепараты, в питании – кефир, каши рисовые на коровьем молоке. На фоне лечения состояние улучшилось, стул нормализовался, выписан из стационара с диагнозом: дисбактериоз кишечника. Дома ребенок получал рисовую кашу на цельном коровьем молоке. К 4 мес. в стуле стала появляться слизь в большом количестве, зелень и неприятный запах, периодически отмечены подъемы Т до 37,2 С без катаральных явлений, потеря веса 200 грамм. В 5 мес. ребенок госпитализирован.
Состояние ребенка при поступлении тяжелое за счет интоксикации, гипотрофии 3-ей степени, обменных нарушений. Вес при поступлении 4620 г, долженствующий вес – 6950 г (недостаток веса – 2330 г). Самочувствие нарушено, выражение лица страдальческое, вялость, двигательная активность резко снижена, периодически появляется беспокойство. Выражена мышечная гипотония, тургор тканей резко снижен, сухожильные рефлексы снижены. Кожные покровы бледные, сухие, сыпи нет. Отмечается увеличение лобных, теменных бугров; большой родничок 2,0х2,0 см; «четки» на ребрах, развернута нижняя апертура. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот резко увеличен в размерах, чуть вздут, пупочная грыжа. Печень +1,5 см – от края реберной дуги. Стул до 3-х раз в сутки желто-коричневого цвета, замазкообразной консистенции, «липкий». Моча светлая.

Проведенные обследования:

Общий анализ крови: эритр. $3,7x10^{12}$, Hb = 98 г/л, ЦП = 0,79; L 16,6 х 10^9, э – 1%, п – 2%, с – 54%, л – 37%, м – 6%, СОЭ = 15 мм/час .

Биохимический анализ крови: общий белок 55 г/л, альбумины 57%, глобулины 43%, общий билирубин 13,5 ммоль/л, прямой – 3,0 ммоль/л, непрямой – 10,5 ммоль/л, АЛТ - 49 Е/л, АСТ – 35,4 Е/л, сахар 3,3 ммоль/л, сыв. Железо 7,3 ммоль/л, кальций 0,8 ммоль/л, фосфор 1,15 ммоль/л, ЩФ 973 Е/л.

Общий анализ мочи: без патологии.

Копрология: Консистенция - мягкая, запах - специфический, оформленный, рН -7,0, мыла - ++++, растительная клетчатка - ++, крахмал - ++++, слизь ++

УЗИ - патологии со стороны печени, селезенки, желчного пузыря, почек не выявлено. Поджелудочная железа — увеличена, 15х8х16 мм, паренхима не изменена.

ЭГДС с еюноскопией: Слизистая оболочка желудка розовая, блестящая, складки высокие, легко расправляются воздухом. Луковица 12-п кишки правильной формы слизистая постбульбарных отделов рыхлая, розовая. Эндоскоп введен за Трейцевую связку, слизистая тощей кишки рыхлая, ранимая, розовая.

Биопсия тонкой кишки: Тощая кишка. Выраженная гипотрофия слизистой оболочки тощей кишки. Толщина слизистой оболочки уменьшена и составляет около 400 мкм. Полная атрофия кишечных ворсинок, поверхность ямочного типа. Глубина крипт увеличена до 380 мкм, отношение длины ворсинки: крипты - 0,05. Кишечный эпителий на ворсинках уплощен. Функциональная (всасывательная) активность эпителия низкая. Лимфоцитарная инфильтрация эпителия значительно увеличена и составляет 111,1%. Содержание плазматических клеток в

собственной пластинке также значительно увеличено.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз основного заболевания.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Назовите «золотой стандарт» в диагностике данного заболевания, перечислите его основные характеристики.
4. Какое обследование еще целесообразно провести для подтверждения диагноза?
5. Какие сопутствующие заболевания есть у ребенка?
6. Оцените нутритивный статус ребенка.
7. Принципы диетотерапии.
8. Медикаментозная терапия.
9. Дальнейшая тактика ведения больного.
10. Прогноз заболевания.

Задача 4.

Больной Ф.А., 12 лет. поступил в гастроэнтерологическое отделение для обследования и уточнения диагноза.

Анамнез жизни: Мальчик от 3 беременности протекавшей на фоне ОРВИ, нефропатии с выраженными отеками с хронической внутриутробной гипоксией плода. Роды вторые на сроке 41 неделя. Масса при рождении -4200 г, рост 55 см. По шкале Апгар 7/8 баллов. БЦЖ в родильном доме. Во время родов - перелом правой ключицы. Грудное вскармливание до 3-х месяцев. В возрасте 10 дней появились аллергические проявления на коже, сохраняющиеся до 1 года. В 3-х месячном возрасте при плановом обследовании в анализах крови отмечено снижение гемоглобина до 104 г/л., после чего были назначены препараты железа, но контроль в динамике общего анализа крови не проводился. В течение первого года росто-весовые показатели были нормальными. Масса тела в 1 год составляла - 10,7 кг; 2-х летнем возрасте - 13,1 кг; рост — 87 см.

Часто болел ОРВИ, бронхитами. В 2-х летнем возрасте в анализах крови вновь обнаружилось снижение показателей гемоглобина до 110 г/л, а в копрограмме: кашицеобразная консистенция, повышенное содержание жирных кислот +++ и мыл +++. После получения данного анализа медикаментозной коррекции не проводилось. Со слов мамы, у ребенка периодически наблюдалось увеличение живота, «громкое» урчание по кишечнику и кашицеобразный стул. В 5 лет мальчик госпитализируется на обследование в стационар ЦРБ с диагнозом: Острый бронхит, железодефицитная анемия. В общем, анализе крови: гемоглобин -78 г/л, эритроциты - 2,7х1012/л. Ребенок консультирован гематологом, поставлен диагноз: железодефицитная анемия, среднетяжелая. Назначены препараты железа и витаминотерапия.

Наблюдался в ЦРБ, постоянно проводилась коррекция препаратами железа. С этого момента ребенок начал отставать в физическом развитии (весе, росте). Консультирован в поликлиническом отделении Областной детской клинической больницы в возрасте 12 лет. При осмотре отмечено снижение физического развития, тяжелая анемия. Госпитализирован в отделение онкогематологии. Выявлена тяжелая анемия, гемоглобин снижался до 46 г/л, эритроциты - 2,5 х1012л; в связи с этим проводилось переливание эритроцитарной массы. В копрологии: увеличение количества жирных кислот, внеклеточного крахмала, много неперевариваемой клетчатки. На 3-й день пребывания в онкогематологии у ребенка появляются сильные боли в животе, жидкий стул. Мальчик консультирован хирургами. Сделана обзорная рентгенография брюшной полости: определены «горизонтальные уровни жидкости». Был проведен хирургический консилиум – хирургическая патология исключена, после чего мальчик вновь переведен в отделение онкогематологии. Консультирован эндокринологом, который выявил субнанизм. Ребенок переводится в эндокринологическое отделение, где осматривается генетиком, невропатологом. Костный возраст соответствует 8 годам. Ребенок выписан домой недообследованным по требованию матери.

Состояние постепенно ухудшалось: появились сильные головные боли, судорожные подергивания в руках, слабость. В 12,5 лет вновь консультирован гематологом, который отмечает вздутие и увеличение размеров живота, кашицеобразный стул, предложена госпитализация. От госпитализации отказываются. Через 1 месяц появляется рвота почти после каждого приема пищи,

отмечаются боли в животе, жидкий, пенистый стул до 4 раз в сутки. Ребенок госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение, но мама с ребенком самовольно уходят из стационара.
Через 3 месяца госпитализирован в неврологическое отделение с подозрением на опухоль мозга (рвота, головная боль). При проведении КТ головного мозга диагноз не подтверждается, и мальчик переводится в отделение гастроэнтерологии на дообследование.
При осмотре — резкое отставание в физическом развитии. Масса тела - 18,6 кг. Рост 130 см. Резко истощен, отсутствует подкожножировой слой по всему телу, выраженная мышечная гипотония, кожа сухая, явления полигиповитаминоза (редкие сухие волосы, заеды в углах рта, «синюшные» пятна по всему телу); живот увеличен в размерах, тонкие конечности. Кожные покровы бледные. Со стороны органов дыхания патологии не выявлено. Со стороны ССС: тахикардия 100 уд.в мин, систолический шум средней интенсивности над всей областью сердца. Отмечалась отечность нижних конечностей и передней брюшной стенки, умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости, печень и селезенка не увеличены. Стул до 17 раз в сутки, обильный, замазкообразный, жирный.
При УЗИ брюшной полости выявлено резкое расширение петель кишечника с наличием уровней жидкости по всем отделам - явления асцита.
Лабораторные данные: в общем анализе крови: анемия колебания гемоглобина от 68до 135 г/л (на фоне сгущения крови).
В биохимическом анализе крови : общий белок от 41 до 57 г/л; общий кальций от 1,6 до 2,1 ммоль/л; калий от 2,6 до 3,3 ммоль/л; фосфор 1,0 ммоль/л, сывороточное железо 7,3 ммоль/л..
Копрологическое исследование кала - жидкий, коричневый, слизь ++, жирные кислоты ++, мыла ++, зерна крахмала +++, непереваренная клетчатка - много .

В течение заболевания у мальчика отмечались неоднократная рвота, боли в животе сохранялись, отмечались явления выраженной тетонии. В поведении: агрессивность - категорически отказывался от проведения каких либо манипуляций. Постоянно говорил о своей неполноценности, боялся оставаться без мамы. После приема пищи усиливались боли в животе, частые рвоты. В течении 2-х недель периодически отмечались судороги в конечностях и явления тетании. С учетом тяжести состояния находился в реанимационном отделении, где судороги купировались введением больших доз глюконата кальция по 30-40 мл. 3-4 раза в день.
Проведено гистологическое исследование слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки: явления хронического малоактивного дуоденита. В поверхностных слоях эозинофилия, отек стромы. Дистрофия, атрофия покровного эпителия. Укорочение, местами отсутствие ворсинок (проводилось на фоне безглютеновой диеты в течение 1 месяца).
В результате проводимой терапии в течение месяца удалось достигнуть следующих результатов: исчезли отеки, асцит, улучшился аппетит (мальчик постоянно ел, даже в ночное время, исчезли судороги и явления тетании, уменьшился объем живота; исчезли явления полигиповитаминоза, исчезла сухость кожи, «синюшные» пятна, улучшилась структура волос и ногтей. Мальчик стал прибавлять в весе (от 17 до 28 кг).
В катамнезе через год прибавка в весе 12 кг, рост на 8 см. Признаков изменения со стороны кожи и дериватов нет. Хороший аппетит. В психическом развитии от сверстников не отстает. Учится в школе хорошо. Диету соблюдает.
Гистология: Слизистая дуоденум - ворсинки на поверхности резко атрофичны - практически отсутствуют. Поверхностный эпителий многорядный, пролиферирующий, малодифференцированный, дистрофичный, инфильтрирован лимфоцитами. Железы с умеренной атрофией.

Вопросы к задаче 4:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование основного диагноза.
3. Какое обследование еще целесообразно провести больному?
4. Какие особенности заболевания у мальчика?
5. Какой генез тетании у больного, лечение.
6. Рассчитайте ИМТ больного
7. Какая стеаторея у больного, объясните почему.
8. Принципы диетотерапии.
9. Медикаментозная терапия.

10. Прогноз заболевания, возможные исходы.

Задача 5

Александра Е. 2,5 года. Девочка 2,5 лет впервые обратилась в стационар с жалобами на боли в животе, высыпания по телу по типу крапивницы, которые появились без видимой причины. Поступила в стационар в связи с болями в животе и рвотой после любой пищи.
Из анамнеза жизни: девочка от 2-й беременности, протекавшей на фоне гестоза 3-го триместра, отечного синдрома (прибавка в массе 20 кг), первых срочных родов на 40 неделе. Роды быстрые около 6 часов, закричала сразу. В 1,5 месяца жизни перенесла острый бронхит, получила курс амоксициллина, на 2-й день приема появилась сыпь по всему телу. Девочка находилась на грудном вскармливании до 2-х лет и 2 месяцев. С 2-х лет частые ОРВИ, получила курс рибомунила по схеме с некоторым положительным эффектом. Детскими инфекциями не болела. Из аллергоанамнеза: единичные высыпания по телу с зудом на клубнику и авокадо, продукты из рациона исключены. С 1 года на фоне введения в питание каш - овсянки, гречки, манны, риса появились рецидивирующие высыпания по всему телу в виде крапивницы и отека Квинке. Сданы анализы крови и кала на паразитозы - отрицательно, принимала кларитин, креон 10000 по схеме с непродолжительным положительным эффектом. До 1 года отмечалась склонность к запорам, с 2-х лет появились поносы. Стул большим объемом с неприятным запахом плохо переваренный. Отмечаются рецидивирующие вульвиты.
Семейный анамнез: мать здорова, по линии матери - рассеянный склероз, опухоли. Отец - хронический гастрит, миопия, с детства плохо прибавлял в весе и росте, часто болел простудными заболеваниями. В 36 лет рост 165 см, вес 47 кг. По линии отца - заболевания сердечно-сосудистой системы, СКВ, онкология.
Девочка обследована амбулаторно: В анализе кала на дисбактериоз выявлено: снижение общего количества кишечной палочки, лакто- и бифидобактерий.
В стационаре: состояние средней тяжести, обусловлено симптомами хронической интоксикации, кожные покровы бледные, по телу множественные пятнисто-папулезные высыпания до 2 см в диаметре, пастозность под глазами, периорбитальные тени яркие, кожа сухая, ладони и стопы сморщенные. Рост 84 см, вес 11,4 кг. ЧСС 100-110 в минуту, ЧД - 24 в минуту, АД 90/50 мм рт ст. Лимфоаденопатия выражена, тургор тканей чуть снижен, аппертура ребер развернута значительно. Обращает на себя внимание живот больших размеров при тонких конечностях. Печень + 1,5 см от края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Вульвит. В неврологическом статусе: капризная, вялая, игрушками не интересуется. Рефлексы живые, но быстро истощаются.
Обследования:
В анализе крови эритр. $3,6x10^{12}$, Hb = 112 г/л, ЦП = 0,93; L 14,4 x 10^9, СОЭ = 33 мм/час .**В анализе мочи** без патологии.
В копрограмме при поступлении: креаторея выражена, стеаторея 2 типа, амилорея, лейкоциты на слизи единичные.
Аллерготипирование: общие IgE 175 Е/л (норма до 50), специфические к пищевым продуктам 1 - 3 (молоко 3, треска 3, рис 0, пшеница 0, говядина 1, гречка 0).
УЗИ: поджелудочная железа 10х9х11 мм, не увеличена, неоднородная по структуре, печень, желчный пузырь, селезенка без патологии.
ЭГДС: слизистая антрального отдела желудка гиперемирована, привратник открыт, на слизистой постбульбарных отделов белесый налет, складки высокие. Взята биопсия из тощей кишки. Заключение: поверхностный гастродуоденит.
Морфология: Выраженная атрофия слизистой оболочки тощей кишки. Полная атрофия кишечных ворсинок, поверхность ямочного типа. Глубина крипт увеличена, клетки эпителия отечные. Кишечный эпителий на ворсинках уплощен. Кровеносные капилляры и более крупные сосуды резко расширены, встречаются микрогеморрагии. Лимфоцитарная инфильтрация эпителия выражена. Содержание плазматических клеток в собственной пластинке значительно увеличено.
Катамнез через 2 года: возраст 4,5 года, рост 100 см, вес 1 6 кг, в анализах крови и мочи без патологии, в копрограмме умеренная амилорея. По УЗИ патологии не выявлено. От контрольной ЭГДС с биопсией родители отказались.
Следует сказать, что учитывая эффект от лечения у ребенка, отец девочки стал выполнять аналогичные рекомендации, за 6 месяцев отмечено улучшение самочувствия, наладился стул, в весе прибавил 12 кг. Рост 165 см, вес59 кг (до лечения – 47 кг).

Вопросы:
Поставьте диагноз.
Проведите обоснование диагноза.
Какое обследование еще целесообразно провести больному?
Что такое стеаторея 2 типа?
Оцените нутритивный статус ребенка.
Особенности диетотерапии.
Проведите дифференциальный диагноз.
Медикаментозная терапия.
Чем страдает отец ребенка?
Прогноз заболевания.

Тема: Наследственные заболевания обмена веществ

Перечень вопросов для подготовки к занятию:

1. Определение понятия "болезни накопления"
2. Определение понятия "гликогенозы", тип наследования, классификация гликогенозов, основные клинические формы
3. Обследование детей с подозрением на гликогеноз, принципы лечения больных гликогенозом
4. Тип наследования при галактоземии, клиника галактоземии, критерии тяжести процесса
5. Принципы лечения галактоземии
6. Диспансеризация больных гликогенозами и галактоземией
7. Медико-генетическое консультирование больных с наследственными болезнями обмена углеводов
8. Какова роль соединительной ткани в организме?
9. Что такое ГАГи, какие разновидности вы знаете?
10. Что положено в основу современной классификации МПС?
11. Основные фенотипические признаки МПС, клинические особенности основных типов МПС.
12. Какова клиника болезни Марфана, перечислите основные диагностические критерии заболевания.
13. Основные современные методы диагностики наследственных заболеваний соединительной ткани.
14. Принципы лечения МПС и болезни Марфана.
15. Принципы диспансеризации и профилактики наследственной патологии соединительной ткани, медико-генетическое консультирование.
16. Роль липидов в организме, каковы основные биохимические показатели, характеризующие липидный обмен.
17. Классификация гиперлипидемий.
18. Основные клинико-параклинические характеристики гиперлипидемий.
19. Перечислить основные группы гиполипидемических средств.
20. Принципы диетотерапии и медикаментозного лечения гиперлипидемий.
21. Каковы кардинальные признаки болезни Гоше и Ниманна-Пика.
22. Каковы диагностические критерии болезни Тея-Сакса.

Форма проведения занятия - мини-конференция

Обучающиеся готовят доклады с презентациями на заданную заранее тему. Затем задаются вопросы, проводится обсуждение с участием всей группы.

Темы для реферативных сообщений

1. Роль углеводов в организме, обмен гликогена, понятие о гликогенозах, эпидемиология, клинические варианты гликогенозов (печеночная, мышечная, генерализованная), принципы диагностики.
2. Биохимические типы гликогенозов, клиника, диагностика, принципы лечения (диетотерапия, медикаментозная, включая ферментозаместительную (ФЗТ) при болезни Помпе).
3. Роль соединительной ткани (СТ) в организме, строение СТ, понятие о дисплазии СТ, гипермобильности суставов, диагностика, принципы лечения.
4. Болезнь Марфана, классификация, клиника, диагностика, прогноз, иллюстрации из литературных источников.
5. Болезнь Элерса-Данлоса, классификация, клиника, диагностика, прогноз, иллюстрации из литературных источников.
6. Реферативное сообщение с презентацией: мукополисахаридоз (МПС), роль гликозаминогликанов (ГАГ), их виды, классификация МПС, семиотика, принципы диагностики.
7. Типы МПС, клиническая характеристика, диагностика, принципы лечения, включая ФТЗ, прогноз, исход, пренатальная диагностика. Демонстрация семейного случая МПС I типа (болезнь Гурлера).
8. Роль липидов в организме, характеристика липидов по классам, диагностика нарушений липидного обмена.
9. Гиперлипопротеидемия, классификация, клиника, диагностика
10. Диетотерапия, характеристика гиполипидемических препаратов, профилактика гиперлипопротеидемий.
11. Болезнь Гоше, классификация, клиника, диагностика, ФЗТ, пренатальная диагностика.
12. Болезнь Ниманна- Пика, классификация, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
13. Болезнь Тея-Сакса, клиника, диагностика, прогноз, пренатальная диагностика.

ТЕСТЫ ПО НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ОБМЕНА

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

1. В костном мозге при болезни Гоше обнаруживают:

а) многоядерные клетки
б) звездчатые клетки
в) пенистые клетки
г) клетки Березовского
д) клетки Мальбина
е) крупные округлые одноядерные клетки

2**. Болезнь Гоше характеризуется накоплением в органах**

а) гликогена
б) гликозилцереброзида
в) сфингомиелина
г) ганглиозидов
д) холестерина

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

3. Характерными признаками болезни Гоше являются

а) кардиомегалия
б) гепатомегалия
в) спленомегалия
г) увеличение почек
д) отставание в психомоторном развитии
е) перелом шейки бедра
ж) асептический некроз шейки бедра
з) диффузный остеопороз
и) частые бронхолегочные заболевания
к) аспирационная пневмония
л) анемия
м) тромбоцитопения
н) полицитемия
о) лимфоцитоз

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

4. В костном мозге при болезни Ниманна-Пика обнаруживают:

а) многоядерные клетки
б) звездчатые клетки
в) пенистые клетки
г) клетки Березовского
д) клетки Мальбина

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

5. Болезнь Ниманна-Пика характеризуется накоплением в органах:

а) гликогена
б) гликозилцереброзида
в) сфингомиелина
г) ганглиозидов
д) холестерина

6. Характерными признаками болезни Ниманна-Пика являются:

а) кардиомегалия
б) гепатомегалия
в) спленомегалия
г) увеличение почек
д) отставание в психомоторном развитии
е) перелом шейки бедра
ж) асептический некроз шейки бедра
з) диффузный остеопороз
и) частые бронхолегочные заболевания
к) аспирационная пневмония
л) анемия
м) тромбоцитопения
н) полицитемия
о) лимфоцитоз

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

7. Фенилкетонурия наследуется по типу

а) аутосомно-доминантному
б) аутосомно-рециссивному
в) сцепленному с Х- хромосомой

8. Основным клиническим проявлением фенилкетонурии является поражение:

а) кроветворения
б) центральной нервной системы
в) печени
г) костной системы
д) иммунной системы

9. Характерными лабораторными признаками фенилкетонурии являются:

а) нормальный уровень фенилаланина в крови, повышение экскреции метаболитов фенилаланина с мочой, повышенный уровень тирозина в крови
б) повышение уровня фенилаланина в крови, повышение экскреции метаболитов фенилаланина с мочой, повышенный уровень тирозина в крови
в) повышение уровня фенилаланина в крови, повышение экскреции метаболитов фенилаланина с мочой, нормальный уровень тирозина в крови
г) повышение уровня фенилаланина в крови, нормальная экскреция метаболитов фенилаланина с мочой, нормальный уровень тирозина в крови.

10. Для скрининг-теста на фенилкетонурию используют определение уровня фенилаланина:

а) в моче
б) в крови
в) в слюне
г) в кале

11. В основе рациональной диетотерапии при фенилкетонурии лежит:

а) полное исключение фенилаланина и тирозина

б) значительное ограничение фенилаланина
в) значительное ограничение фенилаланина и тирозина
г) значительное ограничение фенилаланина и соответствующие возрасту количество тирозина

12. Гликогеноз I типа называют болезнью:

а) Помпе
б) Гирке
в) Мак-Ардля
г) Андерсена
д) Гоше
е) Форбса

13. При гликогенозе I типа печень:

а) увеличена
б) уменьшена
в) не изменяется в размере

14. Гликогеноз II типа называют болезнью

а) Помпе
б) Гирке
в) Мак-Ардля
г) Андерсена
д) Гоше
е) Форбса

15. При гликогенозе II типа печень

а) увеличена
б) уменьшена
в) не изменяется в размере

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

16. Для гликогеноза II типа характерны

а) неврологические нарушения
б) тяжелая печеночная недостаточность
в) гиперурикемия
г) мышечная слабость
д) кардиомегалия
е) увеличение почек
ж) склонность к лактат-ацидозу
з) сердечная недостаточность
и) «кукольное» лицо
к) гепатомегалия

17. Гликогеноз III типа называют болезнью:

а) Помпе
б) Гирке
в) Мак-Ардля
г) Андерсена
д) Гоше
е) Форбса

18. При гликогенозе Ш типа уровень сахара в крови натощак:

а) повышен
б) понижен
в) в норме

19. **При гликогенозе Ш типа после введения глюкагона уровень сахара в крови:**

а) повышается
б) понижается
в) не изменяется

20. При гликогенозе Ш типа печень

а) увеличена
б) уменьшена
в) не изменяется в размере

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

21. Для гликогеноза Ш типа характерны:

а) неврологические нарушения
б) тяжелая печеночная недостаточность
в) гиперурикемия
г) мышечная слабость
д) кардиомегалия
е) увеличение почек
ж) склонность к лактат-ацидозу
з) сердечная недостаточность
и) «кукольное» лицо
к) гепатомегалия

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

22. Гликогеноз IV типа называют болезнью

а) Помпе
б) Гирке
в) Мак-Ардля
г) Андерсена
д) Гоше
е) Форбса

23. При гликогенозе IV типа уровень сахара крови натощак:

а) повышен
б) понижен
в) в норме

24. При гликогенозе IV типа введения глюкагона уровень сахара в крови

а) повышается
б) понижается
в) не изменяется

25. При гликогенозе IV типа печень

а) увеличена
б) уменьшена
в) не изменяется в размере

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

26. Для гликогеноза IV типа характерны:

а) неврологические нарушения
б) тяжелая печеночная недостаточность
в) гиперурикемия
г) мышечная слабость
д) кардиомегалия
е) увеличение почек
ж) склонность к лактат-ацидозу
з) сердечная недостаточность
и) «кукольное» лицо
к) гепатомегалия

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

27. Гликогеноз V типа называют болезнью

а) Помпе
б) Гирке
в) Мак-Ардля
г) Андерсена
д) Гоше
е) Форбса

28. При гликогенозе V типа уровень сахара в крови натощак

а) повышен
б) понижен
в) в норме

29. При гликогенозе V типа после введения глюкагона уровень сахара в крови

а) повышается
б) понижается
в) не изменяется

30. При гликогенозе V типа печень:

а) увеличена
б) уменьшена
в) не изменяется в размере

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

31. Для гликогеноза V типа характерны:

а) неврологические нарушения
б) тяжелая печеночная недостаточность
в) гиперурикемия
г) мышечная слабость
д) кардиомегалия
е) увеличение почек
ж) склонность к лактат-ацидозу
з) сердечная недостаточность
и) «кукольное» лицо
к) гепатомегалия

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

32. При внутриклеточных липоидозах у детей первого года жизни диагноз подтверждается при наличии:

а) косоглазия
б) симптома «вишневой косточки» на глазном дне
в) нистагма
г) повышения внутриглазного давления
д) блефарита

33. Главной причиной амавроза (слепоты) у детей первого года жизни при внутриклеточных липоидозах является

а) помутнение хрусталика
б) дистрофия сетчатки
в) повышение внутриглазного давления
г) кровоизлияние в ткани глаза

34. Врожденная глаукома может быть проявление

а) факоматозов (ангиоматоз, нейрофиброматоз)
б) внутриклеточных липоидозов
в) галактоземии
г) гистиоцитоза

35. Врожденная катаракта может возникнуть при следующих заболеваниях матери и ребенка

а) заболевания щитовидной и паращитовидной желез
б) нарушение аминокислотного обмена
в) нарушение углеводного обмена
г) авитаминоз
д) токсикозы беременных
е) гипертоническая болезнь

36. Наиболее частыми изменениями органа зрения при врожденной патологии соединительной ткани у детей являются:

а) синдром «голубых склер»
б) помутнение роговицы
в) атрофия зрительного нерва
г) косоглазие
д) подвывих хрусталика
е) нистагм

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

37. Детей с наследственной патологией рождается

а) менее 1%
б) 1-2%
в) 4-5%
г) 10-12%
д) 15-20%

38. Наследственные заболевания могут проявиться:

а) с рождения
б) на первом году жизни
в) в 5-20 лет
г) в 20-45 лет
д) в любом возрасте

39. Наследственное заболевание – это

а) заболевание, которое встречается у нескольких членов семьи
б) заболевание, которое определяется аномалией генов или хромосом
в) врожденное заболевание

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

40. Болезнями, обусловленными нарушением хромосомного набора, являются:

а) муковисцидоз
б) миопатия Дюшена
в) синдром Дауна
г) синдром Патау
д) синдром Тернера

41. Болезнями, обусловленными генными мутациями, являются

а) фенилкетонурия
б) синдром Дауна
в) синдром « кошачьего крика»
г) муковисцидоз

42. Основными клиническими чертами Гурлер-подобного фенотипа являются:

а) грубые черты лица
б) поражение сердечно-сосудистой системы
в) вторичные тубулопатии
г) патология опорно-двигательного аппарата

43. Основными клиническими чертами Моркио-подобного фенотипа являются:

а) костные дисплазии
б) карликовость
в) патология сердечно-сосудистой системы
г) гепатоспленомегалия
д) нарушение формирования гонад

44. Для симптомокомплекса синдрома Марфана характерно:

а) поражение паренхимы почек
б) патология органа зрения
в) скелетные дисплазии
г) сердечно-сосудистая патология
д) задержка психомоторного развития

45. Для клинических проявлений фенилкетонурии характерны:

а) умственная отсталость
б) патология опорно-двигательного аппарата
в) экзематозные проявления
г) судороги
д) слабая пигментация кожи

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

46. Основным методом лечения фенилкетонурии является

а) введение в организм витамина В
б) энзимотерапия
в) диета с ограничением фенилаланина
г)безуглеводная диета

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

47. Основными условиями введения массового просеивания на наследственные болезни обмена являются:

а) высокая частота заболевания в популяции
б) наличие лабораторного метода, адекватного для массового просеивания
в) высокая степень инвалидизации при отсутствии раннего выявления заболевания
г) наличие метода лечения заболевания
д) возможность пренатальной диагностики

48. Введение массового просеивания новорожденных целесообразно

а) при гипотиреозе
б) при фенилкетонурии
в) при муковисцидозе
г) при галактоземии
д) при мукополисахаридозе

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

49. Селективный скрининг – это

а) обследование всех новорожденных
б)обследование всех людей, населяющих данный регион
в) обследование группы риска по данному заболеванию

50. Диагноз нарушений аминокислотного обмена подтверждает

а) цитогенетичекое исследование
б) исследование белкового спектра плазмы крови
в) исследование мочи и крови на свободные аминокислоты
г) наличие в семье двух сибсов со сходной симптоматикой

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

51. Показаниями для направления на цитогенетическое исследование являются

а) высокий рост
б) гипогенитализм
в) врожденный порок сердца
г) бесплодие
д) множественные врожденные пороки развития

52. Для синдрома Марфана характерны

а) аномалии органа зрения
б) высокий рост
в) аномалии развития сердечно-сосудистой системы
г) аномалии в системе хромосом
г) менделирующий характер передачи

53. Наличие у новорожденного ребенка аномалий развития может быть расценено как

а) врожденное заболевание
в) наследственный синдром
г) мультифакториальный дефект
д) результат тератогенного воздействия
е) семейная особенность

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

54. Спорадический случай наследственного заболевания может быть следствием

а) фенокопии
б) свежей мутации
в) сегрегирующего эффекта

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

55. Основными общими признаками наследственных заболеваний являются

а) вовлеченность в патологический процесс нескольких систем и органов
б) сегрегация симптомов среди членов семьи
в) микроаномалии развития
г) высокая температура тела
д) недоношенность

56. Общими признаками хромосомных болезней являются

а) низкая масса тела при рождении
б) сочетание умственной отсталости с врожденными пороками развития

в) сокращение продолжительности жизни
г) депигментация кожи
д) специфический запах мочи

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

57. Общим биохимическим показателем для всех форм фенилкетонурии является

а) повышение уровня фенилаланина
б) повышение уровня тирозина
в) снижение активности дегидрофолатредуктазы

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

58. Выделяют следующие уровни подтверждения диагноза наследственной болезни обмена

а) количественное исследование поврежденного метаболического пути
б) количественная оценка и характеристика мутантного белка
в) исследование степени дифференцировки клеток органа
г) изучение физиологических параметров работы органов
д) исследование мутантного гена

59. Основными функциями углеводов являются

а) структурная
б) наследственная
в) энергетическая
г) запасы питательных веществ
д) защитная

60. Основными функциями белков являются

а) структурная
б) энергетическая
в) защитная
г) запасы питательных веществ
д) регуляторная
е) наследственная

61. Триацилглицерины (триглицериды, нейтральные жиры) состоят

а) из глицерина
б) из глюкозы
в) из жирных кислот
г) из аминокислот

62. К липидам относятся

а) триацилглицерины (триглицериды, нейтральные жиры)
б) фосфоглицериды
в) сфинголипиды
г) стерины и стероиды
д) липопротеиды
е) гликопротеиды
ж) гликолипиды

63. Представителями фосфоглицеридов являются

а) лецитин (фосфатидилхолин)
б) кефалин (фосфатидилэтаноламин)
в) фосфатидилсерин
г) фосфатидилинозит
д) цереброзид

64. Представителями липопротеидов в организме являются

а) ЛПОНП (липопротеиды очень низкой плотности)
б) ЛПНП (липопротеиды низкой плотности)
в) хиломикроны
г) ЛПВП (липопротеиды высокой плотности)
д) ЛПОВП (липопротеиды очень высокой плотности)
е) триацилглицерины (триглицериды)

65. Липопротеиды различаются

а) по количеству в их составе белка

б) по количеству в их составе липидов
в) по содержанию различных видов липидов
г) по скорости транспорта по крови

66. Следующие особенности распределения особей в родословной характеризуют аутосомно-доминантный тип наследования:

а) передача признака из поколения в поколение без пропуска поколений (наследование по вертикали)
б) признаки передаются только по мужской линии
в) оба пола поражаются с одинаковой частотой
г) признак проявляется приблизительно у половины потомства пораженного родителя
д) отсутствует передача соответствующего признака отца к сыну

67. Следующие особенности распределения особей в родословной характеризуют аутосомно-рецессивный тип наследования

а) носители признака принадлежат к одному поколению (наследование по горизонтали)
б) оба пола поражаются в одинаковой степени
в) отсутствует передача признаков от отца к сыну
г) признак проявляется приблизительно у половины пораженного родителя
д) при близкородственных браках повышается вероятность проявления признака в потомстве

68. Следующие особенности распределения особей в родословной характеризуют доминантный Х-сцепленный тип наследования

а) признак передается из поколения в поколение по мужской линии
б) признак никогда не передается от отца к сыну
в) признак никогда не передается от матери к дочери
г) отец передает свой признак 100% своих дочерей

69. Следующие особенности распределения особей в родословной характеризуют рецессивный Х-сцепленный тип наследования:

а) в родословной значительно больше мужчин с данным признаком, чем женщин
б) признак обязательно проявляется в каждом поколении независимо от пола
в) отсутствует передача соответствующего признака от отца к сыну
г) признак предается только по мужской линии из поколения в поколение.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТАМ ПО НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ОБМЕНА

1. б
2. б, в, д, е, ж, л, м
3. в
4. в
5. б, в, д, и
6. б
7. б
8. в
9. а
10. г
11. б
12. а
13. а
14. в
15. г, д, з
16. е
17. в
18. а
19. а

20. и, к
21. г
22. в
23. а
24. а
25. б, к
26. в
27. в
28. а
29. в
30. г
31. б
32. б
33. а
34. а, б, в, г
35. а, б, д
36. в
37. д
38. б
39. в, г, д
40. а, г
41. а, б, г
42. а, б, в, г
43. б, в, г
44. а, в, г, д
45. в
46. а, б, в, г
47. а, б, в, г
48. в
49. в
50. б, г, д
51. а, б, в, д
52. а, б, в, г
53. б
54. а, б, в
55. а, б, в
56. а
57. б, д
58. а, в, г
59. а, б, в, д, е
60. а, в
61. а, б, в, г, д, ж
62. а, б, в, г
63. а, б, в, г, д
64. а, б, в
65. а, в, г
66. а, б, д
67. б, г
68. а, в

4-й Семестр

Тема: Анемии у детей

Перечень вопросов для собеседования:

1. Анемия. Определение. Распространенность анемий.
2. Общие принципы развития анемии.
3. Клинические симптомы анемии. Анамнез. Данные физикального осмотра, данные физикального осмотра, которые могут быть связаны с конкретным типом анемии.
4. Лабораторная оценка. Скрининговые тесты для определения наличия анемии, оценки продукции эритроцитов. Дополнительные тесты.
5. Классификация анемий: морфологическая, патофизиологическая (функциональная), этиологическая.
6. Эритроцитарные индексы и их роль в диагностики анемий.
7. Подходы к лечению анемий.

Тестовые задания
Выберите один правильный ответ

1. ОСОБЕННО ИНТЕНСИВНО ЖЕЛЕЗО НАКАПЛИВАЕТСЯ В ОРГАНИЗМЕ ПЛОДА В
1) первый триместр беременности
2) второй триместр беременности
3) третий триместр беременности
4) всю беременность равномерно
5) до беременности

2. КОСТНОМОЗГОВОЕ КРОВЕТВОРЕНИЕ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) гипоплазией
2) аплазией
3) напряжённостью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза.
4) не сопровождается изменениями
5) бластной трансформацией

3. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ
1) общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС)
2) уровня сывороточного железа
3) уровня ферритина в сыворотке
4) концентрации гемоглобина в эритроците
5) цветового показателя

4.ДЕПОНИРОВАННОЕ ЖЕЛЕЗО ПРЕДСТАВЛЕНО В ВИДЕ
1) двуокиси железа
2) трансферрина
3) закиси железа
4) ферритина
5) гемосидерина

5. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
1) нарастающая бледность кожи
2) утомляемость, раздражительность
3) трофические нарушения кожи, волос, ногтей
4) гектическая лихорадка
5) систолический шум на верхушке

6.ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ИНДКСОВ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

1) нормоцитоз
2) макроцитоз
3) микроцитоз

7. БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ЖЕЛЕЗА ВСАСЫВЕТСЯ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ В
1) желудке
2) двенадцатиперстной кишке
3) толстой кишке
4) пищеводе
5) прямой кишке.

8. ПРИЧИНАМИ В12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
1) кровопотери
2) глистной инвазии
3) нарушения секреции внутреннего фактора Кастла
4) недостаточного поступления витамина В12 с пищей
5) нарушения всасывания витамина В12
.
9. ДЛЯ В12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО
1) микроцитоз
2) макроцитоз
3) повышение числа ретикулоцитов
4) гипохромная анемия

10. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:
1) общего анализа крови
2) коагулограммы
3) стернальной пункции
4) трепанобиопсии
5) цитогенетического исследования

11. АПЛАСТИЧЕСКИЕ АНЕМИИ РАЗВИВАЮТСЯ ЧАЩЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ:
1) воздействия ионизирующей радиации
2) применения левомицетина
3) применения химических агентов
4) применения цитостатиков
5) неизвестной причины (идиопатические формы)

12. ДЛЯ АНЕМИИ ДАЙМОНДА-БЛЕКФАНА ХАРАКТЕРНО УГНЕТЕНИЕ:
1) всех ростков кроветворения + пороки развития
2) всех ростков кроветворения без пороков развития
3) только эритроидного ростка с пороками развития
4) только эритроидного ростка без пороков развития
5) только мегакариоцитарного ростка
13. ПРИЗНАКОМ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
1) повышение непрямого билирубина
2 повышение свободного гемоглобина плазмы
3) повышение цветового показателя
4) повышение прямого билирубина

14. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ У РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ:
1) 90-110
2) 100-140
3) 110-130
4) 120-140
5) 180-240

15. У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 6 ЛЕТ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) СОСТАВЛЯЕТ:
1) 90-110
2) 100-140
3) 110-130
4) 120-140
5) 160-180

Эталоны ответов на тестовые задания по теме «Анемии у детей»

№	Эталон ответа
1	3
2	1
3	1
4	1
5	4
6	3
7	2
8	1
9	2
10	4
11	5
12	4
13	1
14	5
15	4

Ситуационные задачи

Задача № 1

Девочка З., 1 год. Поступила в больницу с жалобами на быструю утомляемость, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожных покровов. Из анамнеза известно, что при диспансеризации у ребёнка выявлено снижение гемоглобина до 76 г/л и цветового показателя до 0,53. Анамнез жизни: ребёнок родился от первой, нормально протекавшей беременности и родов. Масса тела при рождении 3300г, длина – 51 см. С 2 недельного возраста находится на искусственном вскармливании смесью «Агу». С 4 месяцев вскармливание коровьим молоком, соками, овощами. Мясо получала очень редко. Часто ела землю, мел. При поступлении в стационар состояние тяжёлое. Девочка вялая, почти безразлична к окружающему. Сознание ясное , на осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые очень бледные с желтоватым оттенком. В углах рта заеды. В лёгких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, учащены, приглушены. Выслушивается короткий систолический шум на верхушке и в пятой точке. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, селезёнка –у края рёберной дуги. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Проведено обследование:

Общий анализ крови: Нв – 54 г/л, Эр – 2,6х 10^{12}, Ц.п. 0,63, Ретик. – 29%о, Лейк. 7,2х10^{9}, п/я 2%, с – 20%, э – 4%, л – 64%, м- 10%, СОЭ – 14 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – с/жёлтый, Уд. Вес – 1010, белок – нет, сахар – нет, лейкоциты – 0 – 1 в п/зр., эр. – 0-1 в п/зр.

Общий белок - 62 г/л, мочевина – 3,2 ммоль/л, билирубин 22,5ммоль/л, непрямой, сывороточное железо 4,1мкмоль/л, ОЖСС – 103мкмоль/л, свободный Нв не определяется.

Кал на скрытую кровь – отрицательный.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребёнка.
3. Назначьте терапию.

Задача № 2

Ребёнок Д., 9 месяцев. Мать обратилась к участковому педиатру с жалобами на бледность кожных покровов, плохой аппетит, неустойчивый стул, плохую прибавку в весе.
Из анамнеза известно, что ребёнок родился от третьей беременности, протекавшей с анемией, токсикозом, угрозой прерывания. В родах атоническое кровотечение. С рождения находится на искусственном вскармливании цельным коровьим молоком. 2 раза в день получает манную кашу. Овощное пюре из-за неустойчивого стула дают редко. От мясного фарша ребёнок отказывается. На свежем воздухе бывает редко из-за частых ОРВИ.
При объективном обследовании выявлено: кожные покровы бледные, повышенной влажности, тургор тканей дряблый. Участки депигментации, атрофии на ногтевых фалангах Умеренно выражена одышка, в сердце выслушивается короткий систолический шум на верхушке, в проекции сосудов. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, селезёнка у края рёберной дуги. Стул кашицеобразный, непереваренный. Диурез сохранён.
Проведено обследование:
Общий анализ крови: эритроциты 3,3х 10^{12}, Нв 97 г/л, Цп 0,76, Лейк. 8,0х10^{9}, пал. 6%, сегм. 45%, лимф. 32%, мон. 7%, СОЭ 12 мм/ч.
Общий анализ мочи: Сол/жёлтая, прозрачная, уд.вес 1007, белка,
сахара не обнаружено. Лейк. 2 – 3 в п/зр, эр. 0 – 2 в п/зр.
Сывороточное железо 8,9 мкмоль/л, ОЖСС 70 мкмоль/л, ЛЖСС – 54 мкмоль/л, общий белок – 54 г/л.
Задания:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте терапию.

Задача № 3
Ребёнок А. 7 месяцев. Родился от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала на фоне токсикоза первой половины, угрозы прерывания беременности, анемии лёгкой степени. Родился с массой 3200 гр, длиной 52 см. Закричал сразу К груди приложен в первые сутки, сосал вяло. На естественном вскармливании до 2 месяцев. С 2 месяцев получает коровье молоко, фруктовый сок и пюре не получает из-за боязни матери аллергической реакции (у матери экзема). С 4 месяцев 2 раза в день получает манную кашу.
Жалобы на приёме у участкового педиатра на бледность кожных покровов, их сухость, шелушение. Язык лаковый. Кожные покровы бледные, сухие. Трещины в углах рта. Увеличены лобные, теменные бугры. Родничок 3х3 см. Развёрнута нижняя апертура, чётки на рёбрах. Диффузная мышечная гипотония. Изменений в лёгких не выявлено. Незначительная одышка до 56 в 1 мин. Супраорбитальный цианоз. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, учащены, приглушены. Выслушивается короткий систолический шум на верхушке, в пятой точке. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, селезёнка не пальпируется. Стул кашицеобразный непереваренный , со слизью.
Проведено обследование:
Общий анализ крови. Эритроциты 3,2х10^{12}, Нв 80 г/л, ЦП 0,64, тр. 252х10^{9}, лейкоциты 8,4х10^{9}, эозиноф. 4%, пал. 5%, сегм. 44% мон. 6%, СОЭ 8мм/час.
Общий анализ мочи. Прозрачная, сол/жёлтая, уд вес 1019, сахар, белок отрицательные. Лейкоциты 3-5 в п/зр.
Общий белок 60 г/л
Сывороточное железо 7 мкмоль/л.
ОЖСС 78 мкмоль/л.
ЛЖСС 55мкмоль/л.
Ферритин сыворотки 10 мкг/л.
Задание:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 4

Девочка А.15 лет. Фельдшер школы вызвана в класс всвязи с обмороком ребёнка на уроке физкультуры. Перед обмороком девочка почувствовала запах гари, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Бригадой скорой помощи транспортирована в детское отделение.
При сборе анамнеза выяснилось, что девочка с целью коррекции фигуры ограничила объём пищи, количество мяса, рыбы, овощей и фруктов. За последний год выросла на 6 см, идёт становление менструального цикла. Стала жаловаться на вялость, утомляемость, периодические затруднения при глотании твёрдой пищи. На ногтях появились участки депигментации, увеличилась их ломкость.
При объективном осмотре выявлена бледность кожных покровов, их сухость, заеды в углах рта. Волосы сухие, тусклые, ломкие. Втянутый ноготь, ломкость ногтей. Язык яркий, лаковый. Подкожно-жировой слой истончён. Мышечная гипотония. При физической нагрузке появляется одышка. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, выслушивается короткий систолический шум на верхушке. Печень выступает на 2 см. Стул кашицеобразный без примесей. Диурез сохранён.
Проведено обследование:
Общий анализ крови: эритроциты $2,5x10^{12}$, Нв 52г/л, ЦП 0,54,
Лейкоциты $4,2x10^{9}$, эоз. 6%, пал. 6%, сегм. 66%, СОЭ 25 мм/час.
Общий анализ мочи: Сол/жёлтая, прозр., Уд вес 1014, Лейкоц. 2-3 в п/зр. Эпит. 8-10 в п/зр.
Копрогр. Оформл., кор., Лейкоц. 1-2 в п/зр.
Сывороточное железо 7 мкмоль/л.
ОЖСС 77 мкмоль/л.
ЛЖСС 65 мкмоль/л.
Общий белок 55г/л, альбумины 44%, глобулины 66%.
Задание.
Сформулируйте диагноз.
Укажите причины заболевания.
Составьте план лечения.

Задача № 5
Ребёнок Д. 10 лет. Обратился к участковому педиатру с жалобами на бледность кожных покровов, вя лость, периодические боли в животе, тошноту. Состоит на диспансерном учёте у гастроэнтеролога по поводу атрофического гастрита. При объективном осмотре выявлена бледность кожных покровов, шелушение в области предплечий, голеней. Слизистые влажные, гипертрофия сосочков языка, заеды в углах рта. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области.
Проведено обследование:
Общий анализ крови: эритр. $3,2x10^{12}$, Нв 87 г/л, ЦП 1,1, лейкоциты $5,0x10^{9}$, тромб. $105x10^{9}$, СОЭ 18 мм/час. Эритроциты представлены в основном мегалобластами.
Общий анализ мочи без патологии.
Сывороточное железо 27 мкмоль/л. ОЖСС 33 мкмоль/л. ЛЖСС 43мкмоль/л
ЭФГДС. Заключение. Признаки атрофического гастрита.
Задание.
1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.

Задача № 6
Ребёнок К. 2 месяца. Поступил в детское отделение с жалобами на бледность кожных покровов, изменение окраски мочи.
Из анамнеза известно, что ребёнок родился от 2 беременности, протекавшей на фоне токсикоза. Матери в возрасте 12 лет была проведена операция спленэктомии по поводу анемии Миньковского – Шоффара. В периоде новорожденности ребёнок лечился в ОПН по поводу анемии. Выписан с выздоровлением. Заболел 2 дня назад, когда появился редкий кашель. Вчера появилось желтушное окрашивание кожных покровов, их резкая бледность. Изменилась окраска мочи (тёмного цвета), ребёнок отказался от груди, стал вялым. При объективном осмотре выявлена резкая бледность кожных покровов с лимонным оттенком. Череп ягодицеобразной

формы, деформирована грудная клетка. Живот увеличен в размерах. Печень выступает на 4 см из-под края рёберной дуги, селезёнка – на 5 см. Моча тёмного цвета. Кал окрашенный.
Проведено обследование.
Общий анализ крови. Эритроциты $1,7x10^{12}$, Нв 33 г/л, ЦП 1,2, Лейкоц. $4,2x10^{9}$, п. 4%, С. 44%, л. 44%, м. 8%, ретикулоц. 32%, тр. $100x10^{9}$.
Общий анализ мочи. Уд. Вес 1004, прозрачная, тёмная, уробилиноген +, эритроциты разруш. 10 – 20 в п/зр.
Билирубин 220 ммоль/л, непрямой, сывороточное железо 21 ммоль/л.
Дежурным врачом выставлен диагноз железодефицитная анемия, назначена терапия препаратами железа, гемотрансфузия.
Задание
1. Согласитесь ли Вы с поставленным диагнозом? Обоснуйте своё решение.
2. Будете ли Вы продолжать лечение, назначенное дежурным врачом? Обоснуйте своё решение.

Задача № 7
Девочка З., 1 года поступила в клинику с жалобами матери на быструю утомляемость, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожи. Из анамнеза известно, что при диспансеризации у ребёнка выявлено снижение гемоглобина до 76 г/л и цветового показателя до 0,53. Мать госпитализировала ребёнка лишь в настоящее время. Анамнез жизни: ребёнок от первой, нормально протекавшей беременности и родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. С 2 недельного возраста ребёнок находится на искусственном вскармливании смесью «Агу». С 4 месячного возраста воспитывается у бабушки, где вскармливалась козьим молоком, соками, овощами с собственного огорода. Мясо практически не получала, т.к. отказывалась от кормления мясными продуктами.
При поступлении в стационар состояние расценено как тяжёлое. Девочка очень вялая, безразлична к окружающему. Кожа и видимые слизистые очень бледные, с желтоватым оттенком. В углах рта заеды. В лёгких пуэрильное дыхание. Тоны сердца приглушены, на верхушке и над областью крупных сосудов выслушивается систолический шум. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги.
Проведено обследование: общий анализ крови: эр. $2,6x10^{12}$, Нв 54 г/л, Цп 0,63, ретикул. $29\%_0$, лейкоц. $7,2x10^{9}$, п/я 2%, с. 20%, л. 64%, м. 10%, СОЭ 14 мм/ч.
Общий анализ мочи: сол/желт, УД.вес 1010, бепок,сахар отр., лейк. 1-4 в п/зр.
Общий белок 62г/л, сывороточное железо 4,1 мкмоль/л, ОЖСС 103 мкмоль/л.
Анализ кала на скрытую кровь отриц.
Задание:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие причины способствовали развитию заболевания.
3. Назначьте терапию.

Задача № 8
Ребёнок Ш, 2 года поступил в стационар с жалобами на выраженную бледность кожных покровов, повышение температуры до субфебрильных цифр, носовое кровотечение. Болен в течение 6 дней, когда появилась вялость, снижение аппетита, бледность кожных покровов. Вчера повысилась температура, появилось носовое кровотечение. Машиной скорой помощи доставлен в стационар.
При поступлении состояние тяжёлое: вялый, адинамичный. Кожные покровы восковидной бледности, обильная петехиальная сыпь на туловище, конечностях. Носовое кровотечение. Дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, приглушены, выслушивается короткий систолический шум на верхушке и в проекции крупных сосудов. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 2,5 см, селезёнка не пальпируется. Стул чёрного цвета, моча светлая.
Проведено обследование:
Общ. ан. крови. Эритр. $2,4x10^{12}$, Нв 56 г/л, ЦП 1,0, Лейк. $2,4x10^{9}$, тромб. $65x10^{9}$, пал. 4%, сегм. 44%, лимф. 54% , мон. 4%, СОЭ 22мм/ч.
Общ. белок 66 г/л, сывороточное железо 34 мкмоль/л.
Кал на скрытую кровь положит.
Общий анализ мочи: прозр., Уд. Вес 1009, лейк. 1-3 в п/зр, эритр. 2-3 в п/зр.
Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Окажите неотложную помощь ребёнку.

Эталоны ответов на ситуационные задачи по теме

Задача № 1

1. Железодефицитная анемия, тяжёлой степени.
2. Дефекты вскармливания, ухода. В частности искусственное вскармливание, отсутствие в пищевом рационе белков животного происхождения, преобладание молочных продуктов.
3. Ограничить потребление молочных продуктов, чая, увеличить потребление мясных, овощных продуктов, фруктов. Проводить достаточное количество времени на свежем воздухе. Ферротерапия пероральными железосодержащими препаратами в дозе 5 мг/кг в течение 2 месяцев под контролем ферритина сыворотки.

Задача № 2.

1. Железодефицитная анемия лёгкой степени.
2. Диетотерапия: перевод на адаптированную смесь, разнообразить ассортимент овощных блюд, ввести мясной фарш. Увеличить время и частоту прогулок.

Заместительная ферротерапия препаратами железа в дозе 5 мг/кг в течение 2 месяцев под контролем транспортного пула железа.

Задача № 3.

1. Железодефицитная анемия смешанной этиологии, средней степени тяжести.
2. Диетотерапия с использованием адаптированных молочных смесей, введение в пищевой рацион овощных прикормов, фруктовых пюре. Ввести в рацион мясные блюда, уменьшить количество каши в пищевом рационе.

Назначение заместительной ферротерапии препаратами железа через рот под контролем гемограммы и транспортного фонда железа.

3. Дифференциальный диагноз необходимо про водить с другими дефицитными анемиями: В12-, фолиево-, белководефицитной.

Основными критериями дифференциального диагноза будут являться гипохромия эритроцитов у данного больного и гиперхромия у других видов дефицитных анемий, их мегалобластоз, нейтропения и тромбоцитопения.

Задача № 4.

1. Железодефицитная анемия смешанного генеза тяжёлой степени.
2. Пубертатный возраст, погрешности в диете, бурные темпы физического развития.
3. Коррекция диеты с включением в рацион продуктов, содержащих белки животного происхождения, овощи, фрукты.

Гемотрансфузия отмытых эритроцитов или эритроцитарной массы.

Заместительная терапия препаратами железа для приёма внутрь в течение 3 месяцев под контролем гемограммы.

Задача № 5.

1. В12-дефицитная анемия средней степени тяжести. Хронический атрофический гастрит.
2. Опорные пункты дифференциального диагноза: гиперхромный характер анемии (железодефицитная анемия всегда носит гипохромный характер), тромбоцитопения, мегалобластоз являются гематологическими критериями витаминодефицитной анемии. Наиболее частой причиной В12-дефицитной анемии является хронический гастрит.

Задача № 6.

1. Нет, не соглашусь. Данному диагнозу противоречит раннее начало заболевания, анамнез: острое начало с появления бледности с желтушным колоритом, увеличение размеров селёзёнки и печени, анамнез: гемолитическая анемия у матери, результаты лабораторного обследования: гиперхромная анемия, выраженный ретикулоцитоз, нормальный уровень

сывороточного железа, непрямая гипербилирубинемия, гематурия.
2. Нет, не буду, т.к. дефицит железа не явился причиной заболевания у данного больного.

Задача № 7.
1. Железодефицитная анемия, тяжёлой степени.
2. Дефекты вскармливания, ухода: искусственное вскармливание, вскармливание козьим молоком, отсутствие в рационе мясных продуктов.
3. Ограничить потребление молочных продуктов, увеличить потребление мясных продуктов, овощей, фруктов.
4. Ферротерапия в течение 2 месяцев под контролем уровня сывороточного железа, ОЖСС, ЛЖСС, ретикулоцитов.

Задача № 8.
1. Приобретенная гипопластическая анемия тяжёлой степени.
2. Анализ крови на ретикулоциты, функциональные пробы печени, протеинограмма. Миелограмма. Консультация гематолога, ЛОР врача.
3. Гемотрансфузия эритромассы из расчёта 10 – 15 мл/кг. Переливание СЗП по поводу кровотечения. Передняя тампонада носа.

Тема: Геморрагические заболевания у детей

Перечень вопросов для собеседования:
1. Физиология системы гемостаза у детей.
2. Классификация заболеваний, сопровождающихся кровоточивостью.
3. Типы кровоточивости.
4. Лабораторная диагностика заболеваний системы гемостаза у детей.
5. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП). Определение понятия, эпидемиология, классификация. Этиология, патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагнозе. Осложнения.
6. ИТП, лечение. Неотложная помощь при кровотечениях. Показания к спленэктомии. Прогноз при ИТП.
7. Гемофилия. Эпидемиология. Классификация. Этиология, патогенез гемофилии. Клиническая картина гемофилии в разные возрастные периоды, течение. Диагностика. Осложнения гемофилии. Профилактика осложнений. Прогноз
8. Лечение гемофилии (препараты факторов свертывания, подходы к лечению гемартрозов). Неотложная помощь при кровотечениях.
9. Тромбоцитопатии. Определение, этиология, патогенез, классификация (морфологические и патогенетические формы). Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз тромбоцитопатий.
10. Лечение тромбоцитопатий. Неотложная помощь при кровотечениях при тромбоцитопатиях. Прогноз.

Тестовые задания
Выберите один правильный ответ

1. ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ:
1) гематомный
2) васкулитно-пурпурный
3) петехиально-пятнистый
4) смешанный
5) ангиоматозный

2. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ У РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ:
1) 90-110
2) 100-140
3) 110-130

4) 120-140
5) 180-240

3. У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 6 ЛЕТ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) СОСТАВЛЯЕТ:
1) 90-110
2) 100-140
3) 110-130
4) 120-140
5) 160-180

4. У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ СОСТАВЛЯЕТ ($x10^9$/л):
1) 50 -100
2) 50-200
3) 100-300
4) 150-300
5) 200 - 400

5. ОСНОВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ:
1) вирусами
2) микротромбами
3) бактериальными токсинами
4) иммунными комплексами
5) грибами

6. ДИАГНОЗ ТРОМБОЦИТОПАТИИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ:
1) тромбоцитопении
2) геморрагического синдрома
3) неполноценной функции тромбоцитов
4) изменений в миелограмме
5) изменений в коагулограмме

№	Эталон ответа
1	3
2	5
3	4
4	4
5	4
6	3

Ситуационная задача 1

Больной О., 5 лет, обратился 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 экстравазаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение под-

вижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Hb - 100 г/л, Эр - 3,0х10^{12}/л, Ретик - 3%, Тромб - 300х10^{9}/л, Лейк - 8,3х10^{9}/л, п/я - 3%, с - 63%, э - 3%, л - 22%, м - 9%, СОЭ - 12 мм/час.

Длительность кровотечения по Дъюку - 2 **мин** 30 сек.

Время свертывания крови по Ли- Уайту более 15 мин.

Задание

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

2. Какая фаза гемостаза страдает при данной патологи?

На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни у родителей ребенка?

3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Назначьте лечение больному.
5. Какой из видов терапии можно считать патогенетическим?
6. Каков прогноз заболевания у данного больного?
7. Опишите рентгенологическую картину изменений в суставах.

8.Почему боль в суставе возникла только через 2 часа после травмы?

9. Какой фермент является естественным активатором фибринолиза в почечной ткани?

10.Расскажите о механизмах действия аминокапроновой кислоты. Почему ее нельзя применять при почечном кровотечении?

Эталон ответа к ситуационной задаче 1

1. Гемофилия, определить уровень факторов свертывания
2. Страдает коагуляционное звено гемостаза, заболевание наследственное.
3. Низкий уровень фактора свертывания (VIII – чаще), образуется мало фибрина, отсроченные длительные кровотечения.
4. Рекомбинантный фактор свертывания.
5. Заместительная терапия.
6. Условно благоприятный
7. Анкилоз.
8. Отсроченное кровотечение
9. Позднее
10. Не сразу

Ситуационная задача 2

Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением.

Из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоточечная геморрагическая сыпь. Участковым врачом поставлен диагноз: геморрагический васкулит.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на лице, шее и руках петехиальные элементы. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: НЬ - 101 г/л, Эр - 3,2х10^{12}/л, Тромб - 12х10^{9}/л, Лейк - б,4х10^{9}/л, п/я - 2%, с - 59%, э - 3%, л - 27%, м - 8%, СОЭ - 5 мм/час.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки - 2%, нейтрофильный росток - 62%, эозинофильный росток - 4%, лимфоциты - 5%, эритроидный росток - 27%, мегакариоциты - 1 на 120 миелокариоцитов, отшнуровка тромбоцитов не нарушена.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, удельный вес - 1008, белок - нет, эпителий плоский - 2-4 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

Задание

1. Согласны ли Вы с диагнозом участкового врача? Сформулируйте правильно диагноз.
2. Приведите классификацию данного заболевания.
3. Какие симптомы и данные лабораторного обследования явились

важными для постановки диагноза?

4. Какие клинические пробы помогут Вам в постановке диагноза?
5. Назначьте лечение данному больному.
6. Какие существуют методы остановки носового кровотечения?
7. Опишите возможные изменения на глазном дне при этом заболевании.
8. Опишите морфологические особенности мегакариоцита.
9. Какова продолжительность жизни тромбоцитов?
10. Почему после спленэктомии повышается число тромбоцитов?

Эталон ответа к ситуационной задаче 2

1. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.
2. Острая, подострая, непрерывно рецидивирующая, легкая, средняя, тяжелая.
3. Петехиально-пятнистый тип кровоточивости, тромбоцитопения.
4. Симптом жгута.
5. Преднизолон, 2 мг/кг, ВВИГ.
6. Кровоизлияния в сетчатку.
7. Задняя и передняя тампонада носа.
8. Мегакариоцит крупная клетка с отростками.
9. 7 дней
10. Тромбоциты разрушаются преимущественно в селезенке.

Тема: Эпидемиология злокачественных новообразований у детей

Перечень вопросов для собеседования:

1. Актуальность проблемы. Эпидемиология и теории развития опухолей у детей.
2. Заболеваемость злокачественными новообразованиями у детей в экономически развитых странах, РФ, Челябинской области.
3. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей у детей
4. Особенности злокачественных новообразованиями у детей. Структура злокачественных опухолей у детей её отличие от таковой у взрослых.
5. Особенности, связанные с диагностикой злокачественных опухолей у детей

Тестовые задания

1. В структуре смертности детей в экономически развитых странах, по данным Всемирной организации здравоохранения, на первом месте смерть:
1) от злокачественных опухолей;
2) в результате несчастных случаев;
3) от инфекционных заболеваний;
4) от сердечно-сосудистых заболеваний;
5) в результате убийств и самоубийств.

2. Среди причин детской смертности в экономически развитых странах, по данным Всемирной организации здравоохранения, злокачественные новообразования занимают место:
1) первое;
2) второе;
3) третье;
4) четвертое;
5) пятое.

3. В структуре смертности взрослого населения в экономически развитых странах, по данным Всемирной организации здравоохранения, злокачественные новообразования занимают место:
1) первое;
2) второе;
3) третье;
4) четвертое;

5) пятое.

4. В структуре смертности детей в возрасте до 14 лет в РФ злокачественные новообразования занимают место:
1) первое;
2) второе;
3) третье;
4) четвертое;
5) пятое.

5. Заболеваемость злокачественными новообразованиями у детей в экономически развитых странах составляет в среднем на 100 000 детского населения:
1) 8–11;
2) 12–14;
3) 15–17;
4) 18–19;
5) 20–22.

6. Количество детей в РФ, ежегодно заболевающих доброкачественными опухолями, на 100 000 детского населения составляет:
1) 350;
2) 450;
3) 550;
4) 650;
5) 750.

7. Особенности морфологии солидных опухолей у детей:
1) преобладание эпителиальных опухолей;
2) преобладание опухолей мезенхимального происхождения;
3) преобладание нейроэндокринных опухолей;
4) преобладание эндокринных опухолей;
5) преобладание нейроэндокринных и эпителиальных опухолей.

8. Риск возникновения повторных злокачественных опухолей в семьях, где есть ребенок, относящийся к генетически детерминированной группе, составляет:
1) 5–10%;
2) 15–25%;
3) 30–45%;
4) 50–65%;
5) 70–75%.

9. Первое место в структуре онкологических гематологических заболеваний у детей занимают:
1) острые лейкозы;
2) хронические лейкозы;
3) лимфома Ходжкина;
4) неходжкинские лимфомы;
5) опухоли макрофагально-гистиоцитарной системы.

10. Из солидных злокачественных опухолей чаще всего в детском возрасте развиваются:
1) саркомы мягких тканей;
2) опухоли почек;
3) нейробластомы;
4) опухоли центральной нервной системы (ЦНС);
5) опухоли костей.

Ответы: 1- 2; 2- 2; 3- 3; 4- 5; 5- 2; 6- 4; 7- 2; 8- 3; 9- 1; 10- 4.

Тема: Гемобластозы у детей: дифференциальная диагностика

Перечень вопросов для собеседования:

1. Виды гемобластозов
2. Гематологические и системные проявления гемобластозов
3. Острые лимфобластные лейкозы. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
4. Хронический лимфолейкоз. Диагностика и дифференциальная диагностика.
5. Лимфогрануломатоз, диагностика, дифференциальный диагноз.
6. Неходжскинские лимфомы у детей, диагностика, дифференциальный диагноз.
7. Принципы лечения гемобластозов у детей.

Тестовые задания

1. Среди гемобластозов у детей на острый лейкоз приходится:
1) 10%;
2) 30%;
3) 50%;
4) 60%;
5) 70%.

2. Среди всей популяции детей, страдающих лейкозом, на острый лимфобластный лейкоз приходится около:
1) 6%;
2) 15%;
3) 30%;
4) 50%;
5) 80%.

3. Наиболее частый вид лейкозов у детей:
1) острый лимфобластный лейкоз;
2) острый миелоидный лейкоз;
3) острый пролимфоцитарный лейкоз;
4) хронический миелолейкоз;
5) хронический лимфолейкоз.

4. Врожденный лейкоз — случаи лейкозов, зарегистрированные у детей в период:
1) только сразу после рождения;
2) до 1 года после рождения;
3) от 1 года до 2 лет;
4) от 2 до 3 лет;
5) от 3 до 5 лет.

5. Наиболее часто регистрируемый вариант лейкоза у детей старше 5 лет:
1) острый миелобластный;
2) острый лимфобластный;
3) хронический миелолейкоз;
4) хронический лимфолейкоз;
5) эритролейкоз.

6. Лейкоз, не развивающийся в детском возрасте:
1) острый миелобластный лейкоз;
2) острый лимфобластный лейкоз;
3) хронический миелолейкоз;
4) хронический лимфолейкоз;
5) миеломоноцитарный лейкоз.

7. Острым лейкозом чаще всего страдают дети в возрасте:
1) до 2 лет;
2) 3–6 лет;
3) 7–10 лет;
4) 11–14 лет;
5) старше 14 лет.

8. Наиболее благоприятный прогноз течения острого лимфобластного лейкоза в возрасте:
1) до 2 лет;
2) 3–6 лет;
3) 7–10 лет;
4) 11–13 лет;
5) старше 14 лет.

9. У пациентов с благоприятным прогнозом острого лимфобластного лейкоза встречается следующий кариотип:
1) гипоплоидия;
2) гиперплоидия;
3) нормальный кариотип;
4) t(4;11);
5) t(9;22).

10. Методы диагностики, позволяющие провести точную дифференцировку лейкозов:
1) клинические;
2) морфологические;
3) цитохимические;
4) иммунологические;
5) генетические.
Ответы: 1- 5; 2- 5; 3- 1; 4- 2; 5- 1; 6- 4; 7- 2; 8- 2; 9- 2; 10- 4.

Ситуационная задача
16-летний подросток обратился в поликлинику с жалобами на перемежающуюся лихорадку в течение 2 недель, потерю веса, снижение энергии и увеличение лимфатических узлов на шее. При осмотре у него есть множественные плотные, большие, безболезненные лимфатические узлы, пальпируемые в его передней и задней шейных цепочках и подмышечных впадинах с обеих сторон. Рентген грудной клетки также выявляет медиастинальную лимфаденопатию. Его отправляют на тонкоигольную биопсию одного из узлов, которая выявляет заметные клетки Березовского-Штернберга. Наличие в анамнезе каких из следующих симптомов ухудшит прогноз?
a. Боль, вызванная алкоголем
b. Зуд
c. Недомогание
d. Анорексия
e. Обильные ночные поты

Эталон ответа - е
Наличие клеток Березовского-Штернберга в биопсии лимфатического узла является патогномоничным для лимфомы Ходжкина. Наличие «В-симптомов», которые включают (1) обильные ночные поты (обычно требующие смены одежды или постельного белья в течение ночи), (2) > 10% необъяснимую потерю веса за предшествующие 6 месяцев и/или (3) лихорадку >38°С в течение как минимум 3 дней подряд, присутствуют примерно у одной трети пациентов с болезнью Ходжкина и связаны с худшим прогнозом. Другие симптомы, в том числе боль, вызванная алкоголем, зуд, недомогание и анорексия, часто отмечаются у пациентов с болезнью Ходжкина, но не было показано, что они являются полезными прогностическими индикаторами. Вызванная алкоголем боль в пораженных узловых областях, которая часто возникает через несколько минут после употребления алкоголя, и генерализованный зуд являются любопытными симптомами, довольно специфичными для лимфомы Ходжкина. Неизвестно, почему развиваются

эти симптомы; однако они разрешаются при лечении злокачественного новообразования. (Section 24: Neoplastic Disorders; Part 2: Hematologic Malignancies, Chapter 452, p 1634).

Тема: Солидные опухоли у детей: диагностика и дифференциальная диагностика

Перечень вопросов для собеседования:

1. Опухоли мягких тканей. Рабдомиосаркома: головы и шеи; конечностей; туловища; мочеполовой системы, клиника, диагностика.
2. Опухоли центральной нервной системы. Клиника, ведущие методы диагностики опухолей головного мозга у детей.
3. Нейробластома: клиника, диагностика.
4. Остеосаркома: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика
5. Нефробластома: клиника, диагностика.
6. Опухоли гонад и герминогенные опухоли: клиника, диагностика.
7. Опухоли печени у детей. Ведущие симптомы опухолей печени у детей. Методы диагностики.
8. Ретинобластома. Клиника, диагностика.

Ситуационная задача 1

Мальчик родился в срок. Жалоб нет, активен, хорошо сосет грудь, диурез сохранен, частота мочеиспусканий достаточная, выписан из роддома домой. При осмотре ребенка в 2 недельном возрасте его состояние оценено как удовлетворительное. Его пульс 110 и А/Д 107/72. При осмотре пальпируется образование в брюшной полости. При УЗИ брюшной полости, обнаруживается большое образование, затрагивающее левую почку. Какой наиболее вероятный диагноз?

a. гемангиома
b. нефробластома
c. Рабдоидная опухоль
d. Карцинома почек
e. Мезобластная нефрома

Эталон ответа - e

Наиболее частой причиной солидного образования почек у новорожденных является врожденная мезобластная нефрома (CMN). CMN представляет собой солитарную гамартому, которая возникает из мезенхимальной ткани эмбриональной почки и часто связана с транслокацией t(12;15), которая приводит к образованию слитого белка ETV6-NTRK3. CMN часто выявляют до рождения с помощью пренатального ультразвукового исследования и могут быть связаны с многоводием и преждевременными родами, а также с гематурией, гиперкальциемией и артериальной гипертензией у новорожденных. Лечение заключается только в хирургической резекции, так как этот тип опухоли редко метастазирует. Отличить CMN от нефробластомы (опухоль Вильмса) с помощью УЗИ невозможно, но нефробластома в неонатальном периоде встречается редко, как и почечно-клеточный рак и рабдоидные опухоли. Гемангиомы часто встречаются в первые несколько месяцев жизни, но редко встречаются в почках. Большинство почечных образований, пальпируемых у новорожденных, не являются неопухолевыми, включая гидронефроз и почечные кисты. (Section 24: Neoplastic Disorders; Part 1: Principles of Oncology, Chapter 447, p 1615).

Ситуационная задача 2

1. У 6-месячной девочки при обследовании ребенка выявлена двусторонняя лейкокория. После направления к детскому офтальмологу и соответствующих визуализирующих исследований у нее диагностирована двусторонняя ретинобластома. Какая из следующих опухолей также находится в группе высокого риска?

a. Гепатобластома
b. Нейробластома
c. лимфома Ходжкина
d. остеосаркома
e. медуллобластома

Эталон ответа - d
Ребенок в этом примере, скорее всего, унаследовал зародышевую мутацию в одной копии гена-супрессора опухоли RB1. Наследственные мутации RB чаще проявляются билатерально и в более молодом возрасте (до 11 месяцев). Ген RB1 локализован на хромосоме 13. Потеря белка ретинобластомы, pRB, делает возможным нерегулируемый рост и пролиферацию, тем самым способствуя онкогенезу. Пациент подвержен риску развития новых опухолей ретинобластомы в раннем детстве и развития остеосаркомы в любом возрасте. В поле облучения резко возрастает риск развития остеосаркомы; это одна из причин, по которой химиотерапия или локальная криотерапия предпочтительнее лучевой терапии для лечения этих опухолей. Гепатобластома, нейробластома, лимфома Ходжкина и медуллобластома не были конкретно идентифицированы как RB-зависимые опухоли. (Section 24: Neoplastic Disorders; Part 1: Principles of Oncology, Chapter 443, pp 1603–1605).

Тема «Диагностика в детской онкологии»

Тестовые задания

Опухоли мягких тканей
1. В структуре солидных опухолей у детей саркомы мягких тканей занимают место:
1) второе;
2) третье;
3) четвертое;
4) пятое;
5) шестое.

2. Среди сарком мягких тканей у детей наиболее часто развивается:
1) ангиосаркома;
2) синовиальная саркома;
3) рабдомиосаркома;
4) липосаркома;
5) злокачественная фиброзная гистиоцитома.

3. Частота возникновения рабдомиосарком среди сарком мягких тканей составляет:
1) 10–20%;
2) 30–40%;
3) 50–60%;
4) 70–80%;
5) свыше 80%.

4. Среди морфологических вариантов рабдомиосаркомы преобладает вариант:
1) эмбриональный;
2) альвеолярный;
3) юингоподобный;
4) недифференцированная мезенхимальная саркома;
5) плеоморфный.

5. Частота развития рабдомиосарком головы и шеи среди всех локализаций сарком мягких тканей составляет:
1) 10–20%;
2) 30–40%;
3) 50–60%;
4) 70–80%;
5) свыше 80%.

6. Наиболее часто встречающаяся мягкотканая злокачественная солидная опухоль носоглотки у детей:
1) рабдомиосаркома;

2) ангиогенная саркома;
3) синовиальная саркома;
4) фибросаркома;
5) эктопическая хондросаркома.

7. Наиболее часто встречающаяся мягкотканая злокачественная солидная опухоль наружнего и среднего уха у детей:
1) рабдомиосаркома;
2) ангиогенная саркома;
3) синовиальная саркома;
4) фибросаркома;
5) эктопическая хондросаркома.

8. Наиболее часто встречающаяся мягкотканая злокачественная солидная опухоль ротоглотки у детей:
1) рабдомиосаркома;
2) ангиогенная саркома;
3) синовиальная саркома;
4) фибросаркома;
5) эктопическая хондросаркома.

9. Рабдомиосаркома половых органов у детей наиболее часто развивается в возрасте:
1) до 5 лет;
2) 5–7 лет;
3) 7–11 лет;
4) 11–15 лет;
5) старше 15 лет.

10. Ботриоидная саркома наиболее часто возникает в возрасте:
1) до 1 года;
2) 1–3 года;
3) 3–5 лет;
4) 5–10 лет;
5) старше 10 лет.

Ответы: 1- 2; 2- 3; 3- 3; 4- 1; 5- 4; 6- 1; 7- 1; 8- 1; 9- 1; 10- 2.

Опухоли центральной нервной системы
1. В структуре детской онкопатологии опухоли ЦНС по частоте занимают место:
1) первое;
2) второе;
3) третье;
4) четвертое;
5) пятое.

2. Доля опухолей ЦНС в структуре всех новообразований у детей составляет:
1) 5%;
2) 10%;
3) 20%;
4) 40%;
5) 60%.

3. Среди опухолей ЦНС у детей наиболее часто развиваются следующие опухоли:
1) первичные, чаще встречаются у мальчиков;
2) первичные, чаще встречаются у девочек;
3) метастатические, чаще встречаются у мальчиков;
4) метастатические, чаще встречаются у девочек;

5) первичные и метастатические, встречаются с одинаковой частотой у детей обоих полов.

4. Опухоли головного мозга наиболее часто обнаруживают в возрасте:
1) до 1 года;
2) 1–2 года;
3) 2–10 лет;
4) 10–14 лет;
5) старше 14 лет.

5. В возрастной структуре опухолей ЦНС дети в возрасте до 2 лет составляют:
1) 1–5%;
2) 10–15%;
3) 25–40%;
4) 40–60%;
5) 60–80%.

6. Преимущественная локализация опухолей головного мозга у детей:
1) срединные структуры головного мозга;
2) полушария мозжечка;
3) большие полушария головного мозга;
4) боковые желудочки головного мозга;
5) надоболочечные пространства.

7. Наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль головного мозга у детей:
1) астроцитома;
2) эпендимома;
3) краниофарингиома;
4) герминома;
5) медуллобластома.

8. Наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль головного мозга у детей:
1) астроцитома;
2) эпендимома;
3) краниофарингиома;
4) герминома;
5) медуллобластома.

9. Наиболее часто встречающаяся супратенториальная опухоль у детей:
1) анапластическая астроцитома;
2) краниофарингиома;
3) понтинная глиома;
4) примитивная нейроэктодермальная опухоль;
5) олигодендроглиома.

10. Опухоли хиазмы и зрительных трактов чаще наблюдаются у детей:
1) до 1 года;
2) 1–5 лет;
3) 6–9 лет;
4) 10–14 лет;
5) старше 14 лет.

Ответы: 1- 2; 2- 3; 3- 1; 4- 3; 5- 2; 6- 1; 7- 5; 8- 1; 9- 1; 10- 2.

Опухоли периферической нервной системы
1. Наиболее часто нейрогенные опухоли встречаются у детей в возрасте:
1) до 1 года;
2) 2–4 года;

3) 5–8 лет;
4) 9–15 лет;
5) старше 15 лет.

2. Наименее зрелая нейрогенная опухоль:
1) симпатогониома;
2) симпатобластома;
3) ганглионейробластома;
4) нейробластома;
5) ганглионеврома.

3. Наиболее зрелая нейрогенная опухоль:
1) симпатогониома;
2) ганглионеврома;
3) симпатобластома;
4) ганглионейробластома;
5) нейробластома.

4. Признак, патогномоничный для нейробластомы у детей:
1) высокий уровень эмбрионального α-фетопротеина;
2) высокий уровень катехоламинов в моче;
3) высокий уровень глюкозы плазмы крови;
4) телеангиэктазии;
5) макрогематурия.

5. В структуре детских опухолей нейробластома составляет (процент всех новообразований):
1) 6–10%;
2) 10–15%;
3) 15–20%;
4) 20–25%;
5) 25–30%.

6. Нейрогенные забрюшинные опухоли у детей наиболее часто можно пропальпировать:
1) в верхних отделах живота;
2) нижних отделах живота;
3) полости малого таза;
4) надлобковой области;
5) подвздошных областях.

7. Забрюшинная нейрогенная опухоль при пальпации:
1) неподвижная, бугристая, плотной консистенции, определяется в верхнемедиальных отделах живота и переходит среднюю линию живота;
2) подвижная, гладкая, эластическая, определяется в нижних отделах живота;
3) умеренно подвижная, плотноэластическая, определяется в верхнемедиальных отделах живота, не переходит среднюю линию живота;
4) умеренно подвижная, с гладкой поверхностью, эластической консистенции, определяется в эпигастральной области;
5) подвижная, крупнобугристая, плотноэластической консистенции, определяется в верхненаружных отделах живота.

8. Поражение по типу «песочных часов» свойственно для опухоли:
1) нефроблатомы;
2) нейробластомы;
3) гепатобластомы;
4) дисгерминомы яичника;
5) рака почки.

9. Кальцификаты в виде мелкоточечных хлопьев, расположенные в центральных отделах новообразования, обнаруживаемые при рентгенологическом исследовании, свойственны:
1) нефробластоме;
2) нейробластоме;
3) рабдомиосаркоме;
4) гепатобластоме;
5) дисгерминоме яичников.

10. Кальцификаты в нейрогенных опухолях при рентгенологическом обследовании выявляют:
1) в 20% случаев;
2) 40%;
3) 60%;
4) 70%;
5) 80%.

Ответы: 1- 2; 2- 1; 3- 2; 4- 2; 5- 1; 6- 1; 7- 1; 8- 2; 9- 2; 10- 1.

Опухоли костей
1. Дополнительное бугристое образование кости на ножке в области метадиафиза у ребенка 10 лет характерно:
1) для опухолей семейства саркомы Юинга;
2) остеосарком;
3) остеом;
4) гигантоклеточных опухолей;
5) злокачественных фиброгистиоцитом кости.

2. Признак, характеризующий остеоид-остеому:
1) чаще возникает в костях свода черепа;
2) безболезненная (регистрируется как случайная рентгенологическая находка);
3) ночные боли, купирующиеся приемом препаратов производных салициловой кислоты, нестероидных противовоспалительных средств;
4) болеют лица пожилого и старческого возраста;
5) никогда не встречается в дужках позвонков.

3. Остеосаркома наиболее часто развивается у детей в возрасте:
1) до 2 лет;
2) 2–5 лет;
3) 5–10 лет;
4) 10–12 лет;
5) 12–16 лет.

4. Преимущественная локализация остеосаркомы:
1) кости, образующие коленный сустав;
2) проксимальный отдел бедренной кости;
3) ребра;
4) дистальный отдел плечевой кости;
5) подвздошные кости.

5. Часто встречающийся гистологический вариант остеосаркомы у детей:
1) остеолитическая;
2) телеангиэктатическая;
3) остеопластическая;
4) хондроидная;
5) смешанная.

6. Рентгенологические признаки доброкачественных опухолей костей у детей, не встречающиеся при злокачественных опухолях:

1) вздутие надкостницы;
2) мелкоочаговая деструкция;
3) истончение коркового слоя;
4) четкие контуры участка деструкции с ободком склероза;
5) наличие патологического перелома.

7. Остеолитическая остеосаркома имеет сходные рентгенологические черты:
1) с энхондромой;
2) солитарной костной кистой;
3) остеомой;
4) остеокластомой в активной фазе своего развития;
5) остеоидной остеомой.

8. Метод, позволяющий достоверно установить диагноз остеосаркомы:
1) рентгенография;
2) ангиография;
3) РКТ;
4) морфологическое исследование;
5) МРТ.

9. Остеосаркома наиболее часто метастазирует:
1) в лимфатические узлы;
2) кости;
3) легкие;
4) печень;
5) костный мозг.

10. Основной метод лечения остеосаркомы:
1) хирургический;
2) лучевой;
3) химиотерапевтический;
4) химиотерапия + хирургическое лечение;
5) лучевая терапия + химиотерапия.
Ответы: 1- 3; 2- 3; 3- 5; 4- 1; 5- 3; 6- 4; 7- 4; 8- 4; 9- 3; 10- 4.

Опухоли почек
1. Частота развития нефробластом среди других злокачественных солидных опухолей детского возраста составляет:
1) до 1%;
2) 1–5%;
3) 6–8%;
4) 9–12%;
5) 13–20%.

2. Нефробластома наиболее часто развивается в возрасте:
1) до 1 года;
2) 1–5 лет;
3) 5–10 лет;
4) 10–15 лет;
5) старше 15 лет.

3. Выполнение МРТ с контрастированием обязательно при следующей стадии нефробластомы:
1) I;
2) II;
3) III;
4) IV;
5) V.

4. Для установления морфологического варианта светлоклеточной саркомы почки необходимо выполнить:
1) РКТ и МРТ с контрастированием головного мозга;
2) РКТ грудной клетки;
3) РКТ и МРТ с контрастированием печени;
4) сканирование костей скелета;
5) костномозговую пункцию.

5. Для установления морфологического варианта рабдоидной опухоли почки необходимо выполнить:
1) РКТ и МРТ с контрастированием головного мозга;
2) РКТ грудной клетки;
3) РКТ и МРТ с контрастированием печени;
4) сканирование костей скелета;
5) костномозговую пункцию.

6. Основной метод лечения локализованных форм нефробластомы у детей:
1) хирургический;
2) химиотерапия;
3) лучевая терапия;
4) хирургический + химиотерапия;
5) хирургический + химиотерапия + лучевая терапия.

7. Основной метод лечения детей до 1 года при нефробластоме I стадии:
1) хирургическое лечение;
2) химиотерапия;
3) лучевая терапия;
4) хирургическое лечение + химиотерапия;
5) хирургическое лечение + химиотерапия + лучевая терапия.

8. Сроки диспансерного наблюдения за детьми, страдающими нефробластомой:
1) 1,5 года;
2) 2 года;
3) 3 года;
4) 5 лет;
5) более 5 лет.

9. Нефробластома наиболее часто развивается на фоне следующих пороков мочеполовой системы:
1) поликистоз;
2) гипоспадия;
3) подковообразная почка;
4) аномалии развития почечных лоханок;
5) крипторхизм.

10. Нефробластома наиболее часто метастазирует:
1) в легкие;
2) печень;
3) лимфатические узлы;
4) кости;
5) кожу и мягкие ткани.
Ответы: 1- 3; 2- 2; 3 – 5; 4- 4; 5- 1; 6- 4; 7- 1; 8- 4; 9- 1, 2, 3, 4, 5; 10 - 1, 2, 3.

Опухоли печени
1. Частота развития гепатобластомы среди всех злокачественных опухолей у детей:
1) 1–4%;
2) 5–9%;

3) 10–14%;
4) 15–19%;
5) 20–24%.

2. Частота развития гепатобластом среди всех первичных опухолей печени у детей:
1) 1–10%;
2) 11–20%;
3) 21–30%;
4) 31–40%;
5) 41–50%.

3. Частота развития гепатоцеллюлярного рака среди всех первичных опухолей печени у детей:
1) 1–10%;
2) 11–20%;
3) 21–30%;
4) 31–40%;
5) 41–50%.

4. Среди опухолей печени у детей первое место занимает:
1) аденома;
2) тератома;
3) кавернозная гемангиома;
4) мезенхимальная гамартома;
5) злокачественные опухоли печени.

5. Наиболее часто гепатобластомы развиваются в возрасте:
1) до 2 лет;
2) 2–5 лет;
3) 6–10 лет;
4) 11–15 лет;
5) старше15 лет.

6. Гепатоцеллюлярный рак наиболее часто развивается в возрасте:
1) до 2 лет;
2) 2–5 лет;
3) 6–10 лет;
4) 11–15 лет;
5) старше15 лет.

7. На фоне описторхоза может развиваться:
1) гепатоцеллюлярный рак печени;
2) гепатобластома;
3) эмбриональная саркома печени;
4) холангиоцеллюлярный рак печени;
5) рабдоидная опухоль печени.

8. Гепатиты играют наибольшую роль в патогенезе следующих опухолей печени:
1) гепатобластомы;
2) гепатоцеллюлярного рака печени;
3) эмбриональной саркомы печени;
4) холангиоцеллюлярного рака печени;
5) опухолей желточного мешка в печени.

9. Наиболее редкие формы злокачественных опухолей печени у детей:
1) эмбриональная саркома;
2) гепатоцеллюлярный рак;
3) герминогенные опухоли;

4) нодулярная гиперплазия;
5) рабдоидная опухоль.

10. Информативность определения уровня α-фетопротеина при гепатобластоме у детей:
1) менее 25%;
2) 25–35%;
3) 35–45%;
4) 45– 65%;
5) свыше 65%.

Ответы: 1- 1; 2- 5; 3- 2; 4- 5; 5- 1; 6- 3; 7- 4; 8 – 2; 9- 1; 10- 5.

Опухоли глаза (ретинобластома)
1. Доля злокачественных опухолей орбиты в структуре солидных злокачественных опухолей у детей всех локализаций составляет:
1) до 1%;
2) 1– 5%;
3) 5–10%;
4) 10–15%;
5) 15–20%.

2. Основное число случаев заболеваемости ретинобластомой приходится на возрастную группу:
1) до 3 лет;
2) 4–7 лет;
3) 8–10 лет;
4) 11–15 лет;
5) старше 15 лет.

3. Этиология ретинобластомы:
1) наследственная;
2) приобретенная;
3) врожденная;
4) наследственная и врожденная;
5) наследственная и приобретенная.

4. Частота развития наследственных форм ретинобластомы составляет:
1) 5–10%;
2) 10–20%;
3) 20–30%;
4) 40–50%;
5) 60–70%.

5. Наиболее благоприятный по течению вариант ретинобластомы:
1) с большим количеством розеток;
2) псевдорозеточная форма;
3) смешанный вариант;
4) с большим количеством розеток и псевдорозеточная форма;
5) с большим количеством розеток и смешанный вариант.

6. Общая 5-летняя выживаемость у детей с ретинобластомой составляет:
1) до 60%;
2) 60–70%;
3) 70–80%;
4) 80–90%;
5) свыше 90%.

7. Морфологически ретинобластома — опухоль, происходящая:

1) из примитивных мезенхимальных клеток;
2) эмбриональных нейробластов симпатической нервной системы;
3) ретинопредшествующих клеток;
4) примитивных мезенхимальных и ретинопредшествующих клеток;
5) примитивных мезенхимальных клеток и эмбриональных нейробластов.

8. Ретинобластома происходит:
1) из волокон зрительного нерва;
2) стекловидного тела;
3) мягких тканей орбиты;
4) нервных элементов оптически деятельной части сетчатки;
5) хрусталика и роговицы.

9. Диагностические методы, используемые при подозрении на ретинобластому:
1) прямая и обратная офтальмоскопия;
2) УЗИ глаз;
3) РКТ орбит и головного мозга;
4) МРТ орбит и головного мозга;
5) поясничная, костномозговая пункция, радиоизотопное исследование костной системы.

10. Основные симптомы манифестации ретинобластомы при ее центральном расположении:
1) гетерохромия радужки;
2) экзофтальм;
3) косоглазие;
4) свечение зрачка;
5) снижение остроты зрения.

Ответы: 1- 1; 2- 1; 3- 4; 4- 4; 5- 1; 6 – 5; 7- 3; 8- 4; 9- 1; 10- 3, 4.

Опухоли кожи
1. К меланомонеопасным невусам относят:
1) голубой невус;
2) внутридермальный невус;
3) пограничный пигментный невус;
4) гигантский пигментный невус;
5) невус Ота.

2. Меланому кожи относят к опухолям:
1) нейроэктодермальной природы;
2) эктодермальной природы;
3) мезенхимальной природы;
4) дисэмбриональной природы;
5) энтодермальной природы.

3. Достоверный метод диагностики меланомы кожи:
1) радиофосфорная проба;
2) лучевая меланурия;
3) термография;
4) морфологическая диагностика;
5) радиосцинтиграфия.

4. Эффективный метод лечения меланомы кожи у детей:
1) химиотерапия;
2) лучевая терапия;
3) хирургическое иссечение;
4) криодеструкция;
5) лазеродеструкция.

5. Хирургический метод лечения меланомы кожи у детей включает:
1) поверхностное и широкое иссечение опухоли кожи до базального слоя дермы;
2) поверхностное, но неширокое иссечение опухоли кожи до базального слоя дермы;
3) глубокое и широкое иссечение опухоли кожи вместе с подкожной жировой клетчаткой;
4) глубокое, но неширокое иссечение опухоли кожи вместе с подкожной жировой клетчаткой;
5) глубокое, но неширокое иссечение опухоли кожи вместе с подкожной жировой клетчаткой, до фасции.

6. При наличии меланомы кожи лица размером до 0,5 см в области носогубной складки наиболее целесообразно применение:
1) хирургического иссечения;
2) лазеродеструкции;
3) криодеструкции;
4) лучевой терапии;
5) химиотерапии.

7. Наихудший прогноз при локализации меланомы на коже:
1) головы;
2) верхних конечностей;
3) туловища;
4) нижних конечностей;
5) заднего прохода и половых органов.

8. Риск развития меланомы в течение всей жизни при гигантских врожденных невоклеточных невусах:
1) до 1%;
2) 1–3%;
3) 3–5%;
4) 5–12%;
5) 12–18%.

9. Форма меланомы, развивающаяся у детей:
1) поверхностно-распространенная фаза поверхностного роста;
2) поверхностно-распространенная фаза вертикального роста;
3) меланома типа злокачественного лентиго, I фаза (радиальный рост);
4) меланома типа злокачественного лентиго, II фаза (начало инвазивного роста);
5) узловая меланома.

10. Современные и эффективные методы ранней диагностики меланомы кожи:
1) термография;
2) радиосцинтиграфия;
3) морфологическая диагностика;
4) дерматоскопия;
5) эпилюминесцентная микроскопия.

Ответы: 1- 2; 2- 1; 3- 4; 4 – 3; 5- 5; 6- 1; 7- 5; 8- 4; 9 – 5; 10- 3, 4, 5.

ПРОТОКОЛ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО _____.
ординатором_____ Дата_____

Ф.И.О. пациента, возраст_____
Жалобы_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Анамнез заболевания (Anamnesis morbi):
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Анамнез жизни (Anamnesis vitae)
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Данные объективного исследования (St. praesens ob.)
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Выявленные симптомы и синдромы:
1._____
2._____
3._____
4._____
5._____
6._____

Предварительный диагноз:
_____
_____
_____

План обследования

Результаты доп. методов обследования:

1._____ 1._____
2._____ 2._____
3._____ 3._____
4._____ 4._____
5._____ 5._____
6._____ 6._____
7._____ 7._____

Клинический диагноз _____

_____

_____

План лечения

1._____
2._____
3._____
4._____
5._____
6._____

Подпись врача-ординатора _____

Оценка_____

Экзаменаторы: ФИО, подпись

1._____
2._____
3._____

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

КАРТА ФОРМИРУЕМЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Компетенции	Перечень компонентов	Технологии формирования. Формы оценочных средств
В процессе подготовки по данной специальности ординатор формирует и демонстрирует следующие:		
Универсальные компетенции:		
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	**знать**: - теоретические основы нервной деятельности; - механизмы абстрактного мышления; **уметь**: - Анализировать проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними. - Определять пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению - Критически оценивать надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников; - организовать самостоятельный умственный труд в работе с информацией; **владеть**: -методиками самоконтроля, абстрактного мышления, аналитического мышления;	Педагогическая практика. Собеседование
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	**знать**: - законодательство и нормативную документацию в сфере образования и здравоохранения; - нормативы по обучению, переподготовки, аттестация и сертификация персонала; - теоретические основы управления персоналом; **знать**: - системы управления и организацию труда в отрасли здравоохранения; - принципы лидерства и персонального менеджмента; - формы и методы организации гигиенического образования и воспитания населения; - медицинскую этику и деонтологию; **уметь**: - Вырабатывать стратегию командной работы и на ее основе организует отбор членов команды для достижения поставленной цели - Организовать и корректировать работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений - Разрешать конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон; - создавать рабочую атмосферу, позитивный эмоциональный климат в команде организовывать деятельность медицинских организаций и их структурных подразделений; **владеть**: - методами организации гигиенического образования	Педагогическая практика. Собеседование

	и воспитания населения; - системами управления и организации труда в медицинском учреждении;	
УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Уметь: Устанавливать контакты и организует общение в соответствии с потребностями совместной деятельности, используя современные коммуникационные технологии Составлять в соответствии с нормами русского языка деловую документацию разных жанров Организовывать обсуждение результатов исследовательской и проектной деятельности на различных публичных мероприятиях на русском языке, выбирая наиболее подходящий формат. Представлять результаты исследовательской и проектной деятельности на различных публичных мероприятиях, участвует в академических и профессиональных дискуссиях на иностранном языке	
УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Уметь: Оценивать свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные), целесообразно их использует Выбиратб и реализовывать с использованием инструментов непрерывного образования возможности развития профессиональных компетенций и социальных навыков Выстраивать гибкую профессиональную траекторию с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности, динамично изменяющихся требований рынка труда и стратегии личного развития	
Общепрофессиональные компетенции:		
ОПК-3 Способен осуществлять педагогическую деятельность	**знать**: - педагогические технологии, - законодательство и нормативную документацию, регламентирующую педагогическую деятельность; основы медицинского законодательства и права; - национальную политику здравоохранения; - медицинскую этику и деонтологию; - психологию профессионального общения; - методики самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой; **уметь**: - проводить занятия по профилю специальности ; - осуществлять самостоятельную работу с учебной, научной, нормативной и справочной литературой и проводить обучение, консультации работников; **владеть**: - методикой преподавания дисциплин профиля для различных возрастных групп и уровня образования; - коммуникативными навыками для общения с различными группами населения; - навыками использования в работе нормативных документов,	Педагогическая практика. Собеседование

	- навыками применения психологических методик профессионального общения; - спецификой применения методик самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой;	

ПЛАН ПРАКТИКИ

№	Виды профессиональной деятельности	Место проведения практики	Формируемые компетенции	Продолжительность	
				недели	часы
2-й семестр					
1	Проектная работа: разработка программ, учебно-методических материалов, методических рекомендаций, оценочных средств, презентаций	ФГБУ ДПО «ЦГМА» т, базы практик	УК-1, 2, 3, ОПК-3	1/3	36
2	Организация педагогического процесса с субъектами образования	ФГБУ ДПО «ЦГМА», базы практик	УК-1, 2, 3, ОПК-3	2/3	18
	Итого:			1	54

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования

№	Содержание работ	Формируемые компетенции	Критерии оценивания компетенций
1	Изучение нормативно-правовых основ преподавательской деятельности в системах высшего образования и здравоохранения	УК-1,2, 3, ОПК-3	Умение использовать теоретические знания и практические умения при выполнении профессиональных задач.
2	Освоение педагогического опыта ведущих преподавателей кафедры и академии	УК-1, ОПК-3	Оценка умений планировать свою деятельность, наличие творческого подхода к выполнению самостоятельной работы. Оценка учебно-методической деятельности
3	Подготовка занятия и ФОС	УК-3	
4	Освоение лекторского мастерства и техники речи педагога	ОПК-3	
5	Участие в беседах с пациентами, их родственниками	УК-2 ОПК-3	
6	Участие в учебно-организационной и учебно-методической работе отделения (в медицинском учреждении). Организация учебных мероприятий для младшего медицинского персонала. Участие в подготовке учебных мероприятий для врачей.	УК-3	
7	Составление отчета по практике и разработка предложений	УК-1	Уровень сформированности

			общих и профессиональных компетенций. Оценка работы ординатора над повышением своего профессионального уровня
8	Другие индивидуальные задания	УК-2,3	Оценка психологической готовности к преподавательской деятельности. Уровень ответственности за свое обучение и самоорганизацию самостоятельной познавательной деятельности.

ОПИСАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

В результате прохождения педагогической практики, выпускник, освоивший программу ординатуры, должен:

ЗНАТЬ:

- нормативно-правовые основы преподавательской деятельности в системе высшего образования;
- порядок реализации основных положений и требований документов, регламентирующих деятельность вуза, кафедры и преподавательского состава по совершенствованию учебно-воспитательной, методической и научной работы на основе государственных образовательных стандартов;
- порядок организации, планирования, ведения и обеспечения учебного процесса в высшей школе с использованием современных информационных технологий обучения;
- приемы лекторского мастерства, техники речи, правила поведения на лекциях и в аудитории;
- способы структурирования и предъявления учебного материала;
- приемы оценки учебной деятельности в высшей школе;
- специфику взаимодействия в системе «обучающийся-преподаватель».

УМЕТЬ:

- проектировать образовательный процесс;
- осуществлять отбор и использовать оптимальные методы преподавания;
- формировать общую стратегию изучения дисциплины: ставить учебно воспитательные цели, выбирать тип и вид занятия;
- конкретизировать цель изучения любых фрагментов учебного материала дисциплины;
- применять различные общедидактические методы обучения и логические средства, раскрывающие сущность учебной дисциплины;
- разрабатывать учебно-методические материалы для проведения учебных занятий, как традиционным способом, так и с использованием информационных технологий;
- разрабатывать фонды оценочных средств по дисциплине;
- проводить учебные занятия в потоке студентов;
- активизировать познавательную и практическую деятельность ординаторов, младшего медицинского персонала, врачей на основе методов и средств активных и интерактивных форм обучения;
- реализовывать систему контроля степени усвоения учебного материала;
-выполнять анализ результатов педагогических экспериментов, проводимых с целью повышения эффективности обучения;
- выстраивать взаимоотношения с коллегами по научно-педагогической практике.

ВЛАДЕТЬ:

- технологией проектирования образовательного процесса на уровне высшего образования;

- приемами лекторского мастерства;
- правилами и техникой использования современных информационных технологий при проведении занятий по учебной дисциплине;
- техникой речи и правилами поведения при проведении учебных занятий;
- педагогической техникой преподавателя;

2. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

2.1. Примерный перечень вопросов к зачету по педагогической практике

1) Нормативно-правовые основы преподавательской деятельности в системе высшего образования
2) Порядок реализации основных положений и требований документов, регламентирующих деятельность вуза, кафедры и преподавательского состава
3) Порядок организации, планирования, ведения и обеспечения учебного процесса в высшей школе
4) Использование современных информационных технологий обучения
5) Правила поведения на лекциях и в аудитории
6) Способы структурирования и предъявления учебного материала
7) Специфика взаимодействия в системе «студент-преподаватель»
8) Виды учебно-методических материалов для проведения учебных занятий
9) Фонды оценочных средств
10) Активные и интерактивные формы обучения
11) Системы контроля степени усвоения учебного материала
12) Структура рабочей программы дисциплины
13) Опыт лучших преподавателей
14) Болонская система образования

2.2. Требования к представлению отчетности

Текущий контроль прохождения педагогической практики ординатором проводится руководителем практики в процессе прохождения практики, методом анализа полноты, качества, своевременности и наличия творческого подхода к выполнению индивидуальных заданий практики. Могут применяться методы взаимооценки ординаторами работ друг друга, экспертные оценки сторонних преподавателей, руководителей подразделений, отделений, отзывы студентов, пациентов, коллег. Об итогах прохождения педагогической практики во втором семестре ординатор отчитывается на учебной аттестации на кафедре в устной форме о содержании проделанной работы (отчета представлять не требуется). Итоговые результаты прохождения педагогической практики за второй семестр оцениваются в период экзаменационной сессии в форме защиты итогового отчета о педагогической практике с выставлением дифференцированного зачета (с оценкой по пятибалльной шкале). Защиту отчетов ординаторов о педагогической практике принимает руководитель практики. В устном отчете ординаторы отражают: цель и задачи практики, индивидуальный план практики, трудоемкость, место и период прохождения, описание проделанной работы и разработанных авторских материалов (при наличии), сформированные компетенции и рекомендации по совершенствованию учебного процесса.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

По итогам аттестации ординатору выставляется одна из следующих оценок: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Оценка, выставляемая ординатору, складывается из следующих показателей:

1) Оценка психологической готовности ординатора к работе в современных условиях (оцениваются мотивы, движущие начинающим преподавателем в работе, его понимание целей и

задач, стоящих перед современной профессиональной школой);
2) Оценка технологической готовности ординатора к работе в современных условиях (оценивается общая дидактическая, методическая, техническая подготовка начинающего преподавателя, знание нормативных документов по организации учебно-воспитательного процесса высшей школы, владение преподаваемым предметом);
3) Оценка умений планировать свою деятельность (учитывается умение ординатора прогнозировать результаты своей деятельности, учитывать реальные возможности и все резервы, которые можно привести в действие для реализации намеченного);
4) Оценка работы ординатора над повышением своего профессионального уровня (оценивается поиск эффективных методик и технологий преподавания, самосовершенствования);
5) Оцениваются личностные качества ординатора (культура общения, уровень интеллектуального, нравственного развития и др.);
6) Оценка отношения к практике, к выполнению поручений руководителя практики и заведующего кафедрой.
7) Оценка своевременности прохождения практики,
8) Объем и сложность выполненных в период практики работ. Каждый из данных восьми показателей оценивается по 10-ми бальной шкале. Просчитывается средний балл оценки результатов за педагогическую практику. Если общая сумма балов более 60 – ставится оценка «отлично» Если общая сумма балов более 50 – ставится оценка «хорошо». Если общая сумма балов более 30 – ставится оценка «удовлетворительно». Если общая сумма балов менее 30 – ставится оценка «неудовлетворительно».

ПРИЛОЖЕНИЕ 13

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

КАФЕДРА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ И ТЕРАПИИ
ПРОГРАММА –.ОРДИНАТУРА
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.19 ПЕДИАТРИЯ

Тестовый контроль
Критерии оценки: Результаты тестирования оцениваются в процентах:
отлично (90% и выше), хорошо (от 80% до 89%), удовлетворительно (от 70% до79%), неудовлетворительно (ниже 70%) правильных ответов.

Инструкция: на каждое задание выберите один правильный или несколько правильных ответов из числа предложенных вариантов.

Перечень вопросов
Раздел 1. «Неонатология»

1. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных. Определение. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
2. Геморрагическая болезнь новорожденных. Определение. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
3. Наследственные коагулопатии у новорожденных. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии новорожденных. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
4. ДВСК-синдром у новорожденных. Определение. Этиология, патогенез, особенности ДВСК у новорожденных. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения ДВСК-синдрома у новорожденных.
5. Сепсис. Терминология. Эпидемиология. Этиология неонатального сепсиса, факторы риска. Патогенез неонатального сепсиса. Классификация неонатального сепсиса.
6. Клинические проявления неонтального сепсиса. Диагностика неонатльного сепсиса. Дифференциальный диагноз неонатальнго сепсиса. Лечение неонатльного сепсиса. Выхаживание новорожденных с сепсисом. Профилактика неонатального сепсиса.
7. Рвота. Срыгивания. Терминология. Особенности ЖКТ новорожденных, предрасполагающих к срыгиваниям и рвоте. Функциональная рвота. Гастроэзофагеальный рефлюкс, дуоденогастральный рефлюкс. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
8. Пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика.
9. Язвенно-некротический энтероколит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
10. Вторичная рвота у новорожденных. Рвота и срыгивания как проявление синдрома внутричерепной гипертензии (менингит, внутричерепное кровоизлияние). Этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
11. Вторичная рвота у новорожденных. Рвота и срыгивания как проявление врожденных дефектов метаболизма (первичная лактазная недостаточность, галактоземия). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
12. Желтухи новорожденных. Терминология. Классификация. Физиологическая желтуха. Этиопатогенез. Клиника. Тактика. Диагностические критерии патологической желтухи.
13. Патологические желтухи с непрямой гипербилирубинемией. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение непрямой гипербилирубинемии. Показания для фототерапии и обменно-заменного переливания крови.
14. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиопатогенез. Клиника, классификация, диагностика, лечение, профилактика.
15. Патологические желтухи с прямой гипербилирубинемией. Классификация, диагностика, дифференциальный диагноз.
16. Неонатальные гепатиты. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный

диагноз. Лечение.

17. Атрезия желчевыводящих путей. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клиника, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
18. Врожденный гипотиреоз. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Врожденный гипотиреоз. Лечение. Профилактика.
19. Транзиторный неонатальный гипотиреоз. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
20. Неонатальный тиреотоксикоз. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
21. Ненатальный сахарный диабет. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
22. Диабетическая фетопатия. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, неотложная помощь.
23. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
24. Неонатальный скрининг в РФ. Нозологии, принцип, диагностические лабораторные критерии. Ложноположительные и ложноотрицательные результаты. Тактика.
25. Современные подходы к первичной неонатальной реанимации. Особенности первичной неонатальной реанимации в зависимости от срока гестации.
26. Потребность новорожденных в жидкости, калориях, белках, жирах, углеводах. Особенности энтерального питания новорожденных в зависимости от срока гестации, тяжести состояния. Способы расчета парентерального питания, препараты парентерального питания.
27. Способы создания оптимального температурного режима для глубоконедоношенных новорожденных. Обеспечение оптимального уровня влажности. Защита от световых, шумовых, болевых раздражителей. Общение глубоконедоношенных детей с родителями в условиях пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии, важность обеспечения контакта с матерью.
28. Бронхолегочная дисплазия (БЛД). Терминология. Эпидемиология. Этиология, предрасполагающие факторы. Современные представления о патогенезе БЛД.
29. Бронхолегочная дисплазия (БЛД). Клинические проявления БЛД. Диагностические критерии. Критерии степени тяжести БЛД. Патоморфологическая классификация БЛД.
30. Принципы лечения БЛД. Бронхолитики, противовоспалительная терапия БЛД. Диетотерапия, оксигенотерапия. Профилактика БЛД. Прогноз и диспансеризация при БЛД.

Раздел 2. «Патология раннего возраста»

1. Определение, причины и патофизиология бронхообструктивного синдрома.
2. Классификация и клиника обструктивного бронхита, бронхиолита.
3. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.
4. Лечение бронхообструктивного синдрома; современные бронходилататоры, пути доставки.
5. Понятие пневмонии, этиология. Факторы риска в развитии, патогенез.
6. Классификация пневмонии, клиника неосложненных форм.
7. Клиника легочных и внелегочных осложнений пневмонии.
8. Диагностика пневмонии.
9. Лечение осложненных и неосложненных форм пневмонии.
10. Пороки развития бронхолегочной системы. Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, исход.
11. Альвеолиты (экзогенный аллергический, экзогенный токсический,. синдром Хамена-Ричи (идиопатический альвеолит)): этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение, исход.
12. Облитерирующий бронхиолит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, оценка результатаов рентгенологического и функционального обследования, лечение, прогноз.
13. Синдром Картагенера: этиология, клиника, диагностика, лечение, исходы.
14. Гемосидероз легких: этиология, клиника, диагностика, лечение, исходы.
15. Недостаточность альфа-1 антитрипсина: этиология, клиника. Диагностика, лечение, исходы.

16. Муковисцидоз: этиология, клиника, диагностика, лечение, исходы.
17. Лактазная недостаточность: формы, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация, лечебные смеси.
18. Целиакия: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, аглиадиновая диета.
19. Витамин Д-зависимый рахит, типы наследования, варианты заболевания, патогенез, клиника, диагностика, лечение, исход, прогноз.
20. Фосфат-диабет, этиология. Клиника, диагностика, принципы лечения.
21. Почечно-канальцевый ацидоз, типы, патогенез, клиника, лечение.
22. Синдром Де Тони-Дебре-Фанкони, варианты, патогенез, клиника, лечение.
23. Наследственный нефрит (синдром Альпорта, семейная доброкачественная гематурия): классификация, клиника, диагностика, лечение, прогноз, показания к биопсии.
24. Хроническая почечная недостаточность: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, исходы, трансплантация почек.
25. Гликогенозы: основные формы, клиника, диагностика, принципы лечения, в т.ч. ферментозаместительная терапия.
26. Галактоземия: классификация, клиника, диагностика, лечение.
27. Мукополисахаридозы: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения, в т.ч. ферментозаместительная терапия.
28. Болезнь Марфана, клиника, диагностические критерии, принципы лечения, диспансерного наблюдения.
29. Синдром Элерса-Данлоса: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
30. Наследственные гиперлипопротеидемии, классификация, критерии диагностики, принципы лечения, прогноз.

Раздел 3 «Патология старшего возраста. Онкология детского возраста»

1. Миокардиты: понятие, этиопатогенез, классификация, врожденный и приобретенный миокардит, клинические проявления, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
2. Кардиомиопатии: понятие, классификация, гемодинамические нарушения, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
3. Инфекционный эндокардит: этиопатогенез, классификация, клинические проявления, диагностика, дифференциальный диагноз, осложнения, консервативное лечение, показания к хирургическому лечению, профилактика, прогноз.
4. Хроническая сердечная недостаточность: определение, причины, первичные компенсаторные механизмы, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
5. Особенности ЭКГ детского возраста.
6. Нарушения ритма сердца (экстрасистолия): причины у детей, проявления на ЭКГ, тактика ведения пациентов, лечение, прогноз.
7. Нарушения ритма сердца (пароксизмальная тахикардия): причины у детей, проявления на ЭКГ, экстренная помощь, плановое лечение, показания к хирургическому лечению, прогноз.
8. Нарушения проводимости сердца (атриовентрикулярные блокады): причины у детей, проявления на ЭКГ, тактика ведения пациентов, лечение, прогноз.
9. Нарушения проводимости сердца (внутрижелудочковые блокады): причины у детей, проявления на ЭКГ, тактика ведения пациентов, лечение, прогноз.
10. Синдром вегетативной дисфункции: понятие, причины, классификация, клинические проявления в зависимости от типа, специальные методы диагностики, лечение, прогноз.
11. Артериальные гипертензии (АГ): определение, понятие о первичной и вторичной АГ, причины, патогенез, классификация, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
12. Ювенильные артриты: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника различных вариантов, диагностика.
13. Дифференциальный диагноз ювенильных артритов (системного, олиго и полиартикулярного вариантов).

14. Ювенильные артриты: общие принципы лечения, понятие о терапии острой фазы (НПВС, ГКС), базисной терапии (цитостатики), генно-инженерные биологические препараты, местное лечение, реабилитация, прогноз.
15. Системная красная волчанка: определение, этиология, патогенез, патоморфология, клиника, диагностические критерии, принципы лечения.
16. Ювенильный дерматомиозит: определение, этиология, патогенез, патоморфология, клиника, диагностические критерии, принципы лечения.
17. Ювенильная склеродермия: определение, этиология, патогенез, патоморфология, клиника, диагностические критерии, принципы лечения.
18. Геморрагический васкулит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
19. Системные васкулиты: узелковый полиартериит, болезнь Такаясу, болезнь Кавасаки и другие. Причины, особенности патоморфологии и клиники, диагностика, лечение.
20. Неспецифический язвенный колит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
21. Болезнь Крона: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
22. Заболевания печени и поджелудочной железы
23. Классификация анемий у детей. Дефицитные анемии: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
24. Классификация анемий у детей. Гемолитические анемии: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
25. Гемофилия: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
26. Тромбоцитопатии, понятие, классификация. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
27. Нейтропении. Понятие. Причины. Классификация. Клинические проявления, лечение, прогноз.
28. Острый лимфобластный лейкоз: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.
29. Дифференциальный диагноз лимфаденопатий у детей. Классификация лимфаденопатий. Тактика ведения пациентов.
30. Лимфогранулематоз: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, диспансерное наблюдение, прогноз.

ТЕСТИРОВАНИЕ

Тестирование проводится в письменной форме. обучающемуся предлагается комплект тестовых заданий, состоящий из 100 вопросов (тестовых заданий) по дисциплинам учебного плана. на решение тестовых заданий отводится 100 минут.

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

1.Оценка функции внешнего дыхания. Диагностическое значение
2.Клиническое значение эхокардиографии
3. Клиническое значение суточного мониторирования АД. Показания. Основные показатели оценки
4. Клиническое значение холтеровского мониторирования ЭКГ
5. Нагрузочные тесты. Показания. Противопоказания. Диагностические критерии ИБС
6. Чреспищеводная эхокардиография
7. Методы оценки функции почек.
8. Клиническое значение протеинурии
9. Методы оценки углеводного обмена
10. Методы диагностики заболеваний щитовидной железы
11Атеросклероз. Факторы риска. Меры профилактики

12 Инфаркт миокарда. Определение. Классификация. Диагностика
13 Острый коронарный синдром. Определение. Диагностика. Тактика ведения
14 Острая сердечная недостаточность
15. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Этиология. Классификация. Принципы диагностики
16. Лечение стабильной ИБС
17. Гипертоническая болезнь. Определение. Классификация. Оценка риска. Диагностика поражения органов-мишеней
18. Лечение гипертонической болезни.
19. Симптоматические артериальные гипертензии
20. Миокардиты. Этиология. Классификация. Диагностика. Лечение
21. Кардиопатии. Классификация. Особенности диагностики и лечения
22.Инфекционные эндокардит. Этиология. Классификация. Диагностика. Лечение
23. Перикардиты: этиология, классификация Диагностика. Лечение
24. Нарушения ритма сердца. Классификация. Дифференциальная диагностика
25. Мерцательная аритмия: этиология, классификация, диагностика. Методы лечения
26. Желудочковые нарушения ритма. Клиническая картина. Диагностика. Лечение
27. Тромбоэмболия легочной артерии: этиология. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лечение
28. Хроническая сердечная недостаточность. Определение. Этиология. Классификация. 29. Лечение хронической сердечной недостаточности
30. Пороки сердца. Классификация. Дифференциальная диагностика. Лечение
31. Острые пневмонии. Оценка тяжести. Показания к госпитализации.
32. Внебольничные пневмонии Этиология. Принципы антибактериальной терапии.
33.Этиопропная терапия внебольничных пневмоний.
34.Современные антибактериальные средства в терапии внебольничных пневмоний
35.Внутрибольничные пневмонии. Этиология. Лечение
36. Принципы лечения бронхиальной астмы. Базисная терапия. Современные бронходилататоры.
37. Бронхиальная астма. Определение. Диагностика. Дифференциальная диагностика
38.ХОБЛ. Определение. Этиология. Патогенез.Диагностика
39.ХОБЛ. Основные принципы терапии.
40.Плевриты. Определение. Этиология. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
41. Первичный альдостеронизм. Клинические проявления. Диагностика. Методы лечения
42. Синдром гипотиреоза. Лечение
43. Сахарный диабет 1 типа. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика
44. Сахарный диабет 2 типа. Клиника. Диагностика. Основные принципы терапии
45. Синдром Тиреотоксикоза. Диагностика. Лечение
46. Пероральные сахароснижающие препараты: характеристика, показания, побочные эффекты. Противопоказания
47. Инсулинотерапия: характеристика, показания, побочные эффекты, противопоказания
48. Диабетическая кома. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика
49. Надпочечниковая недостаточность. Клиника. Диагностика
50. Симптоматические артериальные гипертензии эндокринного генеза. Дифференциальная диагностика
51. Методы диагностики заболеваний почек
52. Гломерулонефриты. Классификация. Диагностика
53. Острый гломерулонефрит. Определение. Диагностика. Лечение
54. Хронические гломерулонефриты
55. Хроническая болезнь почек. Классификация. Диагностика. Тактика ведения
56. Хронические пиелонефриты. Этиология. Диагностика. Лечение
57. Ишемическая нефропатия
58. Острое почечное повреждение. Определение. Диагностика.
59. Методы экстракорпоральной детоксикации. Показания к заместительной почечной терапии
60. Симптоматические артериальные гипертензии почечного генеза

Методические рекомендации,
определяющих процедуры оценивания результатов освоения дисциплины / практики

Вступительные испытания по дисциплине *«Педиатрия»* проводятся в соответствии с ФГОС ВО и являются обязательными для поступающих в интернатуру, ординатуру, аспирантуру.
Вступительные испытания проводятся в объеме требований федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования по программам специалитета соответствующей специальности.
Для поступающих в рамках контрольных цифр приема, на условиях целевого приема, по договорам об образовании по одной специальности устанавливаются одинаковые вступительные испытания.
Вступительные испытания могут проводиться в форме письменного экзамена, устного экзамена или иной форме (для ординаторов и интернов – письменное тестирование).
Для проведения вступительного испытания курирующая кафедра предоставляет в приемную комиссию Программу и тестовые задания по соответствующим специальностям.
Входное оценивание обучающихся по дисциплине *«Педиатрия»* проводится в соответствии с локальными нормативными актами ЦГМА и является обязательным. Входное оценивание по дисциплине *«Педиатрия»* проводится в форме контрольных мероприятий (тестирования) по оцениванию фактических результатов предыдущего обучения и осуществляется ведущим преподавателем.

Текущая аттестация обучающихся по дисциплине *«Педиатрия»* проводится в соответствии с локальными нормативными актами ЦГМА и является обязательной.
Текущая аттестация по дисциплине *«Педиатрия»* проводится в форме контрольных мероприятий (тестирования, решения контрольных ситуационных задач, демонстрации практических навыков) по оцениванию фактических результатов обучения и осуществляется ведущим преподавателем.
Объектами оценивания выступают:

- учебная дисциплина (активность на занятиях, своевременность выполнения различных видов заданий, посещаемость всех видов занятий по аттестуемой дисциплине);
- степень усвоения теоретических знаний;
- уровень овладения практическими умениями и навыками по всем видам учебной работы;
- результаты самостоятельной работы.

По каждому объекту дается характеристика процедур оценивания в привязке к используемым оценочным средствам.

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине *«Педиатрия»* проводится в соответствии с локальными нормативными актами ЦГМА и является обязательной.
В зависимости от вида промежуточного контроля по дисциплине и формы его организации могут быть использованы различные критерии оценки знаний, умений и навыков.
Промежуточная аттестация по дисциплине «Терапия» проводится в форме дифференцированного зачета, включающего в себя проведение тестирования, решения ситуационных задач и демонстрации практических навыков.
Критерии оценки тестового задания : Результаты тестирования оцениваются в процентах: отлично (90% и выше), хорошо (от 80% до 89%), удовлетворительно (от 70% до79%), неудовлетворительно (ниже 70%) правильных ответов.
Критерии оценки решения ситуационных задач

Оценка	Характеристика решения
«отлично»	Ординатор свободно владеет материалом, обоснованно и развернуто формулирует предварительный диагноз, план обследовании и лечения больного, отвечает на дополнительные вопросы
«хорошо»	ординатор достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно формулирует ответы на поставленные в задаче вопросы
«удовлетворительно»	ординатор недостаточно уверенно, с существенными ошибками в

	теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную задачу на практике
«неудовлетворительно»	если студент имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике

Оценка демонстрации практических навыков: **«зачтено»** –освоение части практических навыков, умений и манипуляций, предусмотренных программой; способность использовать их при ведении больных в стандартных ситуациях; при этом допускается наличие единичных существенных ошибок при демонстрации навыков и умений

«не зачтено» - не владение или отсутствие четких представлений о выполнении практических навыков, умений и манипуляций, предусмотренных учебной программой общей хирургии; не способность использовать практические навыки и умения в конкретных ситуациях

Итоговая аттестация обучающихся по дисциплине *«Терапия»* проводится в соответствии с локальными нормативными актами ЦГМА и является обязательной.
Программа государственной итоговой аттестации, включая программы государственных экзаменов, список литературы, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

ФОС государственной итоговой аттестации включает следующие разделы:
а) перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы; с указанием структуры компетенций, методов и технологии формирования, формы и технологий контроля.
б) критерии оценивания формирования компетенций (знаний, практических навыков и умений) описываются на каждом этапе аттестации;
в) перечень практических навыков и умений;
г)материалы фонда оценочных средств государственной итоговой аттестации, оценивающие формирование практических умений и навыков
г)материалы фонда оценочных средств государственной итоговой аттестации, оценивающие и устанавливающие различные стороны логики клинического мышления
д) материалы фонда оценочных средств государственной итоговой аттестации, проверяющие целостность профессиональной подготовки выпускника
е) критерии выставления оценки по результатам государственной итоговой аттестации.

Шкала оценивания при промежуточной аттестации

Оценка	Показатели и критерии оценки	
Отлично 5	Обучающийся имеет глубокие знания, умения, навыки, демонстрирует полное понимание проблемы, все задания выполнены	Образцовый ответ
Хорошо 4	Обучающийся имеет полные знания, умения, навыки, демонстрирует значительное понимание проблемы, все задания выполнены	Законченный, полный ответ с̀ минимальными недочетами
Удовлетворительно 3	Обучающийся имеет низкий уровень знаний, умений, навыков, демонстрирует частичное понимание проблемы, большинство заданий выполнены	Ответ, содержащий недочеты
Неудовлетворительно	Обучающийся имеет пробелы в знаниях,	Минимальный ответ

2	умениях, навыках, демонстрирует непонимание проблемы, задания не выполнены, требуются дополнительные занятия для освоения компетенций	
Зачтено	Полные знания, умения, навыки	Законченный, полный ответ с̀ минимальными недочетами
Не зачтено	Обучающийся имеет пробелы в знаниях, умениях, навыках, требуются дополнительные занятия для освоения компетенций	Минимальный ответ

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ВЫПУСКНИКА

Критерии оценки при междисциплинарном тестировании:

Отлично – правильных ответов 90-100%.
Хорошо – правильных ответов 80-89%.
Удовлетворительно - правильных ответов 70-79%.
Неудовлетворительно - правильных ответов 69% и менее.

Критерии оценки ответов обучающихся при собеседовании:

Характеристика ответа	Оценка
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 научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному	Отлично
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 или с помощью преподавателя. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному	Хорошо
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и	Удовлетворительно

Характеристика ответа	Оценка
последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки	
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. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий	Неудовлетворительно

Критерии уровней подготовленности к решению профессиональных задач:

Уровень	**Характеристика**
Высокий (системный)	Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с опорой на знания современных достижений медико-биологических и медицинских наук, демонстрируется понимание перспективности выполняемых действий во взаимосвязи с другими компетенциями
Средний (междиспилинарный)	Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с использованием знаний не только специальных дисциплин, но и междисциплинарных научных областей. Затрудняется в прогнозировании своих действий при нетипичности профессиональной задачи
Низкий (предметный	Действие осуществляется по правилу или алгоритму (типичная профессиональная задача) без способности выпускника аргументировать его выбор и обосновывать научные основы выполняемого действия

Описание показателей, критериев оценивания компетенций, а также шкал оценивания на государственном экзамене

Критерии оценки компетенций обучающихся по 10-бальной шкале

10 баллов:

– систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам, темам дисциплины, а также по основным вопросам, выходящим за ее пределы;

– точное использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

– безупречное владение инструментарием дисциплины, умение его эффективно использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

– выраженная способность самостоятельно и творчески решать сложные проблемы в нестандартной ситуации;

– полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной рабочей программой дисциплины;

– умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им критическую оценку, использовать научные достижения других дисциплин.

9 баллов:

– систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам дисциплины;

– точное использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

– владение инструментарием дисциплины, умение его эффективно использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

– способность самостоятельно и творчески решать сложные проблемы в дисциплины;

– полное усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной рабочей программой дисциплины;

– умение ориентироваться в основных теориях , концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им критическую оценку.

8 баллов

– систематизированные , глубокие и полные знания по всем поставленным вопросам в объеме дисциплины ;

– использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение
делать обоснованные выводы;

– владение инструментарием дисциплины, умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

– способность самостоятельно решать сложные проблемы в рамках дисциплины;

– усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной рабочей программой дисциплины;

– умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им критическую оценку.

7 баллов

– систематизированные, глубокие и полные знания по всем поставленным вопросам в объеме дисциплины;

– использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы;

– владение инструментарием дисциплины, умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

– способность самостоятельно решать типовые задания дисциплины;

– усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной рабочей программой дисциплины;

– умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им критическую оценку.

6 баллов

– достаточно полные знания по всем поставленным вопросам в объеме дисциплины;

– использование необходимой научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы;

– владение инструментарием дисциплины, умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

– способность самостоятельно решать типовые задания дисциплины;

– усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной рабочей программой дисциплины;

– умение ориентироваться в базовых теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им сравнительную оценку.

5 баллов

– достаточные знания в объеме дисциплины;

– использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать выводы;

– владение инструментарием дисциплины, умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

– способность самостоятельно решать типовые задания дисциплины;

– усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной рабочей программой дисциплины;

– умение ориентироваться в базовых теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им сравнительную оценку.

4 балла

– достаточные знания в объеме дисциплины;

– использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать выводы;

– владение инструментарием дисциплины, умение его использовать в решении типовых задач;

– умение под руководством преподавателя решать типовые задачи дисциплины;

– усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной рабочей программой дисциплины;

– умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им оценку.

3 балла

– недостаточно полный объем знаний в рамках дисциплины;

– знание части основной литературы, рекомендованной рабочей программой дисциплины;

– использование научной терминологии, изложение ответа на вопросы с существенными лингвистическими и логическими ошибками;

– слабое владение инструментарием дисциплины, некомпетентность в решении типовых задач;

– неумение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях изучаемой дисциплины;

2 балла

– фрагментарные знания в рамках дисциплины;

– знание отдельных литературных источников, рекомендованных рабочей программой дисциплины;

– неумение использовать научную терминологию дисциплины, наличие в ответе грубых стилистических и логических ошибок.

Шкала оценивания результатов государственного экзамена

Количество баллов, полученных на государственном экзамене	Оценки	Уровень сформированности компетенций
9-10	отлично	Высокий
6-8	хорошо	Хороший
3-5	удовлетворительно	достаточный
1-2	неудовлетворительно	недостаточный