

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России  
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России  
Дата подписания: 14.11.2023 17:20:56  
Уникальный программный ключ:  
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

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



**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.**

Наименование дисциплины: **Детская эндокринология**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.17 Детская эндокринология**

Квалификация: 



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

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p align="center"><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1.Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.</p> <p>2.Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.</p> <p>3.Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.</p> <p>4.Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.</p> <p>5.Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.</p> <p>6.Гигиеническое воспитание и образование населения.</p> <p>7.Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.</p> <p>8.Система обязательного социального страхования в России.</p> <p>9.Обязательное медицинское страхование граждан РФ.</p> <p>10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.</p> <p>11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</p> <p>13. Качество медицинской помощи, основные понятия.</p> <p>14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.</p> <p>15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.</p>
--	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p align="center"><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <p>1.Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.</p> <p>2.Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.</p> <p>3.Особенности изучения общей заболеваемости</p> <p>4.Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.</p> <p>5.Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.</p> <p>6.Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.</p> <p>7.Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.</p> <p>8.Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</p> <p>9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.</p> <p>10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.</p>
--	---

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

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1. Общественное здоровье – это ...</p> <p><b>а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей;</b></p> <p>б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения;</p> <p>в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения</p> <p>2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:</p> <p><b>а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;</b></p> <p>б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;</p> <p>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>3. Болезненность - это:</p> <p>а) заболеваемость по данным обращаемости;</p> <p>б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;</p> <p><b>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</b></p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:</p> <p><b>а) 50–55 %;</b></p> <p>б) 20–25 %;</p> <p>в) 15–20 %;</p> <p>г) 10–15 %</p> <p>5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:</p> <p>а) исторический;</p> <p>б) статистический;</p> <p>в) экспериментальный;</p>
---	--

г) экономический;

д) социологический;

**е) все вышеперечисленные**

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

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

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

в) все лица перед проведением профилактических прививок

7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:

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

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

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

г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;

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

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

**а) государственное социальное страхование;**

б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;

в) менеджмент здравоохранения;

г) экономика здравоохранения

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

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

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

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

10. Временная нетрудоспособность – это ...

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

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

	<p>в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме</p> <p>11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:</p> <p>а) до 10 дней;  <b>б) до 15 дней;</b>  в) до 4 месяцев;  г) до 6 месяцев</p> <p>12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...</p> <p>а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;  <b>б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;</b>  в) не выдается</p> <p>13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:</p> <p>а) своевременность оказания медицинской помощи;  б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;  в) степень достижения запланированного результата;  <b>г) совокупность вышеуказанных характеристик</b></p> <p>14. Виды контроля качества медицинской помощи:</p> <p>а) государственный контроль;  б) ведомственный контроль;  г) внутренний контроль;  <b>д) все вышеперечисленное верно</b></p> <p>15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...</p> <p>а) листок нетрудоспособности;  б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;  в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;  г) врачебное свидетельство о смерти</p>
--	---

#### **Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p><b>Задача № 1.</b>  Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине.  Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья?  В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов.  Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p><b>Задача № 2.</b>  В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-</p>
---	--

	<p>педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752.</p> <p>Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p><b>Задача № 3.</b> При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы».</p> <p>О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p><b>Задача № 4.</b> Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового.</p> <p>О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p><b>Задача №5.</b> По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям.</p> <p>Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1.Тест

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

#### 2.Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1.Полнота знания учебного материала по теме занятия 2.Знание алгоритма решения 3.Уровень самостоятельного мышления

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

### 3. Контрольная работа

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

### 4. Собеседование

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

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины

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



		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
	<b>0</b>	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	<b>1</b>	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	<b>2</b>	1-15	1-15	1-5	1-15	-

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

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
Первый уровень (УК-1) - I готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) - I <b>Уметь:</b> применять методы анализа, синтеза У (УК-2) - I <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления З (УК-2) - I					
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II <b>Уметь:</b> применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II <b>Знать:</b> теоретические основы Анализа и синтеза З (УК-5) - II					
Третий уровень (УК-1) - III	<b>Владеть:</b> навыками использования современных методик анализа и синтеза					

<p>готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</p>	<p><b>Уметь:</b> анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья <b>Знать:</b> анализировать характер заболевания, назначать лечение;</p>					
<p>Первый уровень (УК-2) -1 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p><b>Владеть:</b> методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) -1 <b>Уметь:</b> толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия У (УК-2) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития 3 (УК-2) -1</p>					
<p>Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II <b>Уметь:</b> применять методы сплочения коллектива У (УК-5) – II <b>Знать:</b> теоретические основы управления коллективом 3 (УК-5) - II</p>					
<p>Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III <b>Уметь:</b> анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III <b>Знать:</b> отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III</p>					
<p>Первый уровень (УК-3) -1 Готовность к участию в педагогической деятельности по основным</p>	<p><b>Владеть:</b> методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) -1 <b>Уметь:</b> работать с теоретическим</p>					

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

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

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

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - пяти критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень  -шести или семи критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать 1/8 от п
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и
	7. Оформление в соответствии с требованиями

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

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

<b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	
--	--

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

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

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**  
**Ситуационная задача**

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

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

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

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

Шкала оценивания	Критерий оценивания

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

#### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

##### Тест

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

#### Собеседование

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

#### 4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
		текущий контроль				
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное/ групповое)	Проект	Зачёт

<b>УК-1</b>	+	+	-	+	+	+
<b>УК-2</b>	+	+	-	+	+	+
<b>УК-3</b>		+	-	+	+	+
<b>ПК-9</b>	+	+	-	+	+	+

### 12.1. Представление оценочных средств в фонде

#### Тематика рефератов

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

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

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

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

#### Тестовые задания

##### Выберите один или несколько правильных ответов

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

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

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

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

03. . К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ





3. прогностическом                      В. изучение передового и новаторского педагогического опыта

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

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

**Выберите один или несколько правильных ответов**

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

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

14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

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

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

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

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

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

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

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

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

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

4) средства обучения

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

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

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

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

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

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

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

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

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

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

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

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

25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

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

26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.

3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.

4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

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

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

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

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

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

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

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

1) методикой воспитания

2) воспитательной технологией

3) воспитательной системой

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

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

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

1) наказание

2) создание воспитывающих ситуаций

3) педагогическое требование

4) соревнование

5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

1) индивидуальные особенности педагога

2) обеспечение целостности всех видов деятельности

3) учет этнических характеристик среды

- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

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

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

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

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

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

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

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

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

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

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

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

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

- 1) Перцептивный подход

- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

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

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

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

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

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

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

**Дополните высказывание**

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

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ- \_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

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

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

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

**Тестовые задания самоконтроля по модулю II.**

**Выберите один или несколько правильных ответов**

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

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

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

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

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

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

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

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

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

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

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

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

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

- 1) собеседование
- 2) консультацией

- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

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

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

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

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

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

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

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

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

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

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

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

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

- 1) либеральный
- 2) авторитарный

- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

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

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

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

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

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

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

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

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

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

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

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

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

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

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

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



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

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

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

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

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

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

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

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

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

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

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

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

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

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

**Установите соответствие**

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- |                             |                                      |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1. умения управлять собой   | А. владение своим телом              |
|                             | Б. владение эмоциональным состоянием |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские                   |

- Г. владение техникой контактного взаимодействия
- Д. дидактические
- Е. владение техникой речи

### 33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- |                    |   |
|--------------------|---|
| 1. внегуманитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития                    |
| 2. нормативный     | Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками   |
| 3. технологический | В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий   |
| 4. системный       | Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним                                  |
| 5. концептуальный  | Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН |

### 34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 1. присущие многим сферам человеческой деятельности | А. информационная            |
| 2. специфические педагогические                     | Б. конструктивная            |
|   | В. организаторская           |
|   | Г. коммуникативная           |
|   | Д. гностическая              |
|   | Е. воспитательно-развивающая |
|   | Ж. ориентационная            |
|   | З. мобилизационная           |
|   | И. исследовательская         |

### Дополните высказывание

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

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

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫ - \_\_\_\_\_

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

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

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

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

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ - \_\_\_\_\_

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

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

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

**Выберите один или несколько правильных ответов**

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

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

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

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

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

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

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

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

**ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:**

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

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ПК-9

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

### **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»**

#### **Перечень вопросов для устного собеседования**

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.

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

### Банк тестовых заданий (с ответами)

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
  - а. функциональная подсистема РСЧС;
  - б. территориальная подсистема РСЧС;
  - в. структурное подразделение МЧС;
  - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.
2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
  - а. для оказания первой помощи;
  - б. для оказания первой врачебной помощи;
  - в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;
  - г. для оказания специализированной медицинской помощи.

3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
- а. **хирургическое отделение;**
  - б. травматологическое отделение;
  - в. неврологическое отделение;
  - г. нейрохирургическое отделение.
4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
- а. бригады доврачебной помощи;
  - б. врачебно-сестринские бригады;
  - в. **бригады специализированной медицинской помощи;**
  - г. бригады экстренного реагирования.
5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
- а. бригады доврачебной помощи;
  - б. врачебно-сестринские бригады;
  - в. бригады специализированной медицинской помощи;
  - г. **бригады экстренного реагирования.**
6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:
- а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
  - б. **врачебно-сестринские бригады;**
  - в. бригады специализированной медицинской помощи.
7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:
- а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
  - б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
  - в. **бригады специализированной медицинской помощи;**
  - г. областная клиническая больница
8. Основным принципом организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:
- а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;
  - б. **максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**
  - в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.
9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:
- а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;
  - б. **медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**
  - в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных
10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:
- а. **двухэтапная система ЛЭО;**
  - б. трехэтапная система ЛЭО;
  - в. четырехэтапная система ЛЭО;
  - г. одноэтапная система ЛЭО.
11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:
- а. **при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**
  - б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;
  - в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.
  - г. все вышеперечисленное верно.
12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;
- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопротекция столбняка;**
- в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;
- г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирование раны, противошоковая терапия;**
- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;
- в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;
- г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

- а. повреждение легких;
- б. пневмоторакс;
- в. гемоторакс;
- г. повреждение сердца.**

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

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

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

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

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

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

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

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

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

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

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:  
а. адреномиметическое;  
б. адренолитическое;  
**в. холиномиметическое;**  
г. холинолитическое.
21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:  
**а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**  
б. снижение синтеза ацетилхолина;  
в. инактивация холинэстеразы;  
г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.
22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:  
а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;  
б. снижение синтеза ацетилхолина;  
в. реактивация холинэстеразы;  
**г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**
23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:  
**а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**  
б. снижение синтеза ацетилхолина;  
в. реактивация холинэстеразы;  
г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.
24. Внесинаптическое действие ФОС:  
а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;  
**б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**  
в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);  
г. иммуностимулирующее.
25. Внесинаптическое действие ФОС:  
а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);  
**б. иммунодепрессивное;**  
в. тормозят перекисное окисление липидов;  
г. уменьшают проницаемость мембран.
26. Внесинаптическое действие ФОС:  
а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;  
**б. активируют перекисное окисление липидов;**  
в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);  
г. иммуностимулирующее.
27. Внесинаптическое действие ФОС:  
а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);  
б. иммуностимулирующее;  
в. тормозят перекисное окисление липидов;  
**г. повышают проницаемость мембран.**
28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:  
а. через кожу и слизистые оболочки;  
б. ингаляционно;  
в. через желудочно-кишечный тракт;  
**г. при любом пути поступления.**
29. Реактиватором холинэстеразы является:  
а. атропин;  
б. метацин;



- в. унитиол;
- г. дипиросим.

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

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

31. К корпускулярным относятся излучения:

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

32. Бета-частицы ( $\beta^-$ ,  $\beta^+$ ) – это:

- а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аем), обладающих большой проникающей способностью;
- б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;
- в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;**
- г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аем и положительный заряд +2

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

- а. 1 рад;
- б. 25 рад;
- в. 100 рад;**
- г. 50 рад.

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

- а.  $> 10$  МэВ/мкм;
- б.  $< 10$  кэВ/мкм;
- в.  $< 10$  МэВ/мкм;
- г.  $> 10$  кэВ/мкм.**

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

- а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;**
- б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;
- в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;
- г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

- а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;
- б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;**
- в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;
- г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

- а. системная регенерация костного мозга;
- б. короткий абортивный подъем миелокариоцитов;**
- в. ранний некробиоз кроветворных клеток;
- г. опустошение костного мозга.

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

- а. 10 Гр и выше;**
- б. 5 Гр и выше;
- в. 1 Гр и выше;
- г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

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

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

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

#### **Банк ситуационных клинических задач**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Задача № 9.** Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

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

**КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа.

Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

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

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

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

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

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

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 5. Тест

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

#### 6. Ситуационная задача

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

#### 7. Собеседование

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

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

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

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»**

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Да
- Нет

**ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:**

- Гемоглобинопатия S

- Гемоглинопатия Е
- **Гемоглинопатия М**
- Гемоглинопатия С
- **Дефицит цитохром альфа-редуктазы**
- Воздействие нитратов или нитритов
- **Воздействие анилиновых красителей**
- **Воздействие сульфаниламидов**

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

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

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

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

**ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?**

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

**ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен**

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

- для аутоиммунной гемолитической анемии

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

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

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

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

**ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:**

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

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

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



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

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

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

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглинурия**
- Гематурия
- Увеличение селезенки
- **Анемия**
- Эритроцитоз
- **Ретикулоцитоз**
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- **Эритроидная гиперплазия костного мозга**

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

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

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

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

**ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия желездефицитной анемии:**

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

- Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови
- **Снижение выделения железа с мочой**
- Увеличение выделения железа с мочой
- Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах**
- Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах

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

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

### Банк ситуационных задач

#### Задача №1 «Патология Гемостаза»

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

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

1. О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передается это заболевание?

2. Патогенез данного заболевания.

3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.

4. Виды тромбоцитопатий.

5. Принципы лечения тромбоцитопатий.

#### Задача №2 «Патология Гемостаза»

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

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

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

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

### **Задача №3** **«Патология Гемостаза»**

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

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

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

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

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

### **Задача №4**

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

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

### **Клинический случай (III)**

*Девочка Ш., 8 лет, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до  $40^{\circ}C$  в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.*

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до  $39^{\circ}C$ , появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен

диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах 39–40 °С, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка (38–38,5 °С), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

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

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

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

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

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

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

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

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

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

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

Таблица 2. Биохимические исследования крови

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

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

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

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.
  2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.  
Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).  
Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).  
Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).
  3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.
  4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерилен; посев крови на гемокультуру 23.11.12. г. — стерилен.
  5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.
  6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.
  7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).  
ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.
  8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.
  9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты —  $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.
  10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.
  11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.
  12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.
  13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.
  14. Инструментальные обследования:  
— R-грамма ОГК — без особенностей;  
— эхокардиограмма — без патологии;  
— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипэхогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипэхогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;  
— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.  
Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.
- Ребенок консультирован:
- лор-врачом: патология не выявлена;
  - фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.
  - кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;
  - хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;
  - иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;
  - гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

#### Задание:

#### 1. Поставить предварительный диагноз.

2. Назначить дополнительное обследование.  
 3. Определить (предположить) этиологию заболевания.  
 4. Объяснить патогенез развития данного заболевания.  
 Оценка качества решения ситуационных задач

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

### 12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока .
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.
5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.
13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.
15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.
18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.
19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

Шкала и критерии оценивания рефератов

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

-пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	
---------------------------------------	--

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»**

### **Ситуационные задачи**

#### **Ситуационная задача № 1.**

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

Заключительный клинический диагноз:

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

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

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

Данные вскрытия:

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

#### **Вопросы**

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

### **Ситуационная задача № 2.**

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

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

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

#### **Вопросы**

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

### **Ситуационная задача № 3.**

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

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

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

#### **Вопросы**

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

### **Ситуационная задача №4.**

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



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

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

#### **Вопросы**

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

#### **Ситуационная задача № 5**

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

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

#### **Вопросы**

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

#### **Ситуационная задача № 6**

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

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

#### **Вопросы**

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

#### **Оценка качества решения ситуационных задач**

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

### **Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия».**

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.
11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
21. Положения о клинико-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

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

#### **Собеседование**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	1. Краткость

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

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

<p align="center"> <b>Б 1.Б.6.1</b>            Раздел 1            «Общие            вопросы            клинической            фармакологии»         </p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения.</li> <li>2.Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение.</li> <li>3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс.</li> <li>4.Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями).</li> <li>5.Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение.</li> <li>6.Оригинальные и генерические лекарственные препараты.</li> <li>7.Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС.</li> <li>8.Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию.</li> <li>9.Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС.</li> <li>10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных.</li> <li>11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных.</li> <li>12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения.</li> <li>13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии.</li> <li>14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение.</li> <li>15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP).</li> </ol>
---	--

	<p>16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике.</p> <p>17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.</p> <p>19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.</p> <p>20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.</p> <p>21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.</p> <p>22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.</p> <p>23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии.</p> <p>24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.</p> <p>25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.</p> <p>26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.</p> <p>27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.</p> <p>28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.</p> <p>29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.</p> <p>30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.</p> <p>31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.</p> <p>32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.</p> <p>33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.</p> <p>34. Последствия нерационального применения АМП</p> <p>35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.</p> <p>36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.</p> <p>38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.</p> <p>39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.</p> <p>40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.</p>

	<p>41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.</p> <p>42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.</p> <p>43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.</p> <p>44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.</p> <p>45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.</p> <p>46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.</p> <p>47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.</p> <p>48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.</p> <p>49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.</p> <p>50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.</p> <p>51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.</p> <p>52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.</p> <p>53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.</p> <p>54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.</p> <p>55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	---

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<p>1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии.</p> <p>2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии.</p> <p>3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа.</p>
---	---

	<p>4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа.</p> <p>5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики.</p> <p>6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ.</p> <p>7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение.</p> <p>8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы.</p> <p>9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение.</p> <p>10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств.</p> <p>11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре.</p> <p>12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением.</p> <p>13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора.</p> <p>14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).</p> <p>15. Дайте определение понятия фармакодинамика.</p> <p>16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом.</p> <p>17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры.</p> <p>18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры.</p> <p>19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС.</p> <p>20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.</p> <p>21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.</p> <p>25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.</p> <p>26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.</p> <p>27. Укажите факторы риска развития НЛР.</p> <p>28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</p> <p>29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</p> <p>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</p>

	<p>32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</p> <p>33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.</p> <p>35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.</p> <p>36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Бета-лактамы антибиотики. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами <math>\beta</math>-лактамаз, показания к применению.</p> <p>39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.</p> <p>41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.</p> <p>45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.</p> <p>50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.</p> <p>51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.</p> <p>52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.</p>
--	--

	<p>53. Специфические антитоксические препараты при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.</p> <p>54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.</p> <p>55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.</p> <p>56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.</p> <p>57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</p> <p>58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p> <p>59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	---

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b><i>Б 1.Б.6.1</i></b> «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u>  <b>А) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.</b>          В) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.          С) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.          D) Клинические испытания лекарственных средств.</p> <p>2. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u>  <b>А) Выбор наиболее дешевого вида терапии.</b>  <b>В) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.</b>          С) Выбор наиболее эффективного вида терапии.          D) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.</p> <p>3. <u>Лекарственная форма это:</u>  <b>А) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.</b>          В) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.          С) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.</p> <p>4. <u>К методам фармакоэкономического анализа не относятся:</u>          А) Метод затраты-эффективность.  <b>В) Метод затраты-прибыль.</b>          С) Метод затраты-полезность.          D) Метод затраты-выгода</p> <p>5. <u>Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :</u></p>
---	---



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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Биодоступность ЛС это:

- A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.
- B) **Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.**
- C) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- A) **угнетается;**
- B) усиливается;

С) не изменяется.

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

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

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

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

22. Агонисты рецепторов это:

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

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

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

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

- А) типа А;
- В) типа В;
- С) типа С;**
- Д) типа D;
- Е) типа E

25. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:

- А) пожилой возраст;
- В) тяжелое состояние больного;
- С) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;
- Д) генетическая предрасположенность;
- Е) все вышеперечисленное**

26. К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:

- А) приводящие к смерти;

	<p>В) требующие госпитализации или ее продления;  С) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности);  D) приводящие стойкому снижению трудоспособности;  <b>Е) все вышеперечисленное верно.</b></p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u>  A) типа А;  <b>В) типа В;</b>  С) типа С;  D) типа D;  E) типа E.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u>  A) комплаенсом;  <b>В) фармаконадзором;</b>  С) фармакоэпидемиологией;  D) фармакоинспекцией.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b>  Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u>  a) диклофенак;  b) индометацин;  c) целекоксиб;  <b>d) ибупрофен;</b></p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u>  a) аспирин;  b) лорноксикам;  <b>c) целекоксиб;</b>  d) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u>  A) преднизолон  <b>В) метилпреднизолон</b>  С) дексаметазон  A) Гидрокортизон</p> <p>32. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u>  <b>A) аспирин;</b>  B) нимесулид;  C) целекоксиб;  D) лорноксикам;</p> <p>33. <u>Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:</u>  a) через 2 суток;  b) через 5-7 суток;  c) через 7-10 суток;  <b>d) через 10-14 суток;</b></p> <p>34. <u>Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:</u>  A) преднизон  <b>В) бетаметазон</b></p>

- C) беклометазона дипропионат
- D) метилпреднизолон

35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:

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

36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:

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

37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:

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

38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:

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

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

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

40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

45. Самолечение антибиотиками

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

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

- A) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам
- B) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»
- C) **возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение**

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

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

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

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

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

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

50. Определить рекомбинантный интерферон:

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

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

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

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- A) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Растворяют фибриновый тромб.

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

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

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

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

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- A) Международное нормализационное отношение (МНО).**
- B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- C) Время свёртывания крови.
- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- A) Растворяют фибриновый тромб.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

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

- A) ванкомицин**
- B) пиперациллин
- C) кларитромицин
- D) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пefлoксaцин
- B) линкoмицин
- C) **рoвaмицин**
- D) гeнтaмицин
- E) дoксициклин

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

- A) ципрoфлoксaцин
- B) **мерoпенeм**
- C) цeфтpиaксoн
- D) вaнкoмицин

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

- A) рeкoмбинaнтные  $\alpha/\gamma$  интeрфeрoны
- B) кaгoцeл
- C) **ингaвиpин**
- D) циклoфeрoн

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

- A) арбидол
- B) озельтамивир
- C) **фaмциклoвир**
- D) ингaвиpин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

- A) меньшей токсичностью
- B) **лучшей биодоступностью**
- C) более широким спектром антивирусного действия

64. При беременности противопоказан:

- A) aмoксициллин
- B) дoрипeнeм
- C) цeфтaрoлин
- D) **мoксифлoксaцин**

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

- A) **Азитромицин**
- B) лeвoмицeтин
- C) имипeнeм
- D) aмoкициллин-клавунaт

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

- A) гипнотический
- B) **aнксиoлитический**
- C) вeгeтoтpoпный
- D) прoтивocудoрoжный
- E) миoрeлaкcиpующий



67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

- |                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. потливость              | A. верно 1, 2, 3        |
| 2. сердцебиение            | B. верно 1, 4, 5        |
| 3. сухость во рту          | C. <b>верно 3, 4, 5</b> |
| 4. нарушение аккомодации   | D. верно 1, 2, 5        |
| 5. задержка мочеиспускания | E. верно 2, 3, 4        |

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

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

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

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

70. Общим обезболиванием является:

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

71. При общем обезболивании происходит:

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

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

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

73. Общим осложнением при обезболивании является:

- A) контрактура
- B) **коллапс**
- C) некроз
- D) гематома

74. Непосредственным осложнением местной анестезии является:

- A) **обморок**
- B) гематома
- C) контрактура
- D) кровотечение
- E) пародонтит

75. При передозировке адреналина больному необходимо ввести:

- A) **внутривенно 1 мл мезатона**

	B) внутримышечно 1 мл норадреналин C) внутримышечно метамезон D) <b>внутривенно 1 мл атропина</b>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 8.Тест

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

#### 9.Контрольная работа

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

#### 10. Собеседование

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

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

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК-1		1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
ПК	2	1,25,26	1,2,18	4,11
	7	1 - 75	1-60	1-57
	9	1- 28	1-29, 50-52	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «<b>Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы</b>»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Организация амбулаторной специализированной помощи детям с эндокринными заболеваниями.</li> <li>2. Организация стационарной специализированной помощи детям с эндокринными заболеваниями.</li> <li>3. Организация работы эндокринологического кабинета в амбулаторной сети и в стационаре.</li> <li>4. Строение гипоталамо-гипофизарной системы. Механизмы взаимодействия нервной и эндокринной систем (гипоталамус – гипофиз). Взаимодействие с периферическими эндокринными железами. Возрастные анатомо-физиологические особенности гипоталамо-гипофизарной системы.</li> <li>5. Нарушения взаимодействий гипоталамо – гипофизарной системы. Гипофизарная недостаточность. Гиперсекреция тропных гормонов.</li> <li>6. Классификация синдрома Иценко – Кушинга. Этиология. Патологическая анатомия. Патогенез клинических симптомов. Клинические проявления заболевания, диагностические критерии. Современные возможности терапии.</li> <li>7. Классификация болезни Иценко – Кушинга. Патологическая анатомия. Этиопатогенетические механизмы. Клинические проявления заболевания, диагностические критерии. Современные возможности терапии.</li> <li>8. Патология роста. Физиологические особенности роста у детей различных возрастов. Критерии оценки физического развития. Биологический и паспортный возраст. Конституциональные особенности роста у детей.</li> <li>9. Низкорослость. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.</li> <li>10. Высокорослость. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.</li> </ol>
---	---

	<p>11. Гипогонадизм. Классификация. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «<b>Заболевания периферических эндокринных желез</b>»</p>	<p>12. Сахарный диабет 1 типа. Патогенез. Классификация. Триггерные механизмы. Клинические признаки манифестации. Критерии диагноза.</p> <p>13. Сахарный диабет 1 типа. Осложнения. Основные патогенетические механизмы их развития. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Профилактика. Диетотерапия сахарного диабета. Гликемический индекс. Расчет питания. Хлебные единицы.</p> <p>14. Инсулинотерапия. Фармакологические особенности инсулинов. Способы введения инсулина. Осложнения инсулинотерапии. Мониторинг больных сахарным диабетом. Профилактика развития осложнений. Профилактика интеркуррентных заболеваний. Принципы вакцинации.</p> <p>15. Гипогликемия. Определение. Диагностика. Классификация. Клинические проявления. Лечение. Профилактика. Гипогликемическая кома.</p> <p>16. Гипергликемическая кома. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.</p> <p>17. Сахарный диабет 2 типа. Эпидемиология сахарного диабета. Патогенез. Классификация. Особенности у детей. Клинические проявления. Диагностика.</p> <p>18. Ожирение. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.</p> <p>19. Гипотиреоз. Эпидемиология. Врожденный гипотиреоз. Группа риска. Клинические признаки в периоде новорожденности. Скрининг новорожденных. Критерии диагноза. Возрастные особенности клинических проявлений и течения гипотиреоза. Диагностические критерии.</p> <p>20. Гипертиреоз. Диффузный токсический зоб. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.</p> <p>21. Тиреотоксический криз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложная терапия. Прогноз. Профилактика.</p> <p>22. Эндемический зоб. Определение. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз.</p> <p>23. Гипопаратиреоз. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение.</p> <p>24. Гиперпаратиреоз. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение.</p> <p>25. Надпочечники. Анатомо-физиологические особенности.</p> <p>26. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность. Основные причины. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>27. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности. Плановая заместительная терапия хронической надпочечниковой недостаточности.</p> <p>28. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.</p> <p>29. Преждевременное половое созревание. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.</p> <p>30. Задержка полового развития. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.</p>

	31. Нарушения половой дифференцировки. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
--	---

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p align="center"><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «<b>Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы</b>»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основные положения организации детской эндокринологической службы.</li> <li>2. Возрастные особенности гипоталамо-гипофизарной системы.</li> <li>3. Взаимодействие гипоталамуса – гипофиза – периферических эндокринных желез.</li> <li>4. Клинические проявления и диагностические критерии гипофизарной недостаточности.</li> <li>5. Гиперпролактинемия – причины и диагностические критерии.</li> <li>6. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга дифференциально – диагностические критерии.</li> <li>7. Соматотропный гормон физиологические влияния.</li> <li>8. Соматотропная недостаточность – причины и диагностические критерии.</li> <li>9. Соматотропная недостаточность – современные возможности коррекции.</li> <li>10. Высокоскорлоть – причины и возможности коррекции.</li> </ol>
<p align="center"><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «<b>Заболевания периферических эндокринных желез</b>»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Сахарный диабет 1 типа у детей. Патогенетические механизмы развития клинических симптомов манифестации.</li> <li>12. Гипергликемическая кома. Алгоритм неотложной помощи.</li> <li>13. Инсулинотерапия. Современные способы доставки.</li> <li>14. Фармакологические особенности инсулинов. Особенности назначения в детской практике.</li> <li>15. Гипогликемические состояния: причины, патогенетические механизмы. Клинические проявления.</li> <li>16. Диабетическая гипогликемическая кома: причины, этапы развития, клинические проявления.</li> <li>17. Врожденный гипотиреоз: причины, механизмы развития, ранняя диагностика.</li> <li>18. Йоддефицитные состояния: распространенность, причины, заболевания, связанные с дефицитом йода.</li> <li>19. Специфическая и не специфическая профилактика дефицита йода.</li> <li>20. Тиреотоксический криз: алгоритм диагностики и неотложной помощи.</li> <li>21. Гиперплазия коры надпочечников: биохимические механизмы развития, классификация.</li> <li>22. Аденогенитальный синдром возможности ранней диагностики, особенности у мальчиков и девочек.</li> <li>23. Фармакологические свойства препаратов глюкокортикоидов, показания к применению, критерии эффективности.</li> <li>24. Генетические и эндокринные детерминанты развития ожирения в детском возрасте.</li> <li>25. Дифференциально-диагностические критерии различных форм ожирения у детей.</li> <li>26. Возможности коррекции простого ожирения ( диета, физические нагрузки, медикаментозная терапия).</li> <li>27. Анатомо-физиологические особенности половой дифференцировки у мальчиков и девочек. Критерии оценки полового развития.</li> <li>28. Преждевременное половое развитие у мальчиков: причины, критерии диагноза.</li> <li>29. Задержка полового развития у мальчиков: причины, классификация, возможности коррекции.</li> <li>30. Варианты нарушения полового развития у девочек: причины, возможные механизмы, классификация.</li> </ol>

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

**Б 1.Б.6.1** Раздел 1  
«Заболевания  
гипоталамо-  
гипофизарной системы»

1. Задачами врача эндокринологического кабинета являются все перечисленные, за исключением
  - а. вакцинопрофилактики**
  - б. консультаций больных эндокринными заболеваниями
  - в. специфической диагностики
  - г. специфической гормонотерапии
2. Первичным в патогенезе клинических симптомов несахарного диабета является:
  - а. полиурия**
  - б. полидипсия
  - в. дегидратация
- г. желудочно-кишечные расстройства
3. Препараты, подавляющие секрецию АКТГ:
  - а. Бромкриптин. Достинекс**
  - б. Мамомит. Бромкриптин
  - в. Достинекс. Ориметен
  - г. Ориметен. Мамомит
4. Клинические проявления акромегалии:
  - а. все перечисленное**
  - б. отеки и гипертрофия мягких тканей
  - в. гипертрофическая артропатия
  - г. прогнатизм
5. В патогенезе клинических проявлений церебрально-гипофизарного нанизма имеет значение дефицит следующих гормонов:
  - а. тиреотропного гормона, гормона роста, адренкортикотропного гормона**
  - б. гормона роста, гонадотропинов
  - в. адренкортикотропного гормона, половых гормонов
  - г. кортикостероидов
6. Клинические проявления церебрально-гипофизарного нанизма, обусловленные дефицитом гормона роста:
  - а. задержка роста, задержка костного возраста**
  - б. гипергликемии
  - в. задержка роста, ускорение костного возраста
  - г. ожирение
7. Церебрально-гипофизарный нанизм необходимо дифференцировать с:
  - а. все перечисленное**
  - б. конституциональной задержкой роста и полового развития
  - в. семейной низкорослостью
  - г. примордиальным нанизмом
8. В комплексе лечения церебрально-гипофизарного нанизма используются:
  - а. гормон роста, тиреоидные препараты, половые гормоны**
  - б. тиреоидные препараты, поливитамины
  - в. хорионический гонадотропин, половые гормоны
  - г. половые гормоны, глюкокортикостероиды

	<p>9. Опухоли гипофиза можно заподозрить, если обнаруживается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>все ответы правильные</b></li> <li>б. эрозия костных стенок турецкого седла, головные боли</li> <li>в. сужение полей зрения</li> <li>г. снижение слуха, вызванное сдавливанием слухового нерва</li> </ul> <p>10. Возможными этиологическими факторами болезни Иценко-Кушинга не является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>гормонально-активные опухоли коры надпочечников</b></li> <li>б. опухоли гипофиза</li> <li>в. травмы черепа</li> <li>г. воспалительные процессы в гипоталамо-гипофизарной области</li> </ul> <p>11. Для болезни Иценко-Кушинга не характерно увеличение секреции:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>катехоламинов</b></li> <li>б. кортикотропина</li> <li>в. глюкокортикоидов</li> <li>г. андрогенов</li> </ul> <p>12. Обменные нарушения, характерные для болезни Иценко-Кушинга:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>все ответы верны</b></li> <li>б. ожирение</li> <li>в. снижение толерантности к углеводам</li> <li>г. повышенный катаболизм белков</li> </ul>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Заболевания периферических эндокринных желез»</p>	<p>13. К аутоиммунному типу сахарного диабета относится:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>сахарный диабет 1 типа</b></li> <li>б. сахарный диабет 2 типа</li> <li>в. тип MODY</li> <li>г. гестационный диабет</li> </ul> <p>14. К независимым факторам риска сахарного диабета относится:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>генетический фактор</b></li> <li>б. алиментарный фактор</li> <li>в. травматический фактор</li> <li>г. чрезмерные физические нагрузки</li> </ul> <p>15. К наиболее вероятному экзогенному фактору, провоцирующему сахарный диабет 2 типа относится:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>ожирение</b></li> <li>б. эмоциональный стресс</li> <li>в. панкреатит</li> <li>г. нейроинфекции</li> </ul> <p>16. Гликемия натощак определяется как "диабетическая" при уровне глюкозы в капиллярной цельной крови (ммоль/л):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>&gt; 7,2</b></li> <li>б. &gt; 6,7</li> <li>в. &gt; 8,6</li> <li>г. &gt; 9,0</li> </ul>

17. Посталиментарная гликемия указывает на сахарный диабет при значениях (ммоль/л):

- а. > 11,1
- б. > 9,9
- в. > 12,0
- г. > 9,6

18. Нагрузка глюкозой при проведении стандартного глюкозотолерантного теста дается из расчета (г/кг):

- а. 1,75
- б. 0,5
- в. 1,5
- г. 2,75

19. К метаболическим маркерам гипогликемии относится:

- а. **низкое содержание сахара в крови**
- б. высокое содержание сахара в крови
- в. повышение концентрации в крови кетоновых тел
- г. положительная реакция мочи на ацетон

20. Предпочтительными режимами инсулинотерапии у детей и подростков являются:

- а. **базисно-болюсный режим: инсулин короткого действия перед основными приемами пищи на фоне 2 инъекций инсулина продленного действия**
- б. 1 инъекция в день инсулинов короткого и пролонгированного действия
- в. 2 инъекции в день инсулина короткого действия и 2 инъекции инсулина продленного действия
- г. 3-4 инъекции инсулина пролонгированного действия

21. На 1 году диабета потребность в инсулине (ед/кгм.т./сут) у детей чаще составляет:

- а. **0,3-0,5**
- б. более 1
- в. 0,6-0,8
- г. 0,8-1,0

22. Ребенок 3-х лет рос и развивался нормально. Изредка болел ОРВИ. Неделю назад без видимой причины появились жажда, полиурия, энурез. Родители отмечают у ребенка хороший аппетит - при том, что он похудел. Для уточнения диагноза необходимо провести исследование:

- а. **сахар крови**
- б. проба Зимницкого
- в. исследование креатинина крови
- г. консультация невропатолога

23. Ребенок 10 лет, у которого диабет был выявлен 3 года назад, получает 3 инъекции инсулина короткого действия перед каждым приемом пищи и 2 инъекции инсулина пролонгированного действия перед завтраком и перед сном. 3 дня тому назад выявлено ОРЗ, протекающее с гипертермией и острыми катаральными явлениями. Появились жажда в течение



всего дня, выявлены повышенные показатели гликемии, положительная реакция мочи на ацетон. Показанием для госпитализации данного пациента может быть:

- а. ухудшение самочувствия, стойкая ацетонурия**
  - б. выраженные катаральные явления
  - в. температура тела 38,3 °
  - г. сниженный аппетит
24. Противопоказания к занятиям в спортивной секции при сахарном диабете:
- а. гликемия перед спортивным занятием выше 14 ммоль/л**
  - б. гликемия натощак менее 12 ммоль/л
  - в. склонность к кетоацидозу
  - г. содержание холестерина в крови выше 5,2 ммоль/л
25. Какие рекомендации по питанию Вы дадите больному сахарным диабетом на случай кетоацидотического состояния?
- а. расширить диету за счет легкоусвояемых углеводов**
  - б. ограничить растительную клетчатку
  - в. ограничить питье
  - г. расширить диету за счет белковых продуктов
26. Исключение каких продуктов позволит ограничить жиры в питании ребенка, находящегося в состоянии кетоза:
- а. корейка, грудинка**
  - б. отварная рыба
  - в. белые сорта сыра
  - г. обезжиренный творог
27. Какие из перечисленных продуктов Вы не рекомендуете включать в рацион питания ребенка с сахарным диабетом:
- а. виноград, инжир, хурма**
  - б. грибы
  - в. сметана, сливки, сыры, масло сливочное
  - г. хлеб
28. Основная причина развития диабетической кетоацидотической комы:
- а. дефицит инсулина**
  - б. избыток инсулина
  - в. дефицит глюкагона
  - г. дефицит глюкокортикоидов
29. Диабетическая кетоацидотическая кома развивается:
- а. постепенно в течение нескольких дней**
  - б. внезапно
  - в. в течение 1-2 часов
  - г. в ночные часы
30. При лечении диабетической кетоацидотической комы - инсулин следует вводить:
- а. в/в капельно**

- б. п/к
- в. в/в струйно
- г. в/м

31. Какой уровень гликемии (ммоль/л) требует введения 5 %

раствора глюкозы при терапии кетоацидотической комы:

- а. 14**
- б. 17
- в. 8
- г. 24

32. В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет:

- а. гиперосмолярность сыворотки крови**
- б. накопление молочной кислоты
- в. гиперкалиемия
- г. накопление кислых кетоновых тел

33. При проведении регидратационной терапии у больных с гиперосмолярной комой предпочтение следует отдать:

- а. гипотоническому раствору хлорида натрия**
- б. 4 % раствору гидрокарбоната натрия
- в. 5 % раствору глюкозы
- г. изотоническому раствору хлорида натрия

34. К особенностям течения сахарного диабета во время беременности относятся:

- а. повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности**
- б. снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности
- в. снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности
- г. потребность в инсулине во время беременности не изменяется

35. Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим:

- а. 1,5**
- б. 5,5
- в. 3,3
- г. 2,7

36. Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть:

- а. поражения цнс различной степени выраженности**
- б. сахарный диабет новорожденного
- в. пороки развития плода
- г. задержка полового развития

37. В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение:

- а. избыток тиреотропного гормона**
- б. иммунодефицит
- в. тиреостимулирующие антитела

- г. избыток селена в продуктах питания
38. Основной источник йода для человека:
- а. **морские продукты**
  - б. поваренная соль
  - в. молочные продукты
  - г. растительная пища
39. Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при:
- а. **увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца**
  - б. любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы
  - в. плотной консистенции долей щитовидной железы
  - г. утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см
40. Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба:
- а. **коллоидный**
  - б. трабекулярный
  - в. аутоиммунный
  - г. фолликулярный
41. Суточная потребность 5-летнего ребенка в йоде составляет:
- а. **90 мкг**
  - б. 50 мкг
  - в. 1 мг
  - г. 150 мкг
42. Профилактика эндемического зоба включает:
- а. **применение таблетированных препаратов йодистого калия**
  - б. использование поваренной соли с пониженным содержанием натрия
  - в. использование йодированного масла лицам старше 50 лет
  - г. молочно-растительное питание
43. В лечении эндемического зоба используются:
- а. **Левотироксин**
  - б. йодированная поваренная соль
  - в. глюкокортикоиды
  - г. Мерказолил
44. Показания к хирургическому лечению эндемического зоба:
- а. **смещение/сдавление органов шеи**
  - б. наличие антителоносительства
  - в. семейный анамнез по узловым патологиям щитовидной железы
  - г. пальпируемый узел размером до 1 см
45. Аутоиммунный тиреоидит детей и подростков в большинстве случаев характеризуется:
- а. **развитием диффузного зоба**

	<p>б. преобладанием в подростковом возрасте у юношей</p> <p>в. спонтанной ремиссией после завершения пубертата</p> <p>г. выраженным снижением интеллекта</p> <p>46. Причиной первичного врожденного гипотиреоза не является:</p> <p>а. <b>дефицит тиреотропного гормона</b></p> <p>б. дисгенезия щитовидной железы</p> <p>в. дисгормоногенез</p> <p>г. внутриутробный избыток йода</p> <p>47. Основной причиной транзиторной формы врожденного первичного гипотиреоза чаще всего служит:</p> <p>а. <b>пренатальный дефицит йода</b></p> <p>б. агенезия щитовидной железы</p> <p>в. дефицит тиреотропного гормона</p> <p>г. нарушение чувствительности тканей к тиреоидным гормонам</p> <p>48. Клинические особенности вторичного врожденного гипотиреоза:</p> <p>а. <b>нет задержки умственного развития</b></p> <p>б. нет задержки роста</p> <p>в. нет задержки костного возраста</p> <p>г. нет нарушения деятельности внутренних органов и систем</p> <p>49. Критерием адекватности заместительной терапии гипотиреоза не является:</p> <p>а. <b>тахикардия</b></p> <p>б. соответствие физического развития возрасту ребенка</p> <p>в. соответствие костного возраста паспортному</p> <p>г. нормальное умственное развитие</p> <p>50. Для дифференциальной диагностики первичного и вторичного гипотиреоза нужно знать:</p> <p>а. <b>уровень свободного тироксина и тиреотропного гормона в сыворотке крови</b></p> <p>б. уровень холестерина крови</p> <p>в. время ахиллового рефлекса</p> <p>г. функцию щитовидной железы на автономность</p> <p>51. Особенности клинических проявлений диффузного токсического зоба у детей:</p> <p>а. <b>преобладание нарушений в нервно-психической сфере</b></p> <p>б. изолированные нарушения сердечного ритма</p> <p>в. частое сочетание с аутоиммунной орбитопатией</p> <p>г. преобладание узловых форм зоба</p> <p>52. Тяжесть течения диффузного токсического зоба у детей определяется:</p> <p>а. <b>выраженностью клинических синдромов</b></p> <p>б. размерами щитовидной железы</p> <p>в. уровнем тиреотропного гормона в крови</p> <p>г. возрастом больного</p>
--	---

53. При ожирении I степени избыток массы тела составляет:
- а. **10 %-29 %**
  - б. 30 %-49 %
  - в. >50 %
  - г. <10 %
54. При ожирении II степени избыток массы тела составляет:
- а. **30 %-49 %**
  - б. >50 %
  - в. >60 %
  - г. 10 %-29 %
55. При ожирении III степени избыток массы тела составляет:
- а. **50 %-99 %**
  - б. 10 %-29 %
  - в. >35 %
  - г. >100 %
56. Индекс массы тела определяется как:
- а. **масса тела (кг)/рост<sup>2</sup> (м)**
  - б. масса тела (кг)/площадь поверхности тела (м<sup>2</sup>)
  - в. масса тела (кг)/рост (м)
  - г. масса тела (кг) - рост (см)
57. В развитии экзогенно-конституционального ожирения имеют значение:
- а. **все перечисленное**
  - б. несбалансированное питание (значительное преобладание углеводов или жиров)
  - в. снижение физической активности
  - г. наследственная предрасположенность
58. Ожирение часто наблюдается при следующих эндокринопатиях:
- а. **все перечисленное**
  - б. болезни Иценко-Кушинга
  - в. Гипогонадизме
  - г. Гипотиреозе
59. Ожирение не является фактором риска развития:
- а. **Сахарного диабета и гипертонической болезни**
  - б. Тиреотоксикоза
  - в. Гипотонии
  - г. Желчно-каменной болезни
60. К метаболическим нарушениям, не характерным для больных ожирением относится:
- а. **повышенная утилизация неэстерифицированных жирных кислот**
  - б. повышение липосинтеза
  - в. гиперинсулинизм
  - г. снижение процессов липолиза
61. Больной с ожирением не нуждается в консультации:
- а. **хирурга**
  - б. окулиста
  - в. гинеколога

- г. отоларинголога
62. К наследственным синдромам, сопровождающимся ожирением, относятся:
- а. **синдром Прадера-Вилли**
  - б. синдром Клайнфельтера
  - в. синдром Олбрайта-Брайцева
  - г. ни один из перечисленных
63. В комплекс лечения гипоталамического ожирения не входит:
- а. **инсулинотерапия**
  - б. диетотерапия
  - в. физиотерапия
  - г. липотропные препараты
64. Основные принципы диетотерапии детей с ожирением предусматривают:
- а. **все перечисленное**
  - б. гипокалорийное дробное питание
  - в. ограничение жиров и углеводов
  - г. содержание белка в возрастной потребности
65. Особенностью вторичной надпочечниковой недостаточности не является:
- а. **нормальный уровень кортизола**
  - б. отсутствие гиперпигментации
  - в. отсутствие повышенной потребности в соли
  - г. отсутствие гиперкалиемии
66. Пробы, имеющие диагностическое значение для глюкокортикоидной недостаточности:
- а. **большая дексаметазоновая**
  - б. дексаметазон-хориогониновая
  - в. с АКГГ
  - г. гсХГ
67. Клинические симптомы, характерные для андростероидной недостаточности:
- а. **рост ускорен и раннее телархе**
  - б. рост ускорен и задержка полового развития
  - в. задержка роста и раннее половое созревание
  - г. рост ускорен и раннее половое оволосение
68. Клинические симптомы, характерные для первичного гиперальдостеронизма:
- а. **артериальная гипертензия и приступы миоплегии**
  - б. головные боли и судорожная активность
  - в. слабость и прибавка веса
  - г. полиурия и запах ацетона изо рта
69. Изменения, характерные для первичного гиперальдостеронизма:
- а. **содержание альдостерона в плазме повышено, активность ренина - снижена**
  - б. содержание альдостерона в плазме повышено, активность ренина - повышена
  - в. содержание альдостерона в плазме снижено, активность ренина - повышена

	<p>г. содержание альдостерона в плазме снижено, активность ренина - снижена</p> <p>70. Этиологические факторы вторичной хронической надпочечниковой недостаточности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>врожденный дефицит АКТГ</b></li> <li>б. опухоль надпочечника</li> <li>в. врожденная гипоплазия надпочечников</li> <li>г. аутоиммунное поражение надпочечников</li> </ul> <p>71. При лечении первичного гипокортицизма применяют:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>стероидные гормоны</b></li> <li>б. сердечные препараты</li> <li>в. мочегонные препараты</li> <li>г. Синактен-депо</li> </ul> <p>72. Причины первичной хронической недостаточности надпочечников:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>аутоиммунное поражение или туберкулез надпочечников</b></li> <li>б. длительный прием глюкокортикоидов.</li> <li>в. черепно-мозговая травма</li> <li>г. нейроинфекция</li> </ul> <p>73. Лечение острой недостаточности надпочечников начинают с введения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>Гидрокортизона в вену</b></li> <li>б. Преднизолонa в мышцу</li> <li>в. Преднизолонa в вену</li> <li>г. Преднизолонa per os</li> </ul> <p>74. Недостаточность минералокортикоидов вызывает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>артериальную гипотонию</b></li> <li>б. отеки</li> <li>в. запоры</li> <li>г. артериальную гипертензию</li> </ul> <p>75. Гормональные изменения при острой первичной недостаточности надпочечников:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>уровень кортизола снижен</b></li> <li>б. уровень кортизола повышен</li> <li>в. уровень АКТГ не изменен</li> <li>г. уровень АКТГ снижен</li> </ul> <p>76. Клиника острой недостаточности надпочечников у детей старшего возраста включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>боли в животе, жидкий стул</b></li> <li>б. булимию</li> <li>в. тетанию</li> <li>г. боли в животе, запоры</li> </ul> <p>77. Неотложная терапия при острой недостаточности надпочечников включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>стероидные гормоны</b></li> <li>б. препараты калия -</li> <li>в. сердечные препараты</li> <li>г. препараты кальция</li> </ul> <p>78. Клинические симптомы, характерные для адреногенитального синдрома у девочек:</p>
--	---

	<p>а. <b>гермафродитное строение наружных гениталий</b></p> <p>б. задержка физического развития в детстве</p> <p>в. высокорослость по завершении пубертата</p> <p>г. истинное преждевременное изосексуальное половое развитие</p> <p>79. Наиболее часто встречающаяся клиническая форма аденогенитального синдрома:</p> <p>а. <b>Неосложненная (вирильная, простая)</b></p> <p>б. Сольтеряющая без выраженной вирилизации</p> <p>в. Сольтеряющая с выраженной вирилизацией</p> <p>г. Гипертоническая</p> <p>80. При острой надпочечниковой недостаточности наблюдаются следующие изменения электролитов:</p> <p>а. <b>содержание натрия снижено, содержание калия повышено</b></p> <p>б. содержание калия снижено, содержание натрия повышено</p> <p>в. содержание калия повышено, содержание натрия повышено</p> <p>г. содержание натрия повышено, содержание калия в норме</p> <p>81. В патогенезе первичного альдостеронизма имеет значение:</p> <p>а. <b>повышение продукции альдостерона</b></p> <p>б. повышение продукции андрогенов</p> <p>в. повышение продукции глюкокортикоидов</p> <p>г. повышение продукции катехоламинов</p> <p>82. Преждевременное половое развитие наблюдается при:</p> <p>а. <b>врожденной дисфункции коры надпочечников (недостаточность 21 - гидроксилазы)</b></p> <p>б. синдроме тестикулярной феминизации</p> <p>в. истинном гермафродитизме</p> <p>г. недостаточности 5-альфа-редуктазы</p> <p>83. Для больных синдромом Шерешевского-Тернера характерны:</p> <p>а. <b>низкорослость и незначительное отставание "костного" возраста от паспортного</b></p> <p>б. низкорослость и выраженное отставание "костного" возраста от паспортного</p> <p>в. высокорослость и соответствие "костного" возраста паспортному</p> <p>г. высокорослость и выраженное отставание "костного" возраста от паспортного</p> <p>84. От гормональной терапии можно ожидать эффекта при крипторхизме:</p> <p>а. <b>в форме паховой ретенции и низком уровне лютеинизирующего гормона в крови</b></p> <p>б. в форме эктопии и низком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p>
--	--



	<p>в. в форме паховой ретенции и высоком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p> <p>г. в форме брюшной ретенции и высоком уровне лютеинизирующего гормона в крови</p> <p>85. В патогенезе синдрома тестикулярной феминизации играют роль:</p> <p><b>а. нарушение чувствительности тканей-мишеней к андрогенам</b></p> <p>б. гиперпродукция материнских эстрогенов</p> <p>в. дефект синтеза тестостерона</p> <p>г. дисгенезия яичек</p> <p>86. При установлении диагноза вторичного гипогонадизма в 16 лет следует:</p> <p><b>а. проводить лечение препаратами хорионического гонадотропина постоянно</b></p> <p>б. отложить лечение</p> <p>в. проводить лечение препаратами депотестостерона</p> <p>г. проводить лечение препаратами хорионического гонадотропина курсами</p> <p>87. Первым манифестным симптомом гиперандрогении у детей является:</p> <p><b>а. изолированное пубархе</b></p> <p>б. гирсутизм</p> <p>в. угревая болезнь</p> <p>г. жирная себорея волос</p> <p>88. Терапевтическая тактика при верификации врожденной дисфункции коры надпочечников, неклассическая форма в допубертатном периоде:</p> <p><b>а. наблюдение</b></p> <p>б. назначить кортеф</p> <p>в. назначить преднизолон в сочетании с кортинеффом</p> <p>г. назначить дексаметазон</p> <p>89. Больной первичным гипогонадизмом в детородном возрасте:</p> <p><b>а. безусловно стерилен</b></p> <p>б. как правило фертилен</p> <p>в. стерилен, если заместительная терапия начата поздно</p> <p>г. плодовит, если проведена пересадка яичек и последние не отторгнуты</p> <p>90. Для больных истинным гермафродитизмом не характерно:</p> <p><b>а. преждевременного полового развития</b></p> <p>б. мозаичного кариотипа 46, XX / 46, XY</p> <p>в. внутренних гениталий женского типа</p> <p>г. наружных гениталий смешанного типа</p> <p>91. Выбор паспортного пола у больных истинным гермафродитизмом определяется:</p> <p><b>а. степенью развития тестикулярной ткани</b></p> <p>б. главным образом желанием родителей</p>
--	---

	<p>в. кариотипом г. возрастом ребенка</p> <p>92. В периоде новорожденности позволяют заподозрить синдром Шерешевского-Тернера все кроме: а. <b>отсутствие гипоплазии малых половых губ</b> б. крыловидные кожные складки на шее в. лимфатический отек стоп г. лимфатический отек кистей</p> <p>93. Для синдрома Клайнфельтера не характерно: а. <b>гиперплазия клеток Сертоли</b> б. прогрессирующая гиалинизация семенных канальцев и атрофия зародышевого эпителия в. азооспермия г. гиперплазия клеток Лейдига</p> <p>94. В возникновении крипторхизма могут играть роль: а. <b>все перечисленное</b> б. хромосомная патология в. дефицит хорионического гормона матери г. дефицит андрогенов плода</p> <p>95. Оперативное лечение крипторхизма показано при: а. <b>все перечисленное</b> б. эктопии яичка в. осложненном крипторхизме г. неэффективности гормонального лечения</p> <p>96. Синдром тестикулярной феминизации - заболевание, которое: а. <b>генетически обусловлено</b> б. носит приобретенный характер в. мужчина является носителем патологического гена г. встречается только у женщин</p> <p>97. Развитие первичного гипогонадизма может быть обусловлено: а. <b>все перечисленное</b> б. травмой половых органов в. инфекцией г. дисгенезией половых желез</p> <p>98. «Золотым стандартом» в диагностике первичной надпочечниковой недостаточности является а. <b>стимуляционный тест с АКТГ</b></p> <p>б. определения уровней калия, натрия</p> <p>99. Препаратом выбора при лечении надпочечниковой недостаточности является а. <b>Гидрокортизон</b> б. 0,9% раствор NaCl в. 10% глюкозу</p> <p>100. Лечение острого адреналового криза (до госпитализации) вводят а. <b>Гидрокортизон</b> б. 0,9% раствор NaCl в. 10% глюкозу</p>
--	---

### **Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 1 «Заболевания гипоталамо- гипофизарной системы»</p>	<p><b>1. Задача №1.</b> (Гипофизарный нанизм.) Девочка 5 лет. Жалобы: на отставание в росте. Анамнез болезни: на первом году жизни росла и развивалась в соответствии с возрастом. К пяти годам родители заметили отставание в росте от сверстников. Анамнез жизни: ребенок от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 11 неделе (лечение стационарное). Роды в срок. Масса 3200 г, длина 54 см. На первом году в развитии не отставала, не болела. Семья обеспеченная, в питании не ограничена. Привита по возрасту. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Семейный анамнез: Родители здоровы. Рост матери 168 см, отца 184 см. Туберкулёза, венерических заболеваний нет. Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, активная. Телосложение пропорциональное. Шея относительно короткая, лицо «кукольное», пупок низко расположен. Волосы тонкие, ломкие. Голос высокий. Кожа тонкая, нежная, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. ЧД 32/мин. Дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧСС 108/мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, ясные. Нежный систолический шум выслушивается вдоль левого края грудины, не проводится за пределы области сердца. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул оформленный, раз в 1-2 дня, склонность к запорам. Мочепускание не нарушено. Половые органы сформированы правильно по женскому типу. Антропометрические данные: рост 94 см, вес 15 кг. Данные обследования:Общий анализ крови: эр. <math>4,4 \times 10^{12}/л</math>, Нб 118 г/л, цп 0,89, лейкоц. <math>4,5 \times 10^9/л</math>, э-2%, п/я-5, с/я-45, л-44, м-4, СОЭ 5 мм/ч. Общий анализ мочи: кол-во 250,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1021, белок - нет, лейкоц. 1-2 в п/зр., эр. 0 в п/зр., цилиндры - нет, слизи и солей - не обнаружено. Анализ крови на сахар: сахар крови натощак 3,5 ммоль/л. Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л, НЭЖК-0,6 ммоль/л, щелочная фосфатаза 5 ед., билирубин общий-9,8 мкмоль/л, прямой-2,0 мкмоль/л, не прямой-7,8 мкмоль/л, АлАТ-0,2 ммоль/л, АсАТ-0,3 ммоль/л, сулемовая проба-1,9 мл, тимоловая-2,2 ед. Электролиты сыворотки крови: К 4,0 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, Ca 2,7 ммоль/л. Протеинограмма крови: общий белок 65 г/л, альбумины 52 %, глобулины 48%: альфа1-5,6 %, альфа2-9,4 %, бета-15,1%, гамма-17,9%. Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т<sub>4</sub> 10 нмоль/л (N 10-26), Т<sub>3</sub> 5 нмоль/л (N 4-7,4). ЛГ 1,5 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 1,8 мМЕ/л (N 0,68-6,7). Клофелиновая проба: до - СТГ 2 нг/мл, после - 2,5 нг/мл. Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров. Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: появилась трехгранная кость. Компьютерная томография головного мозга: гипоплазия гипофиза. ЭхоКГ: в полости левого желудочка ложная хорда. Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме. Невролог: рефлексы D=S, живые. Симптомов поражения ЦНС нет. Кариотип: 46,XX.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Поставьте диагноз.</li><li>2. Проведите дифференциальный диагноз.</li><li>3. Назначьте лечение.</li><li>4. Составьте план диспансеризации.</li></ol> <p><b>2. Задача №2.</b> (Конституциональный нанизм.) Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.</p>
---	--

Анамнез болезни: до 10 лет не отставал от сверстников, имел возрастные параметры роста и веса. Потом постепенно стала нарастать разница в росте. Не появились вторичные половые признаки.

Анамнез жизни: от 3 беременности, вторых родов, протекавших без патологии. Родился без асфиксии. Масса 3,300, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ, ветряная оспа в 5 лет. Привит по возрасту.

Семейный анамнез: по мнению отца - поздний пубертат. Родители среднего роста (мать 162 см, отец 174 см), старший брат 18 лет рост 175 см. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.

Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожа и слизистые чистые. В зеве без воспалительных изменений. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы и тоны сердца сохранены. ЧСС 72 в 1 минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот симметрично участвует в дыхании. Пальпация поверхностная и глубокая безболезненна. Печень и селезёнка не пальпируется. Стул оформлен. Половые органы по мужскому типу, сформированы правильно. Формула полового созревания P 0, Aх 0, I 0. Размер яичек 9,0 см x 1,5 см. Антропометрия: рост 139 см, вес 32 кг.

Данные обследования:

Общий анализ крови: Эр  $4,8 \times 10^{12}/л$ , Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк.  $6,0 \times 10^9/л$ , э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты  $320 \times 10^9/л$ .

Общий анализ мочи: Уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, К А/Г=1,4, остаточный азот 20,0 ммоль/л, мочевины 4,3 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,8 ммоль/л. Фосфор неорганический 1,6 ммоль/л (N 1,45-1,78), кальций общий 2,8 ммоль/л, калий 4,0 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л.

Тестостерон: в сыворотке крови - 44 мг% (норма в 13 лет от 80 до 1000).

После одновременной пробы с ХГ - уровень 91 мг%.

Уровень гормонов крови: ЛГ - 2,5 мМЕ/м (N 0,04-3,6), ФСГ - 3,0 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т<sub>4</sub> 14 нмоль/л (N 10-26), Т<sub>3</sub> 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 8,1 нг/мл.

Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансеризации.

### 3. Задача №3. (Синдром Шерешевского-Тернера.)

Девочка 13 лет.

Жалобы: на низкий рост, отсутствие вторичных половых признаков.

Анамнез заболевания: девочка отстает в росте с 7-8 лет, ростовые прибавки в год составляли 3-4 см., за последние 2 года выросла на 3,5 см, вторичные половые признаки не появились.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, матери 36 лет, заболевания во время беременности отрицает. Роды в срок, масса при рождении 3300 г, рост 50 см. Перенесенные заболевания: в 6 месяцев краснуха. С 4-х летнего возраста состоит на "Д" учете по поводу хронического пиелонефрита, последнее обострение было 2 года назад, 1 раз в год болеет ОРВИ.

Наследственный анамнез: родители, родственники здоровы.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, выражение лица осмысленное, активная, контактная. Рост 136 см, масса тела 28 кг. Длина верхней половины туловища значительно больше нижней. Уши деформированы, расположены низко. Шея широкая, короткая, широкие кожные складки, идущие от сосцевидных отростков к плечам. Низкий рост волос. На кистях рук укорочение IV пальца и искривление V. На стопах III, IV, V пальцы укорочены и деформированы, расстояние между I и II пальцами стоп увеличено. Голени пастозны. Широкая грудная клетка, гипертелоризм сосков. Короткие предплечья. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые.

Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы 11-1П и паховые - I размера, единичные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, эластичной консистенции, безболезненные. Мышечная система симметрично развита, тонус и сила мышц достаточны. Тремора, судорог нет. Деформаций костей, суставов нет. Движения в полном объеме. Миндалины не увеличены, задняя стенка глотки без особенностей. Твердое небо

низко расположено, узкое. Неправильный рост зубов. Аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, выслушивается систолический шум над всей областью сердца с максимумом звучания на верхушке. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех областях. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в сутки, оформлен. Наружные половые органы по женскому типу, соответствуют 6-7 летнему возрасту. Вторичных половых признаков нет. Психоориентация женская.

Данные обследования:

Общий анализ крови: Эр  $4,8 \times 10^{12}/л$ , Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк.  $6,0 \times 10^9/л$ , э- 2%, п/я-3, с/я-57, л-34, м-4, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты  $320 \times 10^9/л$ .

Общий анализ мочи: Уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, К А/Г=1,4, остаточный азот 19,0 ммоль/л, мочевина 4,3 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,8 ммоль/л, Са 2,8 ммоль/л, К 4,0 ммоль/л, Na 138 ммоль/л.

Уровень гормонов крови: ЛГ - 4,7 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ - 7,5 мМЕ/мл (N 0,68-6,7), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, СТГ - 8,1 нг/мл, эстрогены общие - снижены.

Суточная экскреция с мочей: 17-КС 0,5 мг/сут (N 1-6).

Рентгенография кистей и лучезапястных суставов: деформация IV и V пястных костей, деференцировка скелета соответствует 11-12 годам (головчатая, крючковидная, трехгранная, полулунная, ладьевидная кости, кость трапеция, гороховидная кость и сесамовидная кость в пяточнофаланговом суставе, а также дистальные эпифизы локтевой и лучевой костей, эпифизы фаланг и шиловидный отросток локтевой кости). ЭКГ: Синусовый ритм. Вертикальное положение ЭОС.

ЭхоКГ: дефект межпредсердной перегородки, гемодинамически незначимый.

УЗИ гениталий: агенезия яичников и матки.

Окулист: глазное дно в норме. ЛОР-врач: патологии не выявлено.

УЗИ органов малого таза: гипоплазия матки, яичники не визуализируются.

Кариотип: 45,ХО.

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Возможности терапии.
4. Составьте план диспансеризации.

#### 4. Задача №4. (Низкорослость семейная.)

Девочка 15 лет. Жалобы: на низкий рост.

Анамнез заболевания: девочка отстает в росте от сверстников с раннего возраста, рост в 1 год - 68 см, на втором и третьем годах прибавка роста 5-6 см, после 4 лет - 3-4 см в год. Пубертат наступил вовремя.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды в срок, масса при рождении 3300 г, рост 52 см. Перенесенные заболевания: в 6 месяцев эпидемический паротит. Привита по возрасту.

Наследственный анамнез: родители, родственники здоровы. Родители низкого роста: мать 128 см, отец 132 см.

Объективный статус: состояние удовлетворительное. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные. Периферические лимфоузлы 1-2 размера, эластичные, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. ЧД 19/мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук,

аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧСС 82/мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул оформленный, 1раз/сут. Мочеиспускание не нарушено. Половые органы сформированы по женскому типу. Ма 3, Р 3, Ах 2, Ме 3.

Антропометрические данные: рост 120 см, вес 24 кг.

Данные обследования:

Общий анализ крови: Эр  $4,8 \times 10^{12}/л$ , Нв 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк.  $6,0 \times 10^9/л$ , э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты  $320 \times 10^9/л$ .

Общий анализ мочи: уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпит.плоский ед. в п.з.

Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, К А/Г=1,2, остаточный азот 19,0 ммоль/л, мочевины 4,5 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,9 ммоль/л. Кальций общий 2,7 ммоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 142 ммоль/л.

Уровень гормонов крови: ТТГ - 2,9 мкМЕ/л, Т<sub>4</sub> - 15 нмоль/л (N 10-26), Т<sub>3</sub> - 4,6 нмоль/л (N 4-7,4), ФСГ 3,2 МЕ/л (N 1,0-7,4), ЛГ 6,7 мМЕ/л (N 0,2-9,1).

Клофелинова проба: до - СТГ 7,1 нг/мл, после - 13,6 нг/мл.

Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: в наличии дистальный эпифиз локтевой кости, шиловидный отросток локтевой кости, гороховидная кость, сесамовидные кости в I пястно-фаланговом суставе. Синостоз в I пястной кости.

Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло стандартных размеров.

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Возможности терапии.
4. Составьте план диспансеризации.

5. **Задача №5.** (Гигантизм (доброкачественная ацидофильная аденома гипофиза))

Мальчик 15 лет. Жалобы: на высокий рост, общую слабость, утомляемость, увеличение кистей и стоп.

Анамнез болезни: До 12 лет по длине тела не отличался от сверстников. Позднее стал быстро расти.

Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 2 родов, протекавшей с патологии. Роды в срок. Масса тела 3200 г. Длина 53 см. Развивался нормально. Перенес ветряную оспу, корь, эпидемический паротит. Привит по возрасту.

Наследственный анамнез: родители, родственники здоровы. Родители среднего роста.

Объективный статус: состояние удовлетворительное. Телосложение пропорциональное.

Несколько укрупнены черты лица (нос, губы, подбородок). Крупные кисти и стопы. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые, чистые. ЧД 18/мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям. ЧСС 80/мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Стул оформленный, 1раз/сут. Мочеиспускание не нарушено. Половые органы сформированы по мужскому типу. Р 4, I 1, Ах 3, Г 1.

Антропометрические данные: Рост 193 см, масса тела 88,7 кг.

Данные обследования: Общий анализ крови: Эр  $4,8 \times 10^{12}/л$ , Нв 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк.  $6,0 \times 10^9/л$ , э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты  $320 \times 10^9/л$ .

Общий анализ мочи: уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты отр., эпит.плоский ед. в п.з.

Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, К А/Г=1,2, остаточный азот 16,6 ммоль/л, мочевины 4,7 ммоль/л, глюкоза крови натощак 4,2

	<p>ммоль/л, через 2 часа - 5,7 ммоль/л. Кальций общий 2,7 ммоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 141 ммоль/л.</p> <p>Уровень гормонов крови: ТТГ - 2,9 мкМЕ/л, Т<sub>4</sub> - 15 нмоль/л (N 10-26), Т<sub>3</sub> 4,6 нмоль/л (N 4-8), ФСГ 3,2 МЕ/л (N 1,0-7,4), ЛГ 13,1 МЕ/л (N 8,4-17,8).</p> <p>Уровень гормонов крови: ТТГ - 2,9 мкМЕ/л, Т<sub>4</sub> - 15 нмоль/л (N 10-26), Т<sub>3</sub> - 4,6 нмоль/л (N 4-7,4), ФСГ 3,2 МЕ/л (N 1,0-7,4), ЛГ 6,7 мМЕ/л (N 0,2-9,1), СТГ 32 нг/мл (N до 10).</p> <p>Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: в наличии дистальный эпифиз локтевой кости, шиловидный отросток локтевой кости, гороховидная кость, сесамовидные кости в I пястно-фаланговом суставе. Синостоз в I пястной кости.</p> <p>Окулист: глазное дно в норме.</p> <p>Рентгенография черепа в 2-х проекциях: кости свода утолщены, венечный шов склерозирован, сосудистые борозды слабо выражены, турецкое седло значительно увеличено во всех направлениях, клиновидная пазуха уменьшена в высоте.</p> <p>Больной переведен в нейрохирургическое отделение, где проведена гипофизэктомия.</p> <p>Гистологическом исследовании удаленного препарата: доброкачественная ацидофильная аденома гипофиза.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Дифференциальный диагноз.</li> <li>3. Лечение.</li> <li>4. Составьте план диспансеризации.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 2 «Заболевания периферических эндокринных желез»</p>	<p><b>6. Задача №6</b> (Сахарный диабет I типа, впервые выявленный с кетоацидозом)</p> <p>Девочка, 11 мес. Ребенок от 2 беременности, 2 родов. Вес при рождении 3250, рост 51 см. Беременность протекала физиологично. Всю беременность мать ребенка получала йодпрофилактику (йодомарин), в 4 триместре по поводу анемии принимала фенюльс. Неонатальный период без особенностей. В 4 месяца перенесла ОРВИ, по поводу которой проводилась симптоматическая терапия. Грудное вскармливание до 6 месяцев, в дальнейшем искусственное адаптированными смесями.</p> <p>В 10 месяцев обратились в поликлинику с жалобами на отсутствие прибавки в массе тела. Ребенок обследовался по поводу дисбактериоза в поликлинике. В течение 2 недель отмечает ухудшение состояния ребенка: появилось беспокойство, срыгивания с неприятным запахом, частые мочеиспускания.</p> <p>При поступлении: Состояние средней степени тяжести. Ребенок капризный, во время осмотра плачет, негативен. Температура 37,3°C. Кожные покровы сухие. В области надбровных дуг, подбородка гиперемия. Губы яркие, сухие, единичные корочки, язык яркий, «малиновый». Зев: гиперемия миндалин, задней стенки глотки, лакуны расширены, налетов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия до 140 ударов в минуту. Дыхание жестковатое, одышка 26 в минуту. Живот умеренно, вздут в эпигастральной области, пальпация затруднена из-за выраженного беспокойства ребенка. Стул неоформленный, 4-6 раз в сутки, диурез учащен.</p> <p>ОАК: Hb -101г/л, эр -3,8 Е/л, Ц.П.- 0,8 L -12,0 г/л, п/я- 5%, с/я- 30%, э- 2%, л- 55%, м 8%, СОЭ- 17 мм/ч.</p> <p>ОАМ: цвет желтый, прозрачный, уд. вес- 1037, рН- 5,0, белок - отр., сахар- 4%, ацетон +++++, лейкоц. 3-4 в п/зр.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок- 60,2 г/л, общ. билирубин - 7,5 мкмоль/л, прямой -0 мкмоль/л, холестерин- 5,4 ммоль/л, К -3,5 ммоль/л, Na -132,0 ммоль/л., глюкоза -19,3 ммоль/л, щелочная фосфатаза □ 243 ммоль/л., АСТ-1,23, АСТ 1,32.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз</li> <li>2. Составьте план обследования</li> <li>3. Укажите основные принципы лечения</li> </ol> <p><b>7. Задача №7</b> (Гипогликемический синдром)</p> <p>Ребенок К., 2 года 9 мес., от первой беременности, родилась недоношенной в 34 недели в ягодичном предлежании. При рождении рост</p>

43 см, масса 2070 г. На искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни наблюдалась невропатологом с диагнозом: перинатальная энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром, сходящееся косоглазие, рахит. Впервые в возрасте 1 года 1 месяца на фоне ОРВИ после отказа от завтрака появилось нарушение сознания, судороги. Была госпитализирована: при поступлении в стационар определялся тризм, мышечная гипотония, гипергидроз, холодные конечности, тахикардия до 134 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Гипогликемия ниже определяемых значений. Приступ был купирован введением глюкозы. Второй приступ через 10 мес., в возрасте 1г.11 мес. Судороги в ночное время, гликемия 1,8 ммоль/л. Следующий приступ - в возрасте 2 лет 9 мес., доставлен машиной скорой помощи в бессознательном состоянии, сладковатый запах изо рта, гликемия 2,0 ммоль/л. Пришел в сознание после в/в введения раствора глюкозы и преднизолона.

Объективно: Рост 93,0 см (25 перцентиль), вес 13,5 кг Телосложение нормостеническое, пропорциональное. Кожные покровы розовые, чистые, обычной температуры и влажности Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 95-100 уд в мин., АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, край ровный, гладкий, эластичный, безболезненный. Стул 1раз в сутки, оформленный. Диурез не нарушен. Половое развитие по мужскому типу, допубертатное, гонады в мошонке.

ОАК: Нб 124г/л, эр 5,2 Е/л, L 7,4 г/л, п/я 2%, с/я 50%, э 2%, л 38%, м 8%  
Биохимический анализ крови: общ. белок -68,0 г/л, глюкоза -3,2 ммоль/л, холестерин -4,7 ммоль/л, К-4,0 ммоль/л, Na- 140,0 ммоль/л, щ.ф.-243 ед, АСТ-1,3 ммоль/л, АЛТ -1,6 ммоль/л.

Гормональный профиль:

Св.Т4 □ 17,1 пмоль/л (норма 10-25)

ТТГ □ 2,44 мЕД/л (норма 0,5-3,5)

Кортизол □ 513 нмоль/л (норма 150-650)

Инсулин □ 6,0 мкЕд/мл (норма 3-25)

С-пептид □ 0,8 пмоль/мл(норма 0,28-1,32)

Проба с 18-часовым голоданием: гликемия через 6 часов □ 4,1 ммоль/л, через 12 ч. □ 3,5 ммоль/л, через 15 часов □ 3,2 ммоль/л, через 18 часов □ 1,6 ммоль/л, кетонурия (++) . Нав/м введение 1,0 мл глюкагона □ гликемия 5,4 ммоль/л

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

**8. Задача №8** (Сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, фаза декомпенсации с кетоацидозом)

Больной К, 17 лет. В течение 11 лет страдает сахарным диабетом 1 типа. 3 дня назад заболел ангиной, стала нарастать жажда, появились сильные боли в животе, частая рвота. Доставлен в хирургическую клинику с диагнозом «острый аппендицит».

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

ОАК: лейкоциты - 22,0x10<sup>9</sup>, п/я - 18%, с/я - 80%, мон. - 2%.

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

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

**9. Задача №9.** (Диффузный токсический зоб 3 степени, тяжелое течение)



Девочка, 12 лет. Жалобы на возбудимость, плаксивость, раздражительность, сердцебиение, похудание при сохраненном аппетите, опухолевидное образование на шее.

Анамнез заболевания: считает себя больной с лета этого года, когда возникли

слабость, раздражительность, быстрая утомляемость, увеличение щитовидной

железы. Осенью обратилась в ОДКБ и была госпитализирована для обследования.

Анамнез жизни: ранний анамнез не известен. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школу пошла с 7 лет, учится хорошо.

Перенесенные заболевания: частые ангины, в 8 лет-пневмония, ветряная оспа.

Аллергологический анамнез: лекарственной и пищевой непереносимости нет.

Наследственный анамнез: родители и брат здоровы.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, активна, слегка возбуждена. Температура тела  $37,5^{\circ}$  С, периодически повышается до  $38,2^{\circ}$  С. Астенического телосложения. Кожа чистая, гипергидроз.

Стойкий красный дермографизм. Тургор тканей сохранен, подкожно-жировой слой снижен. В области передней поверхности шеи припухлость мягких тканей видна на глаз, пальпаторно мягкой консистенции, диффузная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-16/мин.

Тоны сердца усилены, ритмичные, в т.Боткина и на верхушке слабый систолический шум. Пульс 118 уд. в мин., ритмичный. АД 125/40

мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформлен, 1 раз в сутки. Мочеиспускание свободное.

Вторичные половые признаки отсутствуют. Неврологический статус: сознание ясное, подвижна, эмоционально лабильна, раздражительна, иногда плаксива. Глазные щели расширены, зрачки правильной формы, небольшой экзофтальм. Слабо положительный симптом Грефе, выраженный симптом Розенбаха (дрожание век при смыкании). Выражен тремор вытянутых пальцев рук. Сухожильные рефлексы повышены. Вес 35 кг, рост 152 см.

Данные обследования:

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

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

Биохимический анализ крови: холестерин 2,0 ммоль/л, уровень йода, связанного с белками (СБЙ) 1400 нмоль/л (норма до 630,36 нмоль/л), калий плазмы 3,5 ммоль/л, натрий плазмы 140 ммоль/л.

Анализ крови на сахар натощак, сахарная кривая: сахар крови натощак 4,6 ммоль/л, через 60 мин. - 7,7 ммоль/л, через 120 мин. - 6,0 ммоль/л.

Уровень гормонов в крови: Т<sub>3</sub> свободная фр. 40 нмоль/л, Т<sub>4</sub> свободная фр. 100 нмоль/л, ТТГ 0,05 мМЕ/л (N 0,17-4,05 мМЕ/л).

Анализ крови на антитела к рецепторам фолликулярного эпителия (тиреоглобулину, микросомальным фракциям): титр антител к тиреоглобулину 1:120.

Окулист: передний отрезок, глазные среды - прозрачны. Глазное дно в норме. Экзофтальмометрия: OD 19 мм., OS 21 мм.

ЭКГ: ритм правильный, синусовый, ЧСС 120/мин. P-0,10 с, P-Q(R)-0,14 с, QRS-0,08с. Заключение: синусовая тахикардия, замедление предсердно-желудочковой проводимости.

УЗИ щитовидной железы: УЗ-признаки увеличения размеров, диффузные изменения ткани щитовидной железы.

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.

Девочка 15 лет, пришла на прием в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, головные боли, повышенную сонливость. Анамнез заболевания: Данные жалобы появились год назад и постепенно нарастают. В возрасте 13 лет на профилактическом осмотре в школе выявлено увеличение щитовидной железы первой степени. В последующем не обследовалась, не наблюдалась. Размеры щитовидной железы за истекший период несколько выросли. Осмотр при поступлении: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, кожные покровы суховаты, слизистые чистые, розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке, за пределы сердца не проводится. ЧСС 64 - 70 в минуту. АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, стул – со склонностью к запорам. Рост 1565 см, вес 60 кг, формула полового развития: Ма2,Р2,Ах2, менструации с 14 лет. скудные. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации - мягкая, эластичная. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Данные обследования:  
 Общий анализ крови: Нв 112 г/л, лейкоциты  $6,5 \times 10^9$ , лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 6 мм/час.  
 Общий анализ мочи без патологии.  
 Биохимические показатели крови: холестерин 5,1 ммоль/л.  
 Уровень гормонов крови: ТТГ 4,61 мк/МЕ/мл (N 0,65 – 4,6).  
 Антитела к ТПО: 0.  
 УЗИ щитовидной железы: объем 24 мл, контур ровный, ткань железы с диффузным снижением эхогенности.

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальный диагноз.
3. Назначить лечение.
4. Составьте план диспансеризации.

- 11. Задача № 11.** (Диффузный токсический зоб 2 степени, легкое течение)
- Девочка 13 лет, вес 45 кг. Обратилась с жалобами на раздражительность, периодически появляющееся чувство жара, усиление аппетита, несмотря на это снижение массы тела, за последние 1,5 месяца 3 кг.
- Анамнез заболевания: считает себя больной 3 – 4 месяца, когда появились слабость, раздражительность, быстрая утомляемость. Обратилась к эндокринологу и была госпитализирована для обследования.
- Анамнез жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту.
- Перенесенные заболевания: частые ангины, бронхит, ветряная оспа.
- Аллергологический анамнез: лекарственной и пищевой непереносимости нет.
- Наследственный анамнез: родители здоровы, у дяди (по матери) ДЗТ.
- Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, активна, слегка возбуждена. Температура тела  $37,1^{\circ}$  С. Астенического телосложения. Кожа чистая, гипергидроз. Стойкий красный дермографизм. Тургор тканей сохранен, подкожно-жировой слой истончен. Щитовидная железа видна на глаз, пальпаторно 2 степени, мягкой консистенции, диффузная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-16/мин. Тоны сердца усилены, ритмичные, в т.Боткина и на верхушке слабый систолический шум. Пульс 98 уд. в мин., ритмичный. АД 125/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформлен, 1 раз в сутки. Мочеиспускание свободное. Вторичные половые признаки отсутствуют. Неврологический статус: сознание ясное, подвижна, эмоционально лабильна, раздражительна, иногда плаксива. Глазные щели расширены, зрачки правильной формы, небольшой экзофтальм. Слабо положительный симптом Грефе, выраженный симптом Розенбаха (дрожание век при смыкании). Выражен тремор вытянутых пальцев рук. Сухожильные рефлексы повышены. Вес 35 кг, рост 152 см.
- Данные обследования:  
 Общий анализ крови: эр.  $4,0 \times 10^{12}$ /л, Нв-120 г/л, ц.п. 0,82, Лейк.-  $4,06 \times 10^9$ /л, баз.0, эоз.1, п/яд.3, с/яд.68, лимф.45, мон.б, СОЭ 15 мм/ч.

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте необходимое дообследование.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансеризации.

### 12. Задача № 12. (Острый тиреодит).

Мальчик 7 лет, вес 32 кг, обратился с жалобами на слабость, нарастающую к вечеру, быструю утомляемость, фебрильную температуру 38,2° С, держащуюся постоянно, чувство неловкости и давления в области шеи. Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет простудными заболеваниями, последняя за 2 недели до обращения (ангина).

Объективно: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, кожные покровы бледные, влажные на ощупь, область шеи утолщена, при пальпации щитовидная железа увеличена до 2 степени, плотная, болезненная. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД до 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены, мягкий систолический шум с максимумом на верхушке сердца. ЧСС 115/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Стул через день.

Данные обследования:

Общий анализ крови: Эр.3,2 x 10<sup>12</sup>/л, Нб 122 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк. 11,3 x 10<sup>9</sup>/л, э.-0%,п/я.-5%, с/я-48%, л.-41%, м.-6%. СОЭ-17 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1017, белка нет, лейкоциты 1-2 в п/зр., эпителий плоский -1-2 в п.зр., эритроциты 0.

Уровень гормонов крови: ТТГ- 1,22 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т<sub>4</sub> свободная фракция 12 нмоль/л (N 10-26 нмоль/л), Т<sub>3</sub> свободная фракция 2,5 нмоль/л (N 4-8 нмоль/л).

Захват щитовидной железой <sup>131</sup>I в пределах нормы.

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Лечение.
4. Составьте план диспансеризации.

### 13. Задача № 13 (Врожденная дисфункция коры надпочечников: вирильная форма)

Мальчик, 7 лет, поступил с жалобами на ускорение физического полового развития. Ребенок от III нормальной беременности, масса тела при рождении 2500, рост 53 см. С рождения отмечено увеличение наружных половых органов. В росте и физическом развитии заметно опережал своих сверстников. В 2-летнем возрасте появилось оволосение лобковой области. При объективном исследовании: физическое развитие соответствует 13 годам, рост 152 см, масса тела 36 кг соответственно. На лице, спине множественные акневульгарис. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. На лобке значительное выраженное оволосение по мужскому типу. Половой член крупный, как у взрослого мужчины. Яички в мошонке, до 2 см в диаметре, эластичные.

Данные обследования:

ОАК: Нв-121 г/л, эр 4,05Т/л, Цв. П. 0,82, L 6,8 x10<sup>3</sup> г/л, Тром. 144 г/л, э 4 %, с 35 %, л 55 %, м 6 %, СОЭ 7 мм/ч ОАМ: цвет желт., прозр., реакция 6,0, плотность 1020. Биохимический анализ крови: белок 81,5 г/л, билирубин 15,0 мкмоль/л, непрямой - 14 ммоль/л, глюкоза 5,3 ммоль/л, холестерин 4,8 ммоль/л, Na 130 ммоль/л, К 5,6 ммоль/л, АСТ 25 ммоль/л, АЛТ 29 ммоль/л, С-реакт. белок отр.

Rg-графия кистей и лучезапястных суставов: костный возраст составляет 14 лет.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования

3. Укажите основные принципы лечения

- 14. Задача № 14** (Врожденная дисфункция коры надпочечников, смешанная форма (вирильная, сольтеряющая), средней степени тяжести)  
Девочка, 1,5 г., обратилась с жалобами насрыгивания, больше в послеобеденное время, неправильное формирование наружных половых органов, избыточную массу тела.  
Из анамнеза: Девочка от 2 беременности, первый ребенок погиб от АГС, сольтеряющей формы.  
Объективно: На момент осмотра состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие не страдает. Реакция на осмотр адекватная, девочка спокойная. Кожные покровы умеренной влажности, бледно-розовые. Отеков нет. Подкожно-жировой слой развит несколько избыточно, распределен равномерно. Зев спокоен, периферические лимфатические узлы не увеличены. При аускультации дыхание пуэрильное, чистое. Тоны сердца громкие, ритмичные, систолический шум в проекции т.Боткина, по правому краю грудины, не проводится. Пульс 110 уд/ мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень + 1,0 см из-под края реберной дуги, край ровный мягко-эластичный. Мочеиспускание регулярно, стул со склонностью к запорам. Половое развитие соответствует возрасту, отмечается вирилизация клитора до 0,7-1,0 см, 2 степень вирилизации по Прадеру, половое развитие по Таннеру Ах0,Ма0,Р0-1, Ме0  
Данные обследования:  
ОАК: Нб -91г/л, эр -3,8 Е/л, Ц.П.- 0,85 L -9,0 г/л, п/я- 3%, с/я- 30%, э- 1%, л- 57%, м 8%, СОЭ- 7 мм/ч.  
Биохимический анализ крови: Na □ 116,0 ммоль/л, К- 5,4 ммоль/л.  
ОАМ: цвет желтый, прозрачный, уд. вес- 1015, рН- 5,0, белок-отр.,сахар-отр., ацетон отр., лейкоц.-1-2 в п/зр.
1. Поставьте предварительный диагноз
  2. Составьте план обследования
  3. Укажите основные принципы лечения

- 15. Задача №15.** (Хроническая надпочечниковая недостаточность)  
Мальчик 9 лет, рост 128 см, масса 23 кг. Обратился с жалобами на слабость, утомляемость, периодически возникающие коллаптоидные состояния. Плохой аппетит. Во время респираторных заболеваний - часто бывает рвота, очень выражена общая слабость. Любит соленую пищу.  
Объективно: правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы очень смуглые, выражена гиперпигментация гениталий, ореол, темная кайма на деснах, АД 90/50 мм.рт.ст. Со стороны внутренних органов - некоторая приглушенность тонов сердца; живот мягкий, безболезненный. Симптомы холепатии отрицательны. Стул со склонностью к поносам.  
Данные обследования:  
Общий анализ крови: Эр.  $3,6 \times 10^{12}/л$ , Нб - 88 г/л, ЦП - 0,8, Лейк.  $4,3 \times 10^9/л$ , э.-3%, п/я - 0%, с/я - 28%, л -70%, м – 2%, СОЭ - 10 мм/час.  
Общий анализ мочи: белка нет, осадок без патологии, уд.вес 1006.  
Анализ мочи по Зимницкому: тенденция к никтурии, колебания удельного веса от 1002 до 1012. Суточное количество мочи 1900 мл.  
Электролиты сыворотки крови: К - 5,8 ммоль/л, Na - 124 ммоль/л.  
Уровень кортизола крови в 6.00 - 145 нмоль/л (N 190 - 750)
1. Поставить диагноз.
  2. Дифференциальный диагноз.
  3. Лечебная тактика.

- 16. Задача № 16.** (Надпочечниковый криз)  
Мальчик 4 года. Из анамнеза: на фоне назофарингита повысилась температура до  $39,7^{\circ}C$ , отмечались недомогание, озноб, сыпь. Через 10 часов температура снизилась до нормы, появились резкая слабость, бледность с цианотичным оттенком. Поступил в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. При осмотре: сознание спутано. АД 65/30 мм.рт.ст., пульс нитевидный, ЧСС 142/мин, одышка. На груди, животе, плечах, ягодицах элементы звездчатой геморрагической сыпи со сливными

элементами, не исчезающей при надавливании. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Мочиспускание редкое. По данным обследования: в периферической крови высокий лейкоцитоз с нейтрофилезом, сдвиг формулы до юных форм, лимфопения, СОЭ 18мм/час; уровень электролитов крови - К 5,9 ммоль/л, Na 123 ммоль/л; при УЗИ почек признаки кровоизлияния в надпочечники.

1. Предположительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Лечение.

**17. Задача № 17. (Ожирение экзогенно-конституционального генеза).**

Мальчик 10 лет. Жалобы: на избыточный вес, повышенный аппетит, быструю утомляемость.

Анамнез заболевания: ребенок родился с крупной массой, на первом году жизни ежемесячная прибавка в массе была выше нормы. Масса в 1 год-15 кг. На протяжении всего периода детства страдает избыточной массой. Ребенок очень любит сладости, кондитерские изделия, мучное, каши, картофель. В питании себя не ограничивает. Больше калорий получает во второй половине дня.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей без осложнений, с массой при рождении 3900г. Роды первые в срок, без особенностей. На естественном вскармливании до 5 мес. В нервно-психическом развитии не отставал. Привит - по календарю. Из перенесенных заболеваний корь, ангина, грипп.

Наследственный анамнез: отец и родной брат с избыточной массой тела. Хронических заболеваний в семье нет.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, активный. В контакт вступает легко. Телосложение правильное, гиперстеническое. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Подкожно-жировой слой развит избыточно, равномерно распределен по всей поверхности тела. Периферические лимфатические узлы подчелюстные, паховые I-II размера, эластичной консистенции, подвижные, безболезненные. Костно-мышечная система без патологических изменений. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем легочным полям, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. Пульс 78/мин., хорошего наполнения и напряжения. АД 110/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех областях. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Мочиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в сутки, оформлен. Наружные половые органы - по мужскому типу, соответственно возрасту. Формула полового развития: Ах 0, Р 0. Антропометрические данные: масса тела 47 кг, рост 146 см.

Данные обследования:

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

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

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

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

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

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

Холестерин крови: 4,6 ммоль/л.

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

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

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

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

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

1. Поставьте диагноз.

2. Дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. Составьте план диспансеризации.

**18. Задача №18.** (Ожирение тиреоидного генеза. (Врожденный первичный гипотиреоз на фоне гипоплазии щитовидной железы).

Мальчик 6 лет. Поступил с жалобами на избыточный вес, отставание в росте и развитии.

Анамнез болезни: рос с избытком массы с первого года жизни, в росте отстает от сверстников, отстает в умственном развитии. Наблюдался и лечился неврологом с года.

Анамнез жизни: Ребенок от 2й беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды срочные, самостоятельные, без патологии. Вес при рождении 3800 г, рост 50 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Вскармливание искусственное с 2-х недель жизни. Неонатальная желтуха до 2 месяцев жизни. Голову ребенок стал держать только в 5 месяцев, сидеть к году, а ходить с 2-х лет. К году вес 8500 г, рост 65 см. Первые зубы появились в 2 года. Перенесенные заболевания: не частые ОРВИ, затяжная неонатальная желтуха, дефицитная анемия с первого года.

Семейный анамнез: Родители здоровы. Патологии роста и неврологических заболеваний в семье нет. Туберкулеза и венерических заболеваний у родственников нет.

Статус при поступлении: Состояние ребенка средней тяжести, обусловленное неврологической симптоматикой. В сознании, вялый, малоподвижен. ЧМН: норма. Мышечный тонус диффузно умеренно снижен. Сухожильные рефлексы D=S, незначительно угнетены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Телосложение гиперстеническое, с сохранением инфантильных пропорций. Отложение жировой ткани равномерное. Стрий нет. Вес 19 кг, рост 100 см. Кожные покровы чистые, субиктеричные, сухие, холодные на ощупь. Выражена отечность лица. Волосы сухие, ломкие, тусклые. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые. Костная система: короткие конечности. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, короткий систолический шум на верхушке и в 5 точке, не проводится за пределы сердца, ЧСС 62 в минуту. Живот гипотоничный, мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см., селезенка не пальпируется. Стул: стойкие запоры. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет.

Данные обследования:

Общий анализ крови: Эр.  $3,2 \times 10^{12}/л$ , Нб 82 г/л, Цв.п. 0,85, Лейк.  $7,3 \times 10^9/л$ , э.-0%, п/я.-4%, с/я-48%, л.-42%, м.-6%. СОЭ-12 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1017, белка нет, лейкоциты 1-2 в п/зр., эпителий плоский -1-2 в п.зр., эритроциты 0.

Уровень гормонов крови: ТТГ- 122 мкМЕ/л (N 0,17-4,05 мкМЕ/л), Т<sub>3</sub> свободная фракция - 2,2 нмоль/л (N 4-7,4 нмоль/л), Т<sub>4</sub> свободная фракция - 5,6 нмоль/л (N 10-26 нмоль/л).

Кровь на сахар: гликемия натощак 2,6 ммоль/л, через 2 часа после еды 3,5 ммоль/л.

УЗИ щитовидной железы: УЗ-признаки гипоплазии щитовидной железы.

ЭКГ: Синусовая брадикардия. Снижение вольтажа зубцов. Дистрофические изменения миокарда. ЭхоКГ: органической патологии не выявлено.

Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: Имеются ядра окостенения головчатой и крючковидной костей, дистальный эпифиз лучевой кости, эпифизы основных, средних и концевых фаланг и пястных костей.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. Составьте план диспансеризации.

**19. Задача № 19.** (Синдром Иценко-Кушинга (кортекостерома).

Девочка 13 лет. Жалобы: на увеличение массы тела, появление полос растяжения на коже, головные боли на фоне повышенного АД.

Анамнез болезни: больна около 1,5 лет, когда впервые постепенно стала нарастать

масса тела, появились головные боли, ребенок стал хуже расти.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей без особенностей. Роды в срок с массой при рождении 3900 г, ростом 53 см. Росла и развивалась по возрасту. Привит. Детскими инфекционными болезнями не болела, травм и операций не было.

Наследственный анамнез: родственники не страдают избытком массы тела. Туберкулеза, венерических заболеваний в семье нет.

Объективный статус: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное.

Активна. Рост 141 см, масса 42 кг. Кожные покровы мраморные, гипертрихоз лица (усы). На коже груди, живота, в подмышечных областях, бедрах большое число сине-багровых стрий длиной 5-7 см., явления фолликулита. Подкожно-жировой слой развит избыточно, с преимущественным отложением на лице и туловище. Лицо округлое, лунообразное, с гиперемированной кожей. Конечности пропорционально худые. Тонус и сила мышц ослаблены. Движения в суставах в полном объеме. Грудная клетка гиперстеническая. Аускультативно: дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет. ЧД 20/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 в мин. АД 135/90 мм.рт.ст. Живот значительно увеличен в размере за счет избыточного жираотложения, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Формула полового созревания Ма 2, Ах 1, Р 2, Ме 0. Наружные половые органы сформированы по женскому типу, незначительная гипертрофия клитора.

Данные обследования:

Общий анализ крови: эр.  $4,0 \times 10^{12}/л$ , Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк.  $9,0 \times 10^9/л$ , баз. 0%, эоз. 0%, п/яд. 8%, с/яд. 65%, лимф. 19%, мон. 8%, СОЭ 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во 100,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1018, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 0-1 в п/зр., Эр. 0-1 в п/зр., эп.пл. 0-1 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 1. Анализ крови на серомукоиды: 0,20, на сиаловые кислоты 2,0 ммоль/л.

Электролиты сыворотки крови: К-2,7 ммоль/л, Na-156 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: общий белок-75 г/л, билирубин общий-13 мкмоль/л, холестерин - 7,1 ммоль/л, тимоловая проба 4 ЕД, сулемовая проба 1,8 мл, АлАТ-0,37 ммоль/л, АсАТ-0,42 ммоль/л, остаточный азот-19 ммоль/л, мочевины-6,5 ммоль/л, креатинин-44,25 мкмоль/л. Гликемический профиль: 8.00 - 5,5 ммоль/л, 10.00 - 7,6 ммоль/л, 14.00 - 5,1 ммоль/л. Пероральный глюкозотолерантный тест: 5,5 ммоль/л -7,7 ммоль/л.

Уровень гормонов крови: кортизол в 8.00 -1165 нмоль/л (N 83-580), СТГ-0,7 нг/мл (N 0,5-5,0), ТТГ 1,2 мкМЕ/л (N 0,7-4,5). Экскреция с мочей: 17-КС - 9,1 мг/сут (N 1-6), 17-ОКС - 13,3 мг/сут (N 1-5,6). Проба с дексаметазоном: до пробы 17-КС - 9,1 мг/сут, после пробы - 7,9 мг/сут. Анализ мочи на кетоновые тела: отрицательно.

Рентгеногр. черепа в 2-х проек.: форма черепа обычная. Турецкое седло не изменено.

Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: костный возраст соответствует 12 г.

УЗИ органов брюшной полости: почки размером 9,3 x 4,7 см, контуры ровные, четкие. Визуализируется объемное образование в области правого надпочечника.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. Составьте план диспансеризации.

**20. Задача № 20.** (Синдром Барде-Бидля).

Мальчик 8 лет. Жалобы: на избыточную массу тела, отставание в психическом развитии.

Анамнез болезни: имеет повышенную массу тела с первого года жизни, масса постепенно нарастает.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с гестозом в первой половине. Роды в срок, масса 3600г, длина 55 см. Начал сидеть в 6 мес, ходить к году. Отставание в умственном развитии было замечено к 1,5 годам. Наблюдается у невролога. Получал ноопропил, кавинтон, фезам. Привит. Детскими инфекционными болезнями не болел, травм и операций не было.

Наследственный анамнез: родственники не страдают избытком массы тела. Туберкулеза, венерических заболеваний в семье нет.

Объективный статус: сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно. Легко отвлекается. Словарный запас маленький. Доброжелателен. Подвержен резким сменам настроения. Телосложение гиперстеническое. Отложение жирового слоя равномерное. Рост 123 см, масса 38 кг. Нарушение осанки, сутулость. Мышечная масса развита слабо. Кожные покровы чистые, мраморные. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Аускультативно тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум с максимальной точкой звучания во 2-3 межреберье слева у грудины, ЧСС 86/минуту. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, увеличен в размере за счет избыточного жирового отложения, безболезненный. Край печени не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул: склонность к запорам. Дизурических явлений нет. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке. Вторичных половых признаков нет.

Данные обследования:

Общий анализ крови: эр.  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Нб 120 г/л, ц.п. 0,9, Лейк.  $6,0 \times 10^9/л$ , баз. 0%, эоз. 0%, п/яд. 8%, с/яд. 65%, лимф. 19%, мон. 8%, СОЭ 4 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во 300,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1018, сахар - нет, белок - нет, Лейк. 0-1 в п/зр., эп.пл. 0-1 в п/зр., цилиндр - нет, слизь - 1.

Биохимический анализ крови: общий белок-75 г/л, билирубин общий- 9,1 мкмоль/л, холестерин - 7,1 ммоль/л, тимоловая проба 4 ЕД, сулемовая проба 1,8 мл, АлАТ-0,47 ммоль/л, АсАТ-0,48 ммоль/л, остаточный азот-19 ммоль/л, мочевины- 6,5 ммоль/л, креатинин- 44,25 мкмоль/л, К-4,3 ммоль/л, Na-138 ммоль/л.

Пероральный глюкозотолерантный тест: 4,5 ммоль/л -7,7 ммоль/л.

Уровень гормонов крови: СТГ- 4,2 нг/мл (N до 10), ТТГ 3,2 мкМЕ/л (N 0,7-4,5), свободные фракции Т<sub>4</sub> 15 нмоль/ (N 10-26), Т<sub>3</sub> 5,5 пмоль/ (N 4,0-7,4), ЛГ 1,3 мМЕ/л (N 0,04-3,6), ФСГ 2,1 МЕ/л (N 0,3-4,6). Анализ мочи на кетоновые тела: отрицательно.

Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло не изменено.

Рентгенография кистей, лучезапястных суставов: костный возраст соответствует 7-8 годам.

Окулист: при офтальмоскопии - отложение пигмента на периферии сетчатки и в области соска зрительного нерва. DS: Пигментная дегенерация сетчатки.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. Составьте план диспансеризации.

#### **21. Задача № 21. (Острая надпочечниковая недостаточность)**

Мальчик 2-е сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, угрозы прерывания в 12 недель, на фоне внутриутробной гипоксии, роды срочные с обвитием пуповины. При рождении масса 2850г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: реакция на осмотр умеренно снижена. Двигательная активность снижена. Крик слабый, неэмоциональный. Голова долихоцефалической формы. Большой родничок 2х2см, на уровне костных краев. Голова отстает от туловища при



тракции за руки. Глазной симптоматики нет. Диффузная умеренная мышечная гипотония. Рефлексы Бабкина снижен, хватательный  $\pm$ , Робинсона  $-$ , рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижены, быстро угасают. Судорог при осмотре нет. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком. Подкожно-жировой слой снижен, истончен. Терморегуляция неустойчивая. Слизистые бледно-розового цвета. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно с обеих сторон. ЧСС 130/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

При обследовании: общий анализ крови Лейк.  $8,0 \times 10^9$ /л, Эр.  $6,18 \times 10^{12}$ /л, Hb-207 г/л, э-2%, п/я-6, с/я-50, л-36, м-6, СОЭ 2 мм/ч. Электролиты крови К 6,4 ммоль/л, Na 124 ммоль/л. ЭКГ: удлинен интервал PQ, зубец T высокий, заостренный. УЗИ органов брюшной полости - признаки кровоизлияния в оба надпочечника.

1. Предположительный диагноз.
2. Необходимые дополнительные обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

**22. Задача №22.** (Идеопатическое истинное преждевременное половое развитие).

Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез.

Анамнез жизни: ребенок от 2 беременностей, 1 родов, протекавших без патологии. Роды в срок. При рождении масса тела 3650 гр., длина 53 см. Молочные зубы начали прорезываться с 3,5 мес. Рост в 1 год 77 см, в 2 года 92 см. За последние 6 месяцев выросла на 6 см. Перенесённые заболевания: изредка ОРВИ. Привита по возрасту.

Семейный анамнез: эндокринной патологии в семье не выявлено. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.

Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Молочные железы несколько выдаются, околососковый кружок вместе с соском образуют конус, плотно-эластичной консистенции, безболезненные пальпаторно. Периферические лимфатические узлы 1 и 2-го размера, эластичные, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В лёгких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны ритмичные, отчетливые. ЧСС 115/минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен, регулярный. Мочепускание не нарушено. Наружные половые органы развиты в соответствии с паспортным возрастом по женскому типу. Антропометрия: рост 98 см, вес 17,5 кг.

Данные обследования:

Общий анализ крови: эр.  $4,6 \times 10^{12}$ /л, Hb 118 г/л, цп 0,9, лейкоц.  $4,5 \times 10^9$ /л, э-2%, п/я-5, с/я-45, л-44, м-4, СОЭ 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во 150,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция кислая, уд. вес 1019, белок - нет, лейкоц. 1-2 в п/зр., эр. 0 в п/зр., цилиндры - нет, слизи и солей - не обнаружено.

Анализ крови на сахар: сахар крови натощак 3,5 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: холестерин 4,5 ммоль/л, щелочная фосфатаза 5 ед., билирубин общий-9,8 мкмоль/л, прямой-2,0 мкмоль/л, непрямой-7,8 мкмоль/л, АлАТ-0,2 ммоль/л, АсАТ-0,3 ммоль/л, сулемовая проба-1,9 мл, тимоловая-2,2 ед.

Электролиты сыворотки крови: К 4,0 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, Ca 2,7 ммоль/л.

Протеинограмма крови: общий белок 65 г/л, альбумины 52 %, глобулины 48%: альфа1-5,6 %, альфа2-9,4 %, бета-15,1%, гамма-17,9%.

Анализ кала на яйца гельминтов - не обнаружены.

Уровень гормонов крови: ТТГ 2,1 мкМЕ/л, Т<sub>4</sub> 10 нмоль/л (N 10-26), Т<sub>3</sub> 5 нмоль/л (N 4-7,4), эстрадиол 56 пг/мл (N < 15), ЛГ 4,1 мМЕ/л (N 0,03-3,9), ФСГ 7,1 мМЕ/л (N 0,68-6,7).

Проба с гонадолиберином: усиление секреции ЛГ в 8 раз (N для препубертатного периода 2-4).

Рентгенография черепа в 2-х проекциях: форма черепа обычная. Турецкое седло малых размеров.

Рентгенография костей кистей, лучезапястных суставов: «костный возраст» соответствует 5 годам.

Окулист: Среды глаз прозрачны, глазное дно в норме.

1. Поставьте диагноз.
2. План дополнительного обследования.
3. Лечебная тактика.

**23. Задача № 23.** (Конституциональная задержка роста и пубертата).

Мальчик 13 лет. Жалобы: отставание в росте.

Анамнез болезни: до 10 лет не отставал от сверстников, имел возрастные параметры роста и веса. Потом постепенно стала нарастать разница в росте. Не появились вторичные половые признаки.

Анамнез жизни: от 3 беременности, вторых родов, протекавших без патологии. Родился без асфиксии. Масса 3200 г, длина 53 см. На первом году в развитии не отставал, не болел. Семья обеспеченная, в питании не ограничен.

Семейный анамнез: у отца вторичные половые признаки появились к 15-ти годам. Родители среднего роста. Туберкулёза, венерических заболеваний нет.

Статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожа и слизистые чистые. В зеве без воспалительных изменений. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы и тоны сердца сохранены. ЧСС 72 в 1 минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот симметрично участвует в дыхании. Пальпация поверхностная и глубокая безболезненна. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформлен. Половые органы по мужскому типу, сформированы правильно. Формула полового созревания P 0, Ax 0, I 0. Размер яичек 9,0 см x 1,5 см. Антропометрия: рост 139 см, вес 32 кг.

Данные обследования:

Общий анализ крови: Эр  $4,8 \times 10^{12}/л$ , Нб 130 г/л, Ц.п. 0,95, Лейк.  $6,0 \times 10^9/л$ , э- 2%, п/я-3, с/я-49, л-37 м-10, СОЭ 6 мм/час, тромбоциты  $320 \times 10^9/л$ .

Общий анализ мочи: Уд.вес 1019, белка нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, К А/Г=1,4, остаточный азот 20,0 ммоль/л, мочевины 4,3 ммоль/л, глюкоза крови натощак 3,8 ммоль/л. Фосфор неорганический 1,6 ммоль/л (N 1,45-1,78), кальций общий 2,8 ммоль/л, калий 4,0 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л.

Тестостерон сыворотке крови: 0,7 нмоль/л (N 0,7-2,43 к 13 годам). После пробы с ХГ - уровень 1,4 нмоль/л.

Уровень гормонов крови: ЛГ - 0,09 мМЕ/м (N 0,26-48), ФСГ - 0,4 мМЕ/мл (N 0,3- 4,6), ТТГ - 2,8 мкМЕ/л, Т<sub>4</sub> 15 нмоль/л (N 10-26), Т<sub>3</sub> 6,2 нмоль/л (N 4-7,4), СТГ - 5,1 нг/мл.

Рентгенография кисти с лучезапястным суставом: появился шиловидный отросток локтевого эпифиза, гороховидная кость отсутствует.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансеризации.

**24. Задача № 24.** (Врожденная гиперплазия коры надпочечников (АГС), сольтеряющая форма).

Девочка 2 месяца. Жалобы: на неправильное строение наружных половых органов, рвоту, срыгивания, плохую прибавку в весе.

Анамнез заболевания: с рождения, определяется неправильное строение наружных половых органов. Девочка часто срыгивала, со 2-й недели необильная рвота, аппетит снижен. Общая прибавка в массе за 2 месяца 250 гр. Периодически возникает жидкий стул до 5-6 раз в сутки.

Анамнез жизни: от 1-й беременности на фоне токсикоза первой половины, с нефропатией. Роды в срок, вес при рождении 3200 гр., закричала сразу.

Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Грудь на 2-е сутки взяла вяло, сосала неактивно, докармливалась сцеженным молоком. Часто срыгивала. БЦЖ в род.доме. Выписана на 10-й день с массой 3100 гр. Дома беспокойна, часто плачет, сосет вяло. В участились срыгивания и рвота.

Наследственный анамнез: родители молодые, здоровы. У бабушки по линии матери гипертоническая болезнь, у дедушки по линии отца - почечно-каменная болезнь. Двоюродный брат девочки по линии отца умер в возрасте 1 месяц при явлениях токсической диспепсии. Остальные родственники здоровы.

Объективный статус: общее состояние тяжелое, температура тела 36<sup>0</sup>С. В сознании, адинамична. Правильного телосложения, резко сниженного питания. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, конечностях, сохранен на лице. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Масса 3450 гр., рост 58 см., окружность головы 48 см., окружность груди 40см. Костная система без патологии, большой родничок 2,0x1,5см., края плотные. Тонус мышц умеренно снижен, голову не держит. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно ясный легочный звук, число дыханий 38 в мин. Границы сердечной тупости несколько расширены влево. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 132 в мин. Выслушивается

систолический шум на верхушке сердца, короткий, за пределы сердца не проводится. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех областях. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника активная. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Моча светлая. Наружные половые органы гермафродитного типа - пенисообразный клитор с головкой и крайней плотью. Большие половые губы мошонкообразные, яички не пальпируются. Неврологический статус: патологических рефлексов нет, физиологические рефлексы резко снижены, сосание и глотание не нарушены.

Данные обследования: Общий анализ крови: эр.  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Нв 119 г/л, цп 0,87, лейкоц.  $10,0 \times 10^9/л$ , э-5%, п/я-4%, с/я-23%, л-60%, м-8%, СОЭ 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: кол-во 30,0 мл., цвет с/ж, прозрачная, р-ция щелочная, уд. вес 1018, белок- нет, Лейк. 1-2 в п/зр., Эр. 0 в п/зр., цилиндр-нет.

Биохимические показатели крови: глюкоза натощак 3,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 4,0 ммоль/л, холестерин 1,7 ммоль/л (N 1,56-2,99), билирубин общий-12,5 ммоль/л, прямой-2,5ммоль/л, непрямо-10,0 ммоль/л, АлАТ-0,41 ммоль/л, АсАТ-0,5 ммоль/л, сулемовая проба 1,6мл, тимоловая-2,0 ед, К-5,9 ммоль/л (N 4,1-5,7), Na-125 ммоль/л (N 133-142), Cl -90 ммоль/л(N 95-110). Уровень гормонов крови: андростендион - 6,4 нмоль/л (N 0,2-2,4), 17-ОПГ (17-гидроксипрогестерон) 4,5 нмоль/л (N 0,1-2,7).Суточная экскреция с мочей: 17-ОКС-0,7 мг/сут (N 0,5-1,0), уровень альдостерона 0,27 ммоль/сут (N 0,67-1,67), 17-КС - 5,1 мг/сут (N до 2), Проба с преднизолоном: 17-КС в моче до пробы- 5,1 мг/сут, после пробы 2,3 мг/сут. Половой хроматин в буккальном мазке: 30% хроматинположительных ядер.Рентгенография кисти, лучезапястных суставов: произошло окостенение головчатой, крючковидной костей.Рентгенография черепа в 2-х проекциях: турецкое седло не изменено. Швы, малый родничок закрыты. Сосудистый рисунок и рисунок пальцевых вдавлений без патологии.Пневмосупраренография: умеренная гиперплазия обоих надпочечников.Кариотип: 46,XX.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. Составьте план диспансеризации.
5. Прогноз.

## 25. Задача № 25. (Синдром Клайнфельтера).

Мальчик 17 лет.

При осмотре рост 195 см, масса 95. Телосложение евнухоидное. Непропорционально длинные конечности, узкая грудная клетка. Мускулатура развита слабо. Отложение жира по женскому типу. Гинекомастия. Скудное оволосение лица, подмышечных впадин.

Соматический статус без особенностей. Половые органы сформированы по мужскому типу. Половой член небольшой, дряблый. Яички небольшие, плотные, безболезненные. При обследовании: уровень глюкозы натощак 6,2 ммоль/л, кариотип 47,XXY.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие исследования требуется провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение.

**26. Задача № 26.** (Врожденный первичный гипотиреоз)

Девочка К, 3 недели. Поступила в стационар с диагнозом: затянувшаяся желтуха у доношенного ребенка. Мать Rh-положительная? группа крови матери II(A), ребенка- I(0). Непрямой билирубин ребенка при поступлении-80 мкмоль/л, анемии и ретикулоцитоза нет. На осмотре: вялость, расхождение прямых мышц живота, большой живот. Печень увеличена на 3,5 см. Нос седловидный, широкое расстояние между глазами, короткие толстые пальцы, язык не помещается во рту. Голос грубый, осиплый. Череп больших размеров, роднички открыты. Отмечается брадикардия.

1. Назовите факторы риска, патогенез заболевания.
2. Какие ведущие клинические симптомы при осмотре ребенка.
3. Обоснуйте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
5. Назначьте лечение.
6. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.

**27. Задача № 27.** (Синдром новорожденного от матери с гестационным диабетом)

Мальчик Т. Был извлечен на 39-40 неделе беременности путем операции кесарева сечения. Предпринятой без родовой деятельности в связи с рубцом на матке у женщины, страдающей ожирением и гестационным сахарным диабетом с 28 неделе беременности. Беременность вторая, протекала с умеренным повышением АД с 31-32 недели, отмечались отеки, белок в моче, многоводие. Масса тела ребенка 4000 г, рост 51 см. оценка по шкале Апгар 8 баллов. При осмотре отмечались: диспропорциональное телосложение, яркая окраска кожных покровов, периферический цианоз, пастозность, выраженное лануго. Через час у ребенка отмечено снижение мышечного тонуса, физиологических рефлексов, появление тремора конечностей, повышенная возбудимость, приглушенность сердечных тонов, одышка до 70 в минуту. Живот округлой формы, печень +3,0 см из-под реберного края.

1. Назовите факторы риска, патогенез заболевания.
2. Какие ведущие клинические симптомы при осмотре ребенка.
3. Обоснуйте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
5. Назначьте лечение.
6. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.

**28. Задача № 28.** (Синдром новорожденного от матери, страдающей диабетом)

Новорожденная Д. от матери, страдающей сахарным диабетом 1 типа. Родилась без асфиксии,. масса при рождении- 4200 г. При осмотре отмечались: диспропорциональное телосложение, периферический цианоз, пастозность, лануго. Периодический тремор конечностей, снижение двигательной-рефлекторной возбудимости. Аускультивно сердечные тоны приглушенны, ритмичные, чсс-130 в минуту. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, чд-50 в минуту. Живот округлой формы, печень +3,0 см из-под реберного края. Стул-меконий.

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
3. Каких нарушений в углеводном обмене можно ожидать у данного ребенка?
4. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.

**29. Задача № 29.** (Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма)

Мальчик, 14 дней, от 5-й беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась рождением здорового ребенка, вторая и третья беременности – мед. абортами, четвертая - выкидышем в 10 недель. Настоящая беременность протекала с ранним гестозом, во втором триместре беременности мать лечилась в стационаре по поводу угрозы выкидыша. Роды с родостимуляцией. Ребенок закричал сразу, масса тела при рождении 4150,0 г, длина 52 см, к груди приложен на 3 сутки. Сосал удовлетворительно, но обильно срыгивал. Масса тела на 7-й день жизни 3850,0. Ребенок был переведен в стационар на 12-й день жизни при явлениях нарастания эксикоза и токсикоза. При поступлении масса тела 3030,0 г. Состояние ребенка тяжелое, крик слабый. Подкожно-жировой слой отсутствует, кожа сухая, морщинистая. Страдальческое выражение лица. Запавшие глаза, "синева" под глазами. Живот умеренно вздут, с выраженной венозной сетью. Печень и селезенка увеличены. Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, половой член несколько увеличен в размерах, пигментация мошонки усилена. Мышечная гипотония. Рефлексы угнетены. Тремор рук. Стул 8 раз в сутки, разжижен.

Клинический анализ крови: Нб - 234 г/л, Л –  $10,0 \times 10^9$  /л, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные- 48%, лимфоциты- 40%, моноциты- 7%, СОЭ 4 мм/ч,

КОС: рН - 7,30, рСО<sub>2</sub> - 36 мм. рт. ст., ВЕ - 7 ммоль/л,

Биохимический анализ крови: К - 8,4 ммоль/л, Na - 80 ммоль/л.

Суточная экскреция 17-КС с мочой - 3,2 мг/сут.

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

**30. Задача № 30.** (Врожденный гипотиреоз)

При патронаже 2-недельного ребёнка мама жалуется на наличие у него запора, желтухи, вялости и сонливости.

Из анамнеза известно: ребёнок родился от матери 30 лет, от 2 беременности, 1 родов, 1 беременность - искусственный аборт, на учете с 10 недель. На 8-й неделе беременности мать болела гриппом. Роды срочные в 41 неделю. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов, состояние при рождении средней тяжести. Масса тела ребенка при рождении 4000 г, длина 55 см.

При осмотре: двигательная активность снижена, ребенок вялый, голова округлая, малый родничок 0,5×0,5 см, большой 2,5×3 см, тургор тканей повышен, легкая желтушность, отмечается отечность лица и туловища, вздутый живот, умеренная брадикардия у спящего ребёнка.

Результаты неонатального скрининга, проведенного в роддоме: ТТГ - 30 мМЕ/л, Т4 - 70 нмоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз данному ребенку.
2. Опишите патогенез данного состояния.
3. Укажите диагностические критерии.
4. Назначьте лечение. Определите прогноз.
5. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

### 1.Тест

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

### 2.Ситуационная задача

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

### 3.Контрольная работа

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

### 4.Собеседование

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

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Детская эндокринология»**

Формируемые компетенции по ФГОС		T – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-100	1-30	1-30	1-31	
ПК	1	3,5,7,9,11,12,18,20,35-44,55,56,59-62,65-69,72-78,82,84,90-100	1-30	1,3,5,7,9 11-30	1-3, 11-24, 26-31	
	2	15,24,37,47,49,64,78,96	1-30	1,11-30	1,3, 11-31	
	4	1,2,34,46,57	-	1,11-23	1-3, 13-24, 26	
	5	3-21,23-32,36,37,39-43,45-48,55,56,60-63,65-69,72-82,84-100	1-30	11-21	3-24, 26,31	
	6	21,22,33-38,44,47,49-54,57-59,63,64,70,71,83,85,87,92,94.98,100	1-30	9-29	7-24, 26-31	
	8	22,33-36,38,44,49-54,57-59,64,70,71,83,99	1-30	1, 7,10-30	1-3, 14-24, 26	
	9	43,47,59,72,87	1-30	6,9,21-30	1-3, 11-24, 26,31	
	10	1,2	-	1	1-3	

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Детская неврология»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.1</b></p> <p>Раздел 1 «Общие вопросы детской неврологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Филогенез нервной системы.</li> <li>2. Обзор строения головного и спинного мозга.</li> <li>3. Онтогенез нервной системы, роль факторов внешней среды в формировании поражений нервной системы у детей раннего возраста.</li> <li>4. Общий принцип функционирования нервной системы.</li> <li>5. Основные периоды функционального развития ребенка.</li> <li>6. Анатомия пирамидной системы. Функции и роль пирамидной системы в организации движений.</li> <li>7. Симптомы поражения пирамидного пути, особенности клинической картины в зависимости от локализации патологического процесса.</li> <li>8. Дифференциальная диагностика различных видов парезов и параличей.</li> <li>9. Виды и примеры заболеваний, протекающих с поражением пирамидной системы.</li> <li>10. Методы исследования двигательных функций у взрослых и детей.</li> <li>11. Дополнительные (инструментальные и лабораторные) методы выявления пирамидных нарушений.</li> <li>12. Строение экстрапирамидной системы. Функции и роль экстрапирамидной системы в организации движений.</li> <li>13. Стриарный синдром: клиника, классификация гиперкинезов.</li> </ol>
---	---

	<p>14. Паллидарный синдром: клиника, дифференциальная диагностика мышечного гипертонуса.</p> <p>15. Методы исследования экстрапирамидной системы у взрослых и детей.</p> <p>16. Виды чувствительности. Пути поверхностной и глубокой чувствительности.</p> <p>17. Типы нарушения чувствительности по территориям.</p> <p>18. Виды и примеры заболеваний, протекающих с нарушениями чувствительности.</p> <p>19. Методы исследования чувствительности у детей.</p> <p>20. Выявление симптомов натяжения.</p> <p>21. Локализация функций в коре больших полушарий, топическая диагностика корковых поражений.</p> <p>22. Основные симптомы поражения различных долей коры головного мозга.</p> <p>23. Гнозис, праксис, речь, память, мышление – расстройства и методы исследования у детей.</p> <p>24. Виды и примеры заболеваний, протекающих с нарушениями высшей нервной деятельности.</p> <p>25. Виды нарушений речи у детей.</p> <p>26. Анатомия, функции, симптомы поражения (по центральному и периферическому типам, одно- и двухстороннее поражение) черепно-мозговых нервов (I-XII пары).</p> <p>27. Методы исследования черепно-мозговых нервов (I-XII пары) у детей различного возраста.</p> <p>28. Бульбарный и псевдобульбарный параличи: клиника и дифференциальная диагностика.</p> <p>29. Неврит лицевого нерва (этиология, патогенез, клиника и врачебная тактика).</p> <p>30. Классификация и дифференциальная диагностика кривошеи у детей.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.2</b></p> <p>Раздел «Клиническая неврология»</p>	<p>2</p> <p>31. Прегравидарная профилактика поражений нервной системы плода.</p> <p>32. Этапы внутриутробного развития плода.</p> <p>33. Факторы риска повреждения плода (акушерские, биологические, генетические, экологические).</p> <p>34. Пренатальная диагностика и оценка состояния плода. Инвазивные методы пренатальной диагностики, ультразвуковая диагностика плода, лабораторные методы оценки состояния плода.</p> <p>35. Фетоплацентарная недостаточность.</p> <p>36. Врожденные пороки развития нервной системы плода (грыжи, микроцефалия, гидроцефалия, краниостеноз и др. пороки развития): этиология, патогенез, клиническая характеристика, диагностика (клинические данные и дополнительные методы исследования) и врачебная тактика.</p> <p>37. Клиническая синдромология вирусных и бактериальных инфекций, вызывающих заболевание плода и новорожденного.</p> <p>38. Педиатрические аспекты дородовой охраны здоровья ребенка (дородовый педиатрический патронаж).</p> <p>39. Этиология и факторы риска перинатальных поражений нервной системы у плода и новорожденного.</p> <p>40. Классификация перинатальных поражений нервной системы у плода и новорожденного.</p> <p>41. Гипоксическое поражение центральной нервной системы у новорожденного. Клиническая картина церебральной ишемии. Внутричерепные кровоизлияния гипоксического генеза.</p> <p>42. Травматические поражения нервной системы у новорожденных. Внутричерепная родовая травма. Родовая травма спинного мозга. Родовая травма периферической нервной системы.</p> <p>43. Дисметаболические и токсико-метаболические нарушения центральной нервной системы у новорожденных.</p> <p>44. Поражения центральной нервной системы при инфекционных заболеваниях перинатального периода.</p> <p>45. Классификация клинических синдромов периода формирования неврологического дефекта при перинатальных поражениях центральной нервной системы.</p>



	<p>46. Клиническая картина синдромов перинатального поражения нервной системы у новорожденных в остром и восстановительном периодах.</p> <p>47. Методы обследования новорожденных с перинатальными поражениями нервной системы.</p> <p>48. Принципы лечения детей с перинатальными поражениями нервной системы в остром и восстановительном периодах.</p> <p>49. Этиология, патогенез детского церебрального паралича.</p> <p>50. Факторы риска, прогнозирование развития детского церебрального паралича.</p> <p>51. Классификация детского церебрального паралича по МКБ-10.</p> <p>52. Классификация детского церебрального паралича по течению заболевания.</p> <p>53. Синдромологическая структура, клиника синдромов детского церебрального паралича.</p> <p>54. Дифференциальный диагноз детского церебрального паралича.</p> <p>55. Методы обследования детей с детским церебральным параличом.</p> <p>56. Лечение детей с детским церебральным параличом на ранней стадии заболевания.</p> <p>57. Лечение детей с детским церебральным параличом в хронически-резидуальной стадии.</p> <p>58. Инновационные технологии в реабилитации детей с детским церебральным параличом.</p> <p>59. Роль нейрофармакологии в лечении и реабилитации детей с детским церебральным параличом.</p> <p>60. Этиология, патогенез эпилепсии.</p> <p>61. Современная классификация эпилептических пароксизмов.</p> <p>62. Парциальные приступы, клиническая картина.</p> <p>63. Генерализованные приступы, клиническая картина.</p> <p>64. Эпилептические синдромы (Веста, Леннокса-Гастро и др.). Клиническая картина, лечение, прогноз заболевания.</p> <p>65. Фебрильные судороги. Тактика ведения.</p> <p>66. Основные принципы лечения эпилепсии.</p> <p>67. Эпилептический статус. Неотложная помощь.</p> <p>68. Синкопальные состояния у детей, дифференциальная диагностика.</p> <p>69. Аффективно-респираторные и псевдоэпилептические приступы.</p> <p>70. Неэпилептические пароксизмы сна.</p>
--	--

### **Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.1</b></p> <p>Раздел 1 «Общие вопросы детской неврологии»</p>	<p>1. Выберите из перечисленных симптомов признак раздражения передней центральной извилины:</p> <p>а) Фибриллярные подергивания</p> <p>б) <b>Тонико-клонические судороги</b></p> <p>в) Фасцикулярные подергивания</p> <p>2. Где расположены клетки центрального двигательного нейрона:</p> <p>а) Передние рога спинного мозга</p> <p>б) Верхняя теменная доля</p> <p>в) Ножки мозга</p> <p>г) Внутренняя капсула,</p> <p>д) <b>Передняя центральная извилина</b></p> <p>3. Где проходит основной пирамидный путь в спинном мозге:</p> <p>а) <b>Передние рога</b></p> <p>б) Боковые столбы</p> <p>в) Задние столбы</p> <p>г) Передняя серая спайка</p> <p>4. Какой из перечисленных симптомов признаков наблюдается при поражении клеток передних рогов спинного мозга:</p> <p>а) Клонические судороги</p>
---	--

**б) Фасцикулярные подергивания**

- в) Тонические судороги
- г) Миоклонии

5. Укажите, какой из перечисленных симптомов характерен для поражения внутренней капсулы:

- а) монопарез
- б) гемипарез**
- в) парапарез
- г) альтернирующий синдром

6. Укажите, какой из перечисленных симптомов не наблюдается при поражении центрального двигательного нейрона:

- а) спастический тонус
- б) гиперрефлексия
- в) фасцикулярные подергивания**
- г) патологические рефлексы
- д) клонусы стоп и коленных чашечек

7. Укажите, какой из перечисленных симптомов не наблюдается при поражении периферического двигательного нейрона:

- а) гипотония мышц
- б) фибриллярные подергивания
- в) фасцикулярные подергивания
- г) гипотрофия мышц
- д) клонусы стоп и коленных чашечек**

8. Укажите, какой из перечисленных симптомов характерен для поражения переднего корешка спинного мозга:

- а) повышение сухожильных рефлексов
- б) фасцикулярные подергивания**
- в) патологические рефлексы

9. Укажите, какой из перечисленных симптомов наблюдается при поражении ствола мозга:

- а) альтернирующие синдромы**
- б) гемиплегия + гемианестезия + гемианопсия + центральный парез VII и XII черепных нервов
- в) спастическая моноплегия

10. Укажите, поражение какого анатомического образования не нарушит целостность кортикоспинального пути:

- а) Боковые столбы спинного мозга
- б) Ножки мозга
- в) Лучистый венец
- г) Мозолистое тело**

11. Укажите, какой из перечисленных симптомов не характерен для двухстороннего поражения пирамидных путей в грудном отделе:

- а) Спастический тонус,
- б) Клонусы стоп,
- в) Отсутствие коленных и ахилловых рефлексов**
- г) Парез нижних конечностей

12. Какое из перечисленных анатомических образований не относится к экстрапирамидной системе:

- а) Прецентральная область коры**
- б) Базальные ганглии
- в) Мозжечок
- г) Островок

13. Какой из перечисленных симптомов не характерен для паркинсонизма:

- а) Ригидность мышц

**б) Интенционное дрожание**

- в) Тремор
- г) Брадилалия

14. Какой вид нарушения координации движений возникает при поражении червя мозжечка:

**а) Статическая атаксия**

- б) Динамическая атаксия
- в) Сенситивная атаксия

15. Какое расстройство речи возникает при поражении паллидо-нигральной системы:

- а) Дизартрия

**б) Тихая, монотонная**

- в) Скандированная
- г) Афония

16. Как нарушается походка при поражении паллидо-нигральной системы:

- а) Спастическая
- б) Спастико-атактическая
- в) Гемипаретическая

**г) Шаркающая, мелкими шажками**

17. Какое из перечисленных названий не относится к гиперкинезам:

- а) Хорея
- б) Гемибаллизм
- в) Адиадохокинез
- г) Торсионный спазм**
- д) Миоклония

18. Укажите, какие расстройства речи возникают при поражении паллидо-нигральной системы, лобной и височной долей:

- а) Скандированная речь
- б) Афония
- в) Дизартрия
- г) Брадилалия**

19. Укажите, при поражении какой пары ЧМН наблюдается птоз:

- а) VI
- б) V
- в) III**

20. Укажите, при поражении, каких пар ЧМН возникает дисфагия:

- а) V
- б) VII
- в) X**
- г) XI

21. Укажите, при поражении, каких пар ЧМН возникает дизартрия:

- а) IV
- б) VII
- в) XII**
- г) XI

22. Укажите, при поражении, каких пар ЧМН не возникает диплопия:

- а) III
- б) VII**
- в) VI
- г) IV

23. Укажите, какой нерв осуществляет иннервацию сфинктера зрачка:

- а) III**
- б) VI
- в) IV

	<p>24. Укажите, при поражении, каких пар ЧМН возникает лагофтальм:  а) V  <b>б) VII</b>  в) X  г) XI</p> <p>25. Какие из перечисленных признаков не характерны для поражения лицевого нерва:  а) Сглаженность лобных и носогубных складок  б) Лагофтальм  в) Гиперакузия  <b>г) Дисфагия</b></p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.2</b>  Раздел  «Клиническая  неврология»</p>	<p>26. Врожденная гидроцефалия обусловлена:  <b>а) нарушением формирования ликворной системы</b>  б) блоком в ликворных путях  в) нарушением всасывания в пахионовых грануляциях  г) гиперпродукцией цереброспинальной жидкости</p> <p>27. Порэнцефалия возникает в результате:  <b>а) нарушения процессов клеточной миграции</b>  б) гипоксии плода  в) наследственного фактора  г) токсического воздействия</p> <p>28. Наиболее характерно для врожденной краснухи осложнение:  <b>а) хориоретинит;</b>  б) катаракта;  в) миокардит;  г) геморрагический синдром;  д) туберозный склероз.</p> <p>29. Клиническую картину при внутриутробных инфекциях в большей степени определяет:  <b>а) сроки внутриутробного поражения;</b>  б) токсичность возбудителя;  в) путь проникновения инфекции;  г) состояния реактивности организма плода;  д) ни один из перечисленных.</p> <p>30. При врожденной герпетической инфекции развитие менингоэнцефалита:  <b>а) характерно</b>  б) не характерно</p> <p>31. Катаракта, микрофтальмия, врожденные пороки сердца и глухота характерны для врожденной инфекции, вызванной:  а) вирусом герпеса  б) цитомегаловирусом  <b>в) вирусом краснухи</b>  г) листерией</p> <p>32. Источник инфекции при герпетической инфекции:  <b>а) человек</b>  б) человек и животное  в) животное  г) птицы  д) насекомое</p> <p>33. Герпес новорожденных возникает в результате внутриутробного инфицирования вирусом:  а) герпес типа 1</p>

- б) герпес типа 2**
- в) герпес типа 1 и 2
- г) вирус Эпштейн-Барр
- д) цитомегаловирус

34. К осложнениям краснухи относятся:

- а) нефрит
- б) круп
- в) пневмония
- г) отит
- д) энцефалит**

35. Существует ли опасность заражения плода токсоплазмозом при хроническом латентной токсоплазмозной инфекции:

- а) да**
- б) нет

36. Акушерский парез типа Эрба-Дюшена характеризуется:

- а) парезом дистального отдела ноги
- б) периферическим парезом ног
- в) центральным монопарезом руки
- г) периферическим парезом проксимального отдела руки**

37. Акушерский парез типа Дежерин-Клюмпке характеризуется:

- а) центральным монопарезом ноги
- б) центральным парезом руки
- в) периферическим парезом дистального отдела руки**
- г) периферическим парезом дистального отдела ноги

38. Родовая травма спинного мозга возникает вследствие:

- а) хронической гипоксии
- б) острой асфиксии
- в) механического повреждения**
- г) токсического воздействия

39. Родовая травма периферической нервной системы приводит к развитию:

- а) центрального монопареза
- б) центрального тетрапареза
- в) периферического пареза**
- г) неонатальных судорог

40. Перинатальное поражение нервной системы легкой степени характеризуется всеми указанными синдромами кроме:

- а) гиперактивности
- б) вегетативных дисфункций
- в) висцеральных дисфункций
- г) повышенной сонливости
- д) судорожного**

41. Перинатальное поражение нервной системы средней степени тяжести характеризуется всеми указанными синдромами кроме:

- а) повышения внутричерепного давления
- б) гидроцефального
- в) судорожного
- г) гиперактивности
- д) коматозного**

42. Основными маркерами неблагоприятного течения пренатального периода являются

- а) малые росто-весовые показатели
- б) стигмы дизэмбриогенеза
- в) гиперактивность

- г) нарушения сна  
д) **эпилептические приступы**
43. Острый период перинатальных поражений нервной системы клинически проявляется:  
а) отставанием в двигательном развитии  
б) **гипервозбудимостью**  
в) **вегетативно-висцеральными расстройствами**  
г) микроцефалией  
д) эпилептическими приступами
44. Восстановительный период перинатальных поражений нервной системы клинически наиболее часто проявляется:  
а) **отставанием в двигательном развитии**  
б) снижением интеллекта  
в) вегетативно-висцеральными расстройствами  
г) микроцефалией  
д) эпилептическими припадками
45. Клиническими проявлениями минимальных мозговых дисфункций является все, кроме:  
а) гипервозбудимость  
б) гиперкинезы  
в) **эпилептические припадки**  
г) дислалии  
д) задержка интеллектуального развития
46. При наличии у новорожденного тяжелой билирубиновой энцефалопатии возможно формирование:  
а) **гиперкинетической формы детского церебрального паралича**  
б) микроцефалии  
в) симптоматической эпилепсии  
г) прогрессирующей гидроцефалии  
д) снижения интеллекта
47. К клиническим формам ДЦП относится:  
а) гипотонически-гиперкинетическая  
б) гипертонически-гиперкинетическая  
в) **гемиплегическая**
48. При спастической диплегии выявляется:  
а) атонически-астатический синдром  
б) центральный гемипарез  
в) **центральный нижний парепарез**  
г) гипертонически-гиперкинетический синдром
49. Для гемиплегической формы ДЦП характерен:  
а) гипертонически-гиперкинетический синдром  
б) **центральный гемипарез**  
в) центральный тетрапарез преобладающий в руках  
г) центральный нижний парепарез  
д) атонически-астатический синдром
50. Для двойной гемиплегической формы ДЦП характерен:  
а) центральный нижний парепарез  
б) центральный гемипарез  
в) **центральный тетрапарез**  
г) атонически-астатический синдром  
д) гипертонически-гиперкинетический синдром
51. Слабость в только в нижних конечностях, с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов в них, патологическими стопными рефлексам с двух сторон, характерна для:

	<p>а) ДЦП, двойная гемиплегическая форма <b>б) ДЦП, диплегическая форма</b> в) ДЦП, гемипаретическая форма</p> <p>52. Слабость во всех конечностях, с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами с двух сторон, характерна для: а) ДЦП, диплегическая форма б) ДЦП, гемипаретическая форма <b>в) ДЦП, двойная гемиплегическая форма</b></p> <p>53. Слабость в правых конечностях, с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами с одноименной стороны, сохраненной чувствительностью, характерна для: а) ДЦП, диплегическая форма <b>б) ДЦП, гемипаретическая форма</b> в) ДЦП, двойная гемиплегическая форма</p> <p>54. Для коррекции патологической мышечной спастичности используется ГАМК-ергический препарат: <b>а) баклофен</b> б) фенибут в) пантогам г) натрия оксibuтират</p> <p>55. Для уточнения локализации поражения при центральном парезе конечности наиболее информативна: <b>а) магнитно-резонансная томография головы</b> б) игольчатая электромиография в) биопсия периферического нерва г) биопсия мышц</p> <p>56. Лечение эпилепсии следует начинать с: <b>а) монотерапии</b> б) политерапии</p> <p>57. Отмена противоэпилептической терапии осуществляется: а) только после полной нормализации ЭЭГ <b>б) спустя 3-5 лет после клинической ремиссии</b> в) спустя более 5 лет после клинической ремиссии</p> <p>58. Какой из перечисленных симптомов возникает при раздражении клеток передней центральной извилины: а) метаморфопсии, <b>б) джексоновская эпилепсия</b> в) «Словесный салат»</p> <p>59. Какой симптом не характерен для поражения и раздражения передней центральной извилины: а) монопарез б) гемипарез в) джексоновская эпилепсия <b>г) спастический парепарез</b></p> <p>60. Где локализуется очаг поражения при моторной афазии: <b>а) височная доля</b> б) затылочная доля в) лобная доля г) Нижняя теменная доля</p> <p>61. Какой симптом не характерен для локализации очага в задней центральной извилине: а) моноанестезия</p>
--	---

	<p><b>б) гемипарез</b>  в) джексоновская эпилепсия  г) анозогнозия</p> <p>62. Какой симптом не характерен для локализации очага в левой лобной доле:  <b>а) моторная афазия</b>  б) атаксия  в) нарушение психики  г) псевдомелия  д) аграфия</p> <p>63. При локализации очага в какой доле мозга у больных возникают ощущения уже виденного или никогда не виденного:  а) теменная доля  б) затылочная доля  в) лобная доля  <b>г) височная доля</b></p> <p>64. Какое из перечисленных состояний не относится к пароксизмальным нарушениям схемы тела:  а) псевдомелия  б) аутогнозия  <b>в) агнозия на лица</b></p> <p>65. Какой симптом не характерен для локализации очага в затылочной доле:  а) амавроз  б) квадрантная гемианопсия  в) фотопсия  <b>г) утрата фотореакций</b></p>
--	--

### **Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.1</b></p> <p>Раздел 1 «Общие вопросы детской неврологии»</p>	<p>Задача 1.  У пришедшего на амбулаторный прием пациента снижена до 3 баллов мышечная сила в правой руке, гипотония, атрофия, фибриллярные подергивания в мышцах, Не вызываются сухожильные и периостальные рефлексy с руки.  Поставьте топический диагноз.</p> <p>Задача 2.  У больной отсутствуют активные движения в ногах. Тонус мышц высокий. Клонус надколенников и стоп. Коленные и ахилловы рефлексy повышены. Положительные рефлексy Бабинского и Россолимо. Ниже паховых складок утрачены все виды чувствительности (по проводниковому типу). Отмечена задержка мочи и стула.  Поставить топический диагноз.</p> <p>Задача 3.  Пациентка предъявляет жалобы на мучительные стреляющие боли в ногах, в области промежности. Боли усиливаются при кашле. Отсутствуют активные движения в ногах, отмечаются снижение мышечного тонуса и атрофия мышц ног. Снижение поверхностной чувствительности на ногах и в области промежности. Коленные, ахилловы, подошвенные, анальный, кремастерный рефлексy не вызываются. Патологических рефлексов нет. Отмечается недержание мочи и кала.  Поставить топический диагноз.</p> <p>Задача 4.  Больной жалуется на пошатывание влево при ходьбе. При осмотре обнаружена атаксия в левых конечностях, снижение мышечного тонуса в них, пошатывание в позе Ромберга влево, скандированная речь.  Поставить топический диагноз.</p>
---	---



	<p>Задача 5. Родители заметили, что их 15-летняя дочь быстро устаёт, появилась неряшливость. Учительница девочки обратила внимание родителей на изменение почерка у их дочери. На приеме у невролога пациентка поднимает брови, открывает и закрывает глаза и рот, пожимает плечами, при ходьбе подпрыгивает. Непроизвольные движения исчезают во сне. При объективном обследовании высунутый язык удержать не может, речь смазана, все произвольные движения быстрые, размашистые, не стереотипны, непрерывно сменяют друг друга, отмечаются гипотония и гипорефлексия. Для какого синдрома характерны описанные симптомы? Где располагается очаг поражения?</p> <p>Задача 6. У больного обнаруживается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок влево. Походка шаткая, больной ходит, широко расставив ноги, шатание усиливается при поворотах, особенно вправо. При пробе Ромберга падает в правую сторону. Отмечается промахивание и интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой и указательной проб справа, не может выполнить пяточно-коленную пробу правой ногой, изменение почерка (мегалография). Снижен тонус правой руки и ноги. Суставно-мышечное чувство сохранено, парезов конечностей нет. Поставить топический диагноз.</p> <p>Задача 7. У больного наблюдается справа, паралич мимической мускулатуры: опущен угол рта, сглажена носогубная складка, рот перекошен влево, расширена глазная щель, лагофтальм, не наморщивается лоб на этой стороне, симптом Белла. Слезотечение из правого глаза. Слух и вкус сохранены. Поставить топический диагноз.</p> <p>Задача 8. У больного наблюдается справа паралич всех мимических мышц: резко опущен угол рта, сглажена носогубная складка, расширена глазная щель, лагофтальм, симптом Белла, при наморщивании лба складки не образуются на этой стороне. Слезотечение из правого глаза. Утрачен вкус на передних 2/3 правой половине языка. Слух сохранен. Поставить топический диагноз.</p> <p>Задача 9. У больного отмечается справа паралич мимической мускулатуры: рот перекошен влево, угол рта резко опущен, носогубная складка сглажена, глазная щель расширена, лагофтальм, симптом Белла, при наморщивании лба складки не образуются на этой стороне. Сухость правого глаза. Слух извращен (дизакузия) справа. Утрачен вкус на передних 2/3 правой половине языка. Поставить топический диагноз.</p> <p>Задача 10. У больного выявлены неподвижность языка, атрофия и фибриллярные подергивания его мышц, речь отсутствует, однако возможен письменный контакт (анартрия). Глотание сохранено. Поставить топический диагноз. Чем отличается центральный паралич мышц языка от периферического?</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.1.1.2</b></p> <p>Раздел «Клиническая неврология»</p>	<p>2</p> <p>Задача 11. Ребенок И, от первой беременности. Матери 22 года, страдает герпетической инфекцией с 12 летнего возраста. Обострения кожно-слизистой формы отмечались 2-3 раза в год. Лечилась местными препаратами (мазь Зовиракс, Бонафтон). В конце данной беременности отмечались пузырьковые высыпания на наружных половых органах. Во время беременности токсикоз первой половины в течение 3 недель. Перенесла ОРЗ в легкой форме в сроке 20 недель. Лечилась домашними средствами. Роды в срок. Продолжительность родов 20 часов. Первый период 19 часов 40 минут, потужной период 20 минут. Родилась доношенная девочка, закричала сразу. Масса тела при рождении 3400 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложена в конце первых суток. На четвертые сутки жизни состояние ухудшилось. Ребенок</p>

стал вялым, плохо сосал, срыгивал, отмечены мышечная гипотония, гипорефлексия. Периодически беспокоился. На коже туловища и конечностей появилась пузырьковая сыпь. Склеры гиперемированы, веки отечны, небольшие 80 выделения из глаз. Ребенок переведен в отделение патологии новорожденных. Поставьте диагноз.

#### Задача 12.

Ребенок А, из анамнеза: родилась у женщины 27 лет, работающей на мясокомбинате. Беременность, протекавшая с токсокозом в первом триместре и гестозом с периодическим повышением температуры в III триместре беременности. Не обследовалась и не лечилась. Роды самопроизвольные на 36 неделе гестации на фоне преждевременного излития околоплодных вод, I период – 10 часов, II период – 45 минут, безводный промежуток – 8 часов, околоплодные воды с зеленоватым оттенком. Оценка по шкале Апгар: на 1' – 4 балла, на 5' – 6 баллов. Масса при рождении 2450 г., длина 46 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 29 см. Состояние при рождении расценивалось как среднетяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС. На 4 сутки в связи с появлением клонико-тонических судорог ребенок переведен в отделение патологии новорожденных. При осмотре в стационаре: состояние ребенка тяжелое. Вес 2100 г. Кормится через зонд, часто срыгивает. Кожа бледная с сероватым оттенком, сухая, подкожная клетчатка истончена. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД 44 в 1 мин. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 140 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Пальпаторно печень выступает из-под реберного края до 3 см, селезенка до 1 см. Поза в кроватке с запрокинутой головой. Голова гидроцефальной формы, окружность головы – 36 см, швы открыты, б. р. 4x4 см, «выполнен». Мышечный тонус с преобладанием тонуса разгибателей. Отчетливый симптом Грефе и горизонтальный нистагм. Гиперестезия. Рефлексы спинального автоматизма не вызываются, орального – вялые. Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – мутная; белок – 990 ммоль/л; цитоз – 320 в 3 мкл: нейтрофилы – 15%, лимфоциты – 85%. РСК с токсоплазменным антигеном: у ребенка – 1:640, у матери 1:200 НСГ: рисунок борозд и извилин визуализируется не четко. Боковые желудочки расширены, глубина передних рогов: слева – 12 мм, справа – 14 мм, контуры их подчеркнуты, 3 желудочек – 5 мм. В перивентрикулярных зонах визуализируются единичные включения диаметром менее 1 мм, костной плотности. Субарахноидальное пространство расширено до 3 мм по конвексу. Межполушарная щель 4 мм.

Какой предположительный диагноз может быть установлен?

#### Задача 13.

Ребенок первых суток жизни находится в роддоме. Из анамнеза: девочка родилась от женщины 25 лет, от II беременности (I беременность – срочные роды, ребенок 5 лет, здоров), протекавшей с токсокозом в I триместре, 3-дневным эпизодом мелкоточечной сыпи и слабости на 10 неделе гестации (документирована эпидемия краснухи в детском саду в этот период), с гестозом и угрозой прерывания беременности во II – III триместрах. В консультацию обратилась на 28 неделе беременности, от госпитализации отказалась. Роды на 34 неделе гестации, самопроизвольные, в заднем виде затылочного предлежания. I период – 8 часов, II период – 20 мин, безводный промежуток 7 часов, околоплодные воды зеленые. Масса при рождении 2000 г, длина 43 см, окружность головы 28 см, груди – 30 см. Оценка по шкале Апгар: на 1' – 4 бала, на 5' – 7 баллов. При осмотре: ребенок с множественными стигмами дизэмбриогенеза, состояние тяжелое, поза полуфлексии, мышечный тонус снижен, рефлексы новорожденного быстро истощаются. Отчетливая микрофтальмия, глаза закрыты. Кожные покровы бледные с элементами петехиальной сыпи на лице, акроцианозом. Аускультативно: дыхание в легких проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 52 в 1'. Границы сердца перкуторно: справа – на 0,5 см латеральнее правого края грудины, слева – на 1 см латеральнее среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно звучные, над областью сердца прослушивается грубый систолодиастолический шум, наиболее отчетливый в точке Боткина-Эрба, ЧСС 156 в 1'. Пальпаторно: печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1 см. Стул мекониальный. Мочевыделение – не нарушено. Общий анализ крови: Нв-150 г/л, Эр – 4,2x10<sup>12</sup>/л, Ц.п. – 0,9, Тромб. – 100,0x10<sup>9</sup>/л, Лейк – 8,0x10<sup>9</sup>/л, п/я – 6%, с/я – 49%, э – 1%, л – 32%, м – 12%, СОЭ – 4 мм/час.

Какой предположительный диагноз может быть установлен?

Задача 14.

В городской родильный дом был вызван консультант-инфекционист, в связи с тем, что накануне родился ребенок с массой 2400 гр., желтухой, гепатоспленомегалией, микроцефалией, микрофтальмией. Известно, что роженица во время беременности перенесла краснуху.

Предполагаемый диагноз? Какие методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?

Задача 15.

Ребенок 2-х месяцев поступил в детское неврологическое отделение по поводу значительного прироста окружности головы и отставания в психомоторном развитии. Известно, что он от второй беременности, протекавшей с выраженным токсикозом на всем протяжении, в 14 недель мать перенесла ОРВИ с длительной лихорадкой. Заболевание купировалось приемом антибиотиков. Роды срочные, самостоятельные, крик сразу. Оценка по Апгар — 6-8 баллов; масса — 2.900 г.; окружность головы — 40,0 см. Прирост окружности — за 1 месяц + 4 см, за 2-й месяц + 5 см. При осмотре отмечается увеличение размеров черепа и изменение его формы (окружность 49,0 см). Резко выдаются лобные и теменные бугры. Преобладание мозгового черепа над лицевым. Расхождение черепных швов с выбуханием и увеличением переднего родничка. Значительно расширена венозная сеть на голове. Симптом Грефе почти постоянный, отмечаются также явления «заходящего солнца». Спастический тетрапарез, более выраженный в нижних конечностях. Ребенок не удерживает голову в вертикальном положении, не фиксирует взгляд, не улыбается. Бывают приступы длительного беспокойства с монотонным криком.

Ваше мнение о синдромах поражения. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.

Задача 16.

Ребенок 2,5 лет не ходит самостоятельно, речь крайне неразборчива. От второй перенесенной беременности, масса тела 4,2 кг. Со второго дня жизни отмечены признаки гемолитической болезни новорожденного с наличием гипербилирубинемии. Отставание в развитии стало заметно с 3-4 месяца, в дальнейшем становилось все более выраженным. При попытке взять игрушку появлялись насильственные движения — вместо приближения к игрушке, рука отводилась в сторону и назад. При осмотре: гиперкинезы полиморфного характера (атетоидный, хорейформный, торсионная дистония). Мышечная дистония. Сухожильные и периостальные рефлексy высокие. Патологических рефлексов нет. При попытке водить ребенка за руки — резкое усиление гиперкинезов. Нарушение речи по типу гиперкинетической дизартрии.

Ваше мнение о синдромах поражения. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.

Задача 17.

Мальчик 8 лет с рождения страдает энурезом. Родители жалуются также на повышенную возбудимость ребенка, неуправляемость, слабую успеваемость в школе. Анамнестически: родился у «пожилой» первородящей (39 лет), беременность с угрозой выкидыша, роды в срок, медикаментозно стимулированы, родился в асфиксии, закричал после отсасывания слизи. С рождения очень беспокоен, имеет экссудативный диатез, часто болеет ОРВИ.

Какова наиболее вероятная этиология. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.

Задача 18.

Девочка 10 лет жалуется на частые головные боли, особенно при утомлении, головокружение при вставании, резкой перемене положения головы. При осмотре: гипотрофия мышц плечевого пояса, симптом «короткой шеи», легкая кривошея влево, сочетающаяся с синдромом Горнера на одноименной стороне. Сухожильные

рефлексы усилены с левой руки и с правой ноги так называемый «круциатный парез».

Ваше мнение о топике поражения. Наиболее вероятная причина заболевания. Поставьте нозологический диагноз. Назначьте лечение.

#### Задача 19.

Мальчику 3 года 4 месяца, самостоятельно ребенок не ходит. Беременность протекала с токсикозом в течение всего срока, угроза прерывания. Роды преждевременные, на седьмом месяце беременности. Масса тела 1,5 кг, оценка по Апгар 4-5 баллов, проводились реанимационные мероприятия, в течение 6 дней не прикладывали к груди. При осмотре обращает на себя внимание уменьшение размеров головы с преобладанием лицевого черепа над мозговым. Выраженное сходящееся косоглазие, рефлексы орального автоматизма (хоботковый, ладонно-ротовой). Глотание и жевание нарушены. Речь практически отсутствует. Глубокий спастический театрапарез с резким повышением тонуса и рефлексов, двусторонними патологическими рефлексами, клонусами.

Ваше мнение о синдромах поражения. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.

#### Задача 20.

Ребенок 2,2 года поступил в неврологическое отделение по поводу ограничения движений в правых конечностях и речевых нарушений. Известно, что родился от второй беременности, протекавшей с явлениями тяжелого токсикоза 1-й половины и гормональной недостаточности. Мать работает рентгенлаборантом. Роды срочные, самостоятельные, закричал после отсасывания слизи. Масса 3.200 г. Оценка по Апгар 6-7 баллов. К груди приложили на 4 сутки из-за вялости ребенка. В родильном доме и сразу же после выписки отмечались ограничение движений в правых конечностях. Развивался с некоторой задержкой. При осмотре грубых изменений со стороны психоэмоционального тонуса не отмечено. Пытался говорить много, но речь односложная, неразборчивая. Со стороны черепных нервов выявлены сглаженность правой носогубной складки, легкое отклонение языка вправо. Правая рука несколько согнута в локтевом суставе и приведена к туловищу. Нога вытянута, стопа несколько деформирована и ротирована кнутри. Походка с явлениями циркумдукции, повышение мышечного тонуса справа по пирамидному типу. Рефлексы с конечностей D > S с расширенной рефлексогенной зоной. Клонус стопы и патологические стопные знаки справа.

Ваше мнение о синдромах поражения. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.

#### Задача 21.

Ребенок 1 года состоит на учете детского невролога в связи со значительным отставанием в психомоторном развитии. Родился от первой беременности, протекавшей с явлениями позднего гестоза. Роды преждевременные на 34 недели беременности, родился в состоянии синей асфиксии. С рождения в развитии отстает. Переворачивается с 8-9 месяцев, сидит с поддержкой, самостоятельно не встает, при попытке поставить – ноги сведены в бедрах и перекрещены за счет высокого тонуса аддукторов и разгибателей. Определяется клонус коленных чашечек и стоп, патологические стопные знаки, возникающие спонтанно. Движения в руках отличаются неловкостью, неуверенностью. Ребенок произносит отдельные слоги, живо интересуется окружающим.

Ваше мнение об этиологии заболевания. Перечислите основные синдромы поражения. Поставьте топический диагноз. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.

#### Задача 22.

У ребенка 1,5 лет определяются выраженные гиперкинезы рук и ног хореоатетозного плана, периодически распространяющиеся и на мышцы туловища в форме торсионной дистонии. Из-за массивных гиперкинезов ребенок самостоятельно не сидит, не ходит, неловко удерживает голову, с трудом переворачивается. Мышечный тонус переменчив, на фоне выраженной гипотонии

	<p>периодически довольно резко нарастает. Речь невнятна, дизартрична, хотя говорит отдельные слова, мимически достаточно живо общается с окружающими. Из анамнеза известно, что родился он от второй беременности, у матери резус отрицательная кровь. В течение месяца после рождения отмечалась довольно интенсивная желтуха.</p> <p>Какова наиболее вероятная этиология заболевания. Перечислите основные синдромы поражения. Поставьте топический диагноз. Поставьте нозологический диагноз. Какие методы дополнительного исследования могут быть рекомендованы. Составьте план реабилитационных мероприятий.</p> <p><b>Задача 23.</b> В течение нескольких месяцев у пациента возникали приступы Джексоновской эпилепсии, начинавшиеся с правой стопы. В дальнейшем появился парез в правой ноге. Определите локализацию патологического очага. Какие обследования необходимы для назначения дальнейшего противоэпилептического лечения?</p> <p><b>Задача 24.</b> У пациентки замечены сумеречные состояния, вкусовые и обонятельные галлюцинации, обонятельная агнозия, левосторонняя гемипарезия, метаморфопсия, отсутствует корнеальный рефлекс справа, офтальмоплегия справа и повышение перностальных и сухожильных рефлексов в левой руке и ноге, симптом Бабинского слева. Укажите локализацию патологического процесса. Какие обследования необходимы для назначения дальнейшего противоэпилептического лечения?</p> <p><b>Задача 25.</b> У больного эпилептические пароксизмы начинаются с парестезий во всей левой половине тела с последующим поворотом головы, глаз и туловища сторону. Где локализуется очаг, вызывающий эпилептические пароксизмы? Какие обследования необходимы для назначения дальнейшего противоэпилептического лечения?</p> <p><b>Задача 26.</b> У пациентки эйфория, снижение критики, немотивированные поступки (мочится на стул). При оскале зубов правая носогубная складка сглажена, сухожильные рефлексы повышены справа. Речь состоит из ограниченного набора слов, при разговоре повторяет одно и то же слово, с трудом переходит на следующее слово. Выражены хватательные движения. Обращенную речь понимает хорошо, задание выполняет. Где локализуется патологический очаг? Какие обследования необходимы для назначения дальнейшего противоэпилептического лечения?</p>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

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

#### 2. Ситуационная задача

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

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

### 3. Собеседование

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

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Детская неврология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-65	1-26	1-70
ПК	1	26, 27, 29-35, 38, 39, 46	11, 14-18, 21, 22	1, 3, 5, 6, 12, 21, 31-33, 37-39, 44, 49, 50, 60
	2	34, 47, 57	5, 15-17, 19-22	3, 5-7, 10, 12, 15, 16, 19, 25-27, 30, 36, 37, 40, 44, 46, 51, 65
	5	1-26, 28, 30, 31, 34, 36, 37, 39-45, 47-53, 55, 58-65	1-26	2, 7-11, 13-30, 34-37, 40-47, 51, 52, 54, 55, 61-65
	8	44, 56, 57	15-22	36, 48, 56-59, 64-67

### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕТСКАЯ ОНКОГЕМАТОЛОГИЯ»

#### Перечень вопросов для устного собеседования:

<b>Б 1.В.ОД.1</b> <b>«Детская онкогематология»</b>	1. Факторы риска, ранняя диагностика злокачественных новообразований в детском возрасте. 2. Факторы риска, патогенез, клинические проявления острого лейкоза, предлейкозных состояний. Опухолевый клон. Диагностика, лечение. 3. Опухоли ЦНС. Эпидемиология, факторы риска, патогенез.
---	--

	<p>Начальные клинические симптомы повышения внутричерепного давления, общемозговые и очаговые симптомы при опухолях мозжечка, ствола головного мозга, полушарных опухолей, опухолей гипофиза. Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Солидные опухоли, факторы риска, патогенез. Физические методы исследования. Стандарты визуализации опухолевого роста при подозрении на злокачественное новообразование, опухолевые маркеры. Терапия.</li> <li>5. Система неинкапсулированных лимфатических скоплений и фолликулов (MALT –система). Факторы риска, патогенез увеличения лимфатических узлов.</li> <li>6. Этапы диагностики (первичный диагностический комплекс); диагностические критерии отдельных вариантов лимфаденопатий. Современные подходы к лечению, реабилитационные мероприятия и диспансерное наблюдение.</li> <li>7. Дифференциально - диагностический модуль при синдроме лимфаденопатии (увеличение лимфоузлов при опухолях из лимфатических структур, метастатическом поражении, других мезенхимальных опухолях и доброкачественных новообразованиях в области шеи).</li> <li>8. Факторы риска, патогенез гемокоагуляционных нарушений. Семиотика и основные клинические синдромы при поражении органов кроветворения и состава периферической крови (клинические типы кровоточивости).</li> <li>9. Лабораторные методы диагностики нарушения системы коагуляционного и тромбоцитарного звеньев гемостаза. Типы лейкоидных реакций.</li> <li>10. Факторы риска, патогенез гемолитических анемий. Клинические симптомы и лабораторные признаки, характеризующие гемолитический криз.</li> <li>11. Диагностические критерии (клинические и лабораторные) наследственных гемолитических анемий. Современные подходы к лечению детей с синдромом лимфаденопатии, реабилитационные мероприятия и диспансерное наблюдение.</li> <li>12. Приобретенная нейтропения (инфекционно-ассоциированная, перераспределительная нейтропения, лекарственная, иммунная нейтропения, неонатальная аллоиммунная нейтропения, аутоиммунная нейтропения, идиопатическая), патогенез, клиническая и лабораторная диагностика, терапевтическая тактика.</li> <li>13. Патогенез, клиника наследственных синдромов и иммунодефицитных состояний, протекающих с увеличением селезенки (диагностика болезни Гоше, синдрома Вискотта–Олдрича и др.). Терапия.</li> <li>14. Аномалии развития и опухоли селезенки, гепатолиенальный синдром, причины нарушения кровотока в портальных и селезеночных венах, гиперспленизм. Патогенез, клиническая и лабораторная диагностика, особенности терапии и диспансерного наблюдения.</li> <li>15. Клинические симптомы и лабораторные признаки гиперспленизма.</li> <li>16. Факторы риска, патогенез тромбозов у детей (артериальные, венозные, тромбозы микроциркуляторного русла). Клиника, ранняя диагностика, терапия.</li> <li>17. Железодефицитные анемии, факторы риска, патогенез, клиническая и лабораторная диагностика, терапевтическая тактика. Осложнения длительного дефицита железа, наследственные железодефицитные синдромы (резистентные к ферротерапии).</li> <li>18. Факторы риска, патогенез, клиника первичной перегрузки железом (наследственный гемохроматоз, ювенильный, у новорожденных, африканская перегрузка железом). Лабораторная диагностика, лечение перегрузки железом.</li> </ol>
--	--

	<p>19. Организация диспансерного наблюдения и реабилитационные мероприятия у пациентов с онкологической патологией.</p> <p>20. Организация диспансерного наблюдения и реабилитационные мероприятия у пациентов с гематологической патологией.</p>
--	---

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

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



7. Какая форма АИГА наиболее часто встречается в детском возрасте:
- а. **образование тепловых Ig G – антител**
  - б. образование холодных Ig M – антител
  - в. образование антител класса IgG Доната-Ландштейнера.
8. Наиболее важный лабораторный тест для постановки диагноза АИГА с тепловыми агглютинами:
- а. микроцитоз и сфероцитоз
  - б. лейкомоидная реакция миелоидного типа
  - в. повышение ЛДГ
  - г. **прямая проба Кумбса.**
9. Факторы риска нейтропений:
- а. **прием анальгетиков**
  - б. **аутоиммунное заболевание**
  - в. **острые инфекции**
10. Патогенез приобретенных иммунных нейтропений:
- а. **повышенная деструкция нейтрофилов под воздействием ауто- или аллоантигранулоцитарных антител**
  - б. прием противосудорожных препаратов
  - в. генетические заболевания
11. Назовите наиболее частые причины вторичного тромбоцитоза.
- а. **после спленэктомии**
  - б. **воспалительные заболевания ЖКТ**
  - в. **при хронической скрытой кровопотере**
  - г. реакция на лекарства
  - д. после стресса.
12. Патогенез геморрагического синдрома при болезни Шенлейна-Геноха обусловлен:
- а. тромбоцитопений
  - б. дефицитом факторов свертывания крови
  - в. **патологией сосудистой стенки**
13. Факторы риска ДВС- синдрома.
- а. наследственный дефицит факторов свертывания
  - б. тромбоцитопатия
  - в. **шоковые состояния**
  - г. передозировка антикоагулянтов
  - д. **тяжелые инфекции**
14. Факторы риска развития шока у детей со злокачественными новообразованиями.
- а. **сепсис**
  - б. **желудочно-кишечное кровотечение**
  - в. острый панкреатит
  - г. кардиогенный шок
  - д. веноокклюзионная болезнь.
15. Тактика лечения лимфогангулематоза (лимфомы Ходжкина) зависит:

- а. от гистологического варианта
- б. от стадии заболевания**
- в. от возраста ребенка
- г. всегда одинакова.

16. Наиболее частые типичные клинические проявления ГКЛ при поражении одной системы?

- а. единичные или множественные патологические очаги в плоских костях черепа, тазовых или в позвоночнике**
- б. поражение кожи
- в. вульвовагиниты
- г. поражение ЦНС.

17. Какая терапия является наилучшей при ЖДА?

- а. коррекция дефицита пищевыми продуктами
- б. вспомогательное лечение витаминами, препаратами меди, эригемом**
- в. назначение препаратов железа по выбору:**
  - пероральными
  - парентеральными (в/м, в/в)
  - переливание эритроцитной взвеси.

18. Патогенез гистиоцитоза из клеток Лангерганса:

- а. соматические генетические aberrации, приводящие к активации сигнального пути MEK-ERK 7 в миелоидных дендритных клетках**
- б. клональная пролиферация патологических клеток Лангерганса и аномальная регуляция взаимодействия клеток иммунной системы в очагах поражения**
- в. появление одноядерных опухолевых клеток и/или опухолевых клеток с большим количеством ядер (клетки Березовского-Рида-Штернберга) наряду с воспалительно-гранулематозной инфильтрацией

19. Диспансерное наблюдение больных с ЖДА:

- а. в течение одного года с момента установления диагноза, перед снятием больного с диспансерного наблюдения выполняется общий анализ крови**
- б. в течение двух лет с момента установления диагноза, перед снятием больного с диспансерного наблюдения выполняется анализ крови - определение концентрации сывороточного железа
- в. в течение трех лет с момента установления диагноза, перед снятием больного с диспансерного наблюдения выполняется анализ крови - определение концентрации сывороточного ферритина.

20. Диспансерное наблюдение пациентов с лимфомой Ходжкина на 1-ом году от окончания химиолучевой терапии:

	<p><b>а. клинический осмотр 4-8; ОАК – 4; ФВД-1; УЗИ-4; КТ, МРТ -2; гормоны щитовидной железы – 1; ЭКГ, ЭХО-КГ - 1</b></p> <p><b>б. клинический осмотр 4-8; ФВД-1; УЗИ-4; КТ, МРТ -2; ЭКГ, ЭХО-КГ - 1</b></p>
--	---

**Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.В.ОД.1</b> «Детская онкогематология»</p>	<p>1. Задача № 1 (Врожденная эритробластопения (анемия Даймонда-Блекфана), тяжелая форма. Вторичная перегрузка железом. Нарушения мозгового кровообращения).</p> <p>Больная Ю, 10 лет. Госпитализирована в стационар в тяжелом состоянии в связи со снижением Нв до 58г/л. При поступлении — состояние тяжелое. Выражена бледность кожных покровов и слизистых, тахикардия, систолический шум над всей областью сердца анемического характера, увеличение печени (выступает из-под края реберной дуги до 6 см).</p> <p><b>Анамнез жизни:</b> девочка родилась в срок, но с низкой массой тела — 1700. Беременность протекала с угрозой прерывания. На грудном вскармливании до 2-х лет, мясной прикорм с 6 мес. На 3-и сутки после рождения Нв снизился до 80г/л. Переливалась эритроцитная масса. В возрасте 2-х мес. в г.Ташкенте верифицирован диагноз врожденной эритробластопении (Анемия Даймонда-Блекфана). С возраста 5 мес. до 5 лет получала преднизолон и гемотрансфузии. Нв удерживался в пределах 90-120 г/л. В возрасте 5 лет на фоне приема преднизолона Нв снизился до 23г/л. В последующие годы находилась на трансфузионной терапии каждые 6 недель. В августе 2013г. обследована КНР. Выявлено повышение сывороточного ферритина до 5000 мкг/л. Был назначен эксиджад 750 мг/сутки с 2013г. Доза эксиджада - 500 мг/сутки, получает до настоящего времени. Периодически дополнительно проводилась инфузия десферала по 500 мг. За 2 или 4 часа. В январе 2013г. возникло острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу с правосторонним гемипарезом. На МРТ головного мозга выявлены признаки ОНМК по смешанному типу в бассейне средней мозговой артерии справа, энцефалопатия с наличием зон ишемии, лакунарных инфарктов. Проведено лечение актовегином в/в, пирацетам, магния сульфат в/в, кортан, реосорбилакт в/в, преднизолон 50 мг/сут.(3 мес.). На этом фоне Нв снизился до 58г/л, переливались отмытые эритроциты. Неврологические нарушения постепенно восстановились. В последующем сохранялась трансфузионная зависимость каждые 3 — 4 недели.</p> <p><b>При поступлении в отделение-</b> состояние тяжелое, беспокоит слабость, повышенная утомляемость, головная боль в правой височной области, выражена бледность кожных покровов и слизистых, без геморрагических проявлений. В сознании, на вопросы отвечает адекватно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, одышки нет, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, систолический шум над всей областью сердца, тахикардия, пульс 120 ударов в1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык обложен у корня беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги до 3-х см, плотноватой консистенции. Селезенка не пальпируется. Нервная система – без очаговых и менингеальных симптомов. Стул оформлен. Мочеиспускание не нарушено.</p> <p><b>Лабораторные показатели:</b> <i>Клинический анализ крови</i> - Нв - 59г/л, Эритроциты - <math>2,52 \times 10^{12}/л</math>, Лейкоциты - <math>3,8 \times 10^9/л</math>, Нt - 18,0% MCV - 75fl, MCH - 23,4pg, MCHC - 312,0</p>
--	---

г/л, тромбоциты -  $207,0 \times 10^9$ /л. СОЭ - 63 мм/час, сегментоядерные - 39, эозинофилы - 2 моноциты - 10, лимфоциты - 49, ретикулоциты - 3%

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

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

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

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

*Общий анализ мочи* - без патологии.

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

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

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

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

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

Лекарственной и пищевой непереносимости не выявлено.

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

**Лабораторно:**

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

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

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

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

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

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

*Клинический анализ крови:* Hb - 37г/л, эритроциты -  $1,16 \times 10^{10}$ /л, Лейкоциты -  $26,8 \times 10^9$ /л, Ht - 10,3% , тромбоциты - 509,0 тыс. ретикулоциты - 38%, миелоциты- 1, юные- 1, палочкоядерные – 4, сегментоядерные – 61, эозинофилы – 1, базофилы- 1, моноциты- 2, лимфоциты – 29, СОЭ - 81 мм/час.

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
  2. Причины, патогенез данного заболевания.
  3. Стандарт обследования: лабораторные тесты, подтверждающие диагноз.
  4. Тактика ведения больного на данном этапе.
3. Задача № 3 (Врожденная циклическая нейтропения. Врожденная циклическая нейтропения. Первичный иммунодефицит. Артрит правого коленного сустава).

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

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

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

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

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

**Лабораторные данные:**

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

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

2017г – возраст 1,5г – 1200,0

1г.7 мес. – 550,0

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

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

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

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

**Задание:**

1. Выделите основные клинические симптомы у ребенка.
  2. Причины, патогенез данного заболевания.
  3. Поставьте клинический диагноз.
  4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить.
  5. Составьте план лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения.
4. Задача № 4 (Хронический миелолейкоз. Взрослый вариант. Ph +, хроническая фаза).

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

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

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

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

**Проведено обследование**

*Группа крови* 0 (1) Rhположительный

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

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

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

*Биохимия почек:* креатинин - 0.053 мкм/л, ост.азот - 19.6 ммоль/л, мочевины - 3.7 ммоль/л.

*Костный мозг (03.11.06):*

Бласты - 4.8

Нейтрофилы

Промиелоциты - 6.2

Миелоциты - 12.6

Метамиелоциты - 19.2

Палочкоядерные - 10.4

Сегментоядерные - 15.0

Базофилы - 4.8

Лимфоциты - 4.2

Моноциты - 0.8

Эритробласты - 4.0

Базофильные - 0.4

Полихроматофильные - 0.4

Оксифильные - 3.2

Мегакарициты оксифильные полихроматофильные базофильные.

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

индекс созревания эритробластов - 0.9

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

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

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

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

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

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

Наследственность неотягощена.

**Анамнез заболевания:** Считает себя больной на протяжении последних 4-х недель, когда появились катаральные симптомы со стороны верхних дыхательных путей, умеренная гиперемия слизистой зева, повысилась температура до 38,6°. Лечилась анафероном, состояние улучшилось, однако через 4 дня вновь подъем температуры до фебрильных цифр. Лечение флемоксином без особого эффекта, лихорадка продолжалась преимущественно в вечернее время. В ан. периф. крови через 2 недели от начала заболевания отмечалась тенденция к лейкопении (2,9-2,3×10<sup>9</sup>/л). Гранулоцитопения, относительный лимфоцитоз, тенденция к тромбоцитопении (72 тыс., Нв 100г/л). Принимала лейкопид, а затем была направлена на консультацию к гематологу.

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

**Лабораторные данные:**

*Анализ периферической крови:* Лейкоциты -  $2,2 \times 10^9/\text{л}$ , эритроциты -  $4,15 \times 10^{12}/\text{л}$ , Hb - 117 г/л, тромбоциты -  $65,0 \times 10^9/\text{л}$ , ретикулоциты - 8%, СОЭ - 16 мм/час, гранулоцитов  $0,4 \times 10^9/\text{л}$ , бластные - 7%, с.12, лимфоциты - 81.

*Пунктат костного мозга:* тотальная инфильтрация бластными клетками миелоидной природы, вариант М<sub>3</sub>, в цитоплазме бластов обильная мелкая зернистость, покрывающая ядро, обнаружены палочки Ауэра в большом количестве. Миэлопероксидаза и липиды резко положительны, гликоген положительный в диффузной форме.

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

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

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

*Группа крови* O(1) резус положительная.

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

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

1. Причины, патогенез данного заболевания.
  2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
  3. Поставьте клинический диагноз.
  4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить.
  5. Составьте план лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения.
6. Задача № 6 (Дефицитная анемия с комплексным патогенезом(дефицит железа, фолиевой кислоты), тяжелая форма. Белково-энергетическая недостаточность. Транзиторный гипотиреоз в возрасте 5 мес.).  
Больная Э., 10 мес.  
Госпитализирована в отделение в тяжелом состоянии с выраженной бледностью кожных покровов, отказом от еды, склонностью к запорам, отставанием в психомоторном развитии.  
Ребенок от 2-й беременности, доношенный, масса при рождении 3250,0. Беременность протекала без токсикоза. 1-й ребенок в семье, 3 года, здоров. До 1-й беременности мама в 15 лет лечилась стационарно по поводу тяжелой степени железодефицитной анемии. Во время 2-й беременности Hb у мамы - 120г/л. Девочка родилась бледной, крик слабый, по шкале Апгар 8 баллов. До 3-х месяцев находилась на грудном вскармливании и в массе прибавляла хорошо. В виду гипогалактии у матери с 3-х месячного



возраста переведена на искусственное вскармливание козьим и коровьим молоком. С 5 мес. отстает в развитии. Масса тела в 10 мес. 7200,0.

В возрасте 5 мес. обследовалась у эндокринолога по поводу транзиторного гипотиреоза. Два месяца принимала L-тироксин в дозе 12,5 мг/сут. В родильном доме привита против туберкулеза и гепатита «В». Другие прививки на 1-м году жизни не получала.

Наследственность неотягощена.

Перенесенные болезни – частые ОРВИ, бронхит в 3 мес. Антибиотиками не лечилась. Лекарственной и пищевой аллергии не выявлено.

**При поступлении:** состояние тяжелое, резкая бледность кожных покровов, тургор тканей снижен, зубов 0/2, большой родничок 2,5х2 см., края податливые, выражены лобные и теменные бугры, облысение затылка, рахитические четки на ребрах. Сидит самостоятельно, не стоит, не произносит отдельных слогов. Дыхание пуэрильное, одышки нет. Тоны сердца отчетливые, тахикардия, систолический шум над областью сердца анемического характера. Пульс 160 уд. в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, мягко-эластической консистенции, селезенка + 1,5 см, подвижная. Стул со склонностью к запорам, мочеиспускание свободное.

**Лабораторные данные:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Больная Д., 8 лет госпитализирована в детское отделение с жалобами

непостоянные головные боли, боли в позвоночнике, похудание, длительный субфебрилитет.

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

**Анамнез заболевания:** Считает себя больной на протяжении последних 6 мес., когда стала часто болеть ангиной. Из зева высеян золотистый стафилококк и обнаружено повышение титра антител к вирусу простого герпеса I, II типа. Лечилась антибиотиками. Состояние улучшилось. Спустя 2 мес. отмечает повышенную утомляемость, ухудшение аппетита, похудание, непостоянная субфебрильная и фебрильная лихорадка. Принимала парацетамол, нурофен. В ан. периф. крови отмечалось повышение лейкоцитов до 22 тыс., эозинофилия до 30-50%. Консультирована гематологом, гастроэнтерологом, инфекционистом. Установлен диагноз: Хронический тонзиллит декомпенсированная форма, дискинезия желчевыводящих путей, холестаза, лямблиоз. Проведено 3 курса лечения (немозол, аллохол), но состояние не улучшалось. Продолжалась непостоянная лихорадка, похудание, на 5-м мес. от начала заболевания усилились головные боли, появились боли в спине, сформировался кифосколиоз грудно-поясничного отдела позвоночника, на МРТ картина диспластических изменений в грудном и поясничном отделах позвоночника. Неврологом установлено наличие прогрессирующей мышечной дистрофии. Заподозрена болезнь Шаурмана Мау. Проводилось симптоматическое лечение. В ан. периф. крови эозинофилия 22%, СОЭ 19 мм/час.

После повторного осмотра гематолога Ребенок направлен на стационарное обследование.

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

Дифференциальный диагноз?

Стандарт обследования?

**Обследование.**

*Клинический анализ крови:* Лейкоциты - 11,5×10/л, эритроциты - 3,92×10/л, НЬ – 105 г/л, Нт - 30,7% тромбоциты - 301,0×10/л, СОЭ - 55 мм/час, юные-1, палочкоядерные - 10, сегментоядерные - 33, эозинофилы – 33 (максим. 51%), моноциты- 4, лимфоциты - 22.

*Группа крови* O (1) Резус положит.

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

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

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

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

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

*Трепанобиопсия:* гиперпластический костный мозг. Представлен тремя ростками гемопоэза. Гиперплазия гранулоцитарного ростка. Жировой ткани <10%.

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

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

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

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

1. Причины, патогенез данного заболевания.
  2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
  3. Поставьте клинический диагноз.
  4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить.
  5. Составьте план лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения
8. Задача № 8 (наследственный сфероцитоз, хронический субкомпенсированный гемолиз).

Больной В., 10 лет

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

**Анамнез жизни:** Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с умеренным токсикозом и угрозой прерывания. Родился в срок, по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричал сразу, Масса при рождении 3150,0. К груди приложен в

родильном зале, грудь взял при первом прикладывании, сосал хорошо. На грудном вскармливании находился до 1 г. 2 мес.

Рос и развивался соответственно возрасту.

Профилактические прививки проводились согласно календарного плана.

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

**Анамнез заболевания:** В периоде новорожденности перенес неонатальную желтуху с 3-го по 10-й день. Билирубин повышался до 260 мкм/л за счет непрямого фракции. Проводилась фототерапия. Выписан из родильного дома на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии. В возрасте 17 дней ребенок пожелтел, не прямой билирубин повысился до 280 мкм/л, гемоглобин снизился до 85 г/л. Переливалась дважды эритроцитная масса. Повторный гемолитический криз развился в возрасте 1 г. 7 мес. Гемоглобин снижался до 95 г/л, проводилось симптоматическое лечение. В последующие годы жизни кризы повторялись каждые 6 мес., характеризовались усилением желтухи кожи и склер, гемоглобин удерживался в пределах от 95 до 125 г/л. Проводилось симптоматическое лечение. В настоящее время госпитализирован в связи с возникновением болевого синдрома в области левой реберной дуги.

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

Стул окрашен. Моча насыщенно-желтого цвета.

**Лабораторные данные:**

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

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

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

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

**Задание:**

1. Перечислите причины гемолиза в периоде новорожденности.
2. Патогенез данного заболевания.
3. Поставьте клинический диагноз.

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить.
5. Составьте план лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения.

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

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

**Анамнез жизни:** Родилась 1-м ребенком в семье. Беременность и роды протекали без осложнений. Масса при рождении 2950,0. Грудное вскармливание до 3-х мес. Росла и развивалась хорошо. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана, без осложнений. Туберкулез и вен. заболевания в семье отрицаются. Лекарственной и пищевой аллергии не выявлено.

**Перенесенные болезни:** ОРВИ редко, в легкой форме. Наследственность не отягощена.

**Анамнез заболевания:** Около 6 недель тому назад девочка переболела гриппом с высокой лихорадкой. Лечилась симптоматическими средствами и жаропонижающими препаратами. Состояние улучшилось. При прохождении медицинской комиссии перед оформлением в школу в анализе крови выявили снижение гемоглобина. Не лечилась. Последние 2 недели стала нарастать слабость, умеренная бледность, отечность лица. Госпитализирована в нефрологическое отделение с подозрением на развитие гломерулонефрита. В анализе периферической крови выявлено умеренное снижение гемоглобина, лейкопения за счет гранулоцитопении и ускоренная СОЭ. Мочевой осадок без патологии. Для дальнейшего обследования девочка переведена в гематологическое отделение.

**При поступлении:** состояние средней тяжести, умеренная бледность. Кожные покровы чистые, без геморрагических проявлений. Отмечается умеренная отечность лица, особенно верхних век, пастозность голеней, суставы не изменены. Пальпируются все группы периферических лимфатических узлов, плотной консистенции, безболезненные, размером от 0,5 до 1,0см, не спаяны между собой и окружающими тканями. Слизистая зева не гиперемирована, миндалины не выступают из-за дужек. Грудная клетка не деформирована. Перкуторно над легкими легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца отчетливые, мягкий систолический шум на верхушке, пульс ритмичный, 86 ударов в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 95/80мм рт ст. Живот участвует в акте дыхания, симметричен, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, доступный глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги до 3,5 см, плотноватой консистенции, селезенка не пальпируется. Нервная система без очаговых и менингеальных симптомов. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Лабораторные данные:**

Клинический анализ крови: Нв - 82,0г/л, эритроциты -  $2,48 \times 10^{12}$ /л, Нt - 0,226, ретикулоциты - 12%, Лейкоциты -  $1,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты -  $111,0 \times 10^9$ /л, MCV- 91fl, MCH - 33,0pg, RDW - 15,9%, бластные - 3, палочкоядерные - 1, сегментоядерные - 21, эозинофилы - 3, моноциты - 5, лимфоциты - 67, СОЭ 58мм/час.

*Группа крови* А(II) Резус положительная

*Биохимия крови:* щелочная фосфатаза 105,8е/л, АЛТ 10,6е/л, АСТ 36,4е/л, Г-ГТ 13,7е/л, ЛДГ 539,5е/л, билирубин общ.5,5 мкм/л, общ. белок 77,1г/л,

креатинин 53,3мкм/л, мочевины 3,4 мм/л, мочевая кислота 467,2 мкм/л, СРК 8,46мг/л, сывороточное железо 16,5 мкм/л;

*Общий анализ мочи* общ. уд.вес 1005, белок не обн. ,мочевой осадок без патологии.

*Ликвор* – прозрачн., бесцв., цтоз 1 клетка в 1 мкл. Белок 0,24г/л

*Пунктат костного мозга*: тотальная метаплазия бластными клетками, МГКЦ не найдены. Бластные клетки мезогенерации, ядерно-цитоплазматический индекс умеренный и высокий, ядро округлое, расщепленное, поиморфизм ядер умеренный, структура хроматина тонко-дисперсная, цитоплазма умеренно базофильная, без вакуолизации, зернистость в цитоплазме отсутствует.

*Цитохимические реакции*: на МПО – отриц., на липиды отриц. на PAS – положит. В 3% бластов, в гранулярной форме.

*УЗИ брюшной полости*: печень 111x47мм, эхоплотность обычная, эхоструктура однородная. Желчный пузырь 34x20мм, овоидный, гомогенный, четкий контур. Поджелудочная железа – однородная, обычной эхогенности. 13x15x10мм. Селезенка 80x33, обычной эхогенности, мелкозернистая. Мочевой пузырь без особенностей. Почки: правая 84x33мм, паренхима 11мм, левая 84x33мм, паренхима 11 мм, обе ротированы под углом 45градусов в положении стоя.

*Заключение*: Увеличение размеров печени, поджелудочной железы. Ротация обеих почек.

*Рентгенография органов грудной клетки*: Легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Легочный рисунок в прикорневых зонах несколько усилен. Корни структурны. Конфигурация средостения не нарушена. Плевральные синусы свободны. Костно-деструктивных изменений не выявлено.

1. Причины, патогенез ведущих клинических симптомов.
2. Сформулируйте клинический диагноз с учетом выполненных лабораторных исследований.
3. Какие дополнительные исследования еще необходимо провести.
4. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
5. Составьте план лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения.

10. **Задача № 10** (Ишемически- геморрагический инсульт в правом полушарии головного мозга. Гиперкоагуляционный синдром на фоне наследственной тромбофилии (мутация Vф. Лейдена). Последствия : левосторонний спастический гемипарез, Расходящееся косоглазие правого глаза, Судорожный синдром).

Больная А., **2г. 8 мес.** поступила в отделение с жалобами на неуверенную походку, расходящееся косоглазие правого глаза.

**Анамнез жизни**: Девочка от 1-й беременности, роды оперативные на сроке 30-31 неделя беременности. Масса при рождении 1120,0, по шкале Апгар 6/7 баллов. Беременность протекала с угрозой прерывания, на фоне гестационного пиелонефрита в 28 недель, ОРВИ во 2-й половине беременности, хронической гипоксии плода, двукратного обвития пуповиной вокруг шеи. При рождении состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности, перенесенной асфиксии, незрелости. Находилась на респираторной поддержке назального СРАР в ОРИТ на протяжении 7 дней, периодически давала апноэ. Затем переведена в ОПН с диагнозом: ишемия головного мозга 2 степени, гипертензионный синдром, синдром нарушенного мышечного тонуса. Выписана под наблюдение детской поликлиники в 2,5 мес. Вскармливание искусственное.

В дальнейшем физическое развитие соответствовало возрасту, отмечалась задержка речевого развития. Из профилактических прививок получила только против кори, краснухи, паротита в возрасте 2 года. Детский сад

	<p>посещает с 2-х лет. Перенесенные болезни: частые ОРВИ после оформления в детский сад. Наследственность: В семье у женщин по линии матери невынашивание беременности (выкидыши, недоношенность).</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> После оформления в детский сад девочка стала часто болеть ОРВИ. В возрасте 2г. 5 мес. на фоне очередной ОРВИ с высокой лихорадкой возникли клонико-тонического характера судороги, потеря сознания. С подозрением на нейроинфекцию была госпитализирована в инфекционную больницу, выполнена люмбальная пункция, патологии не выявлено и девочка переведена в ДАРО б-цы №7 в коматозном состоянии. При КТ головного мозга выявлена субдуральная гематома правой гемисферы с латеральной дислокацией срединных структур. При контрольном КТ через 7 дней - картина ишемического поражения. В ДАРО проводилась интенсивная терапия в остром периоде нарушения мозгового кровообращения, состояние улучшилось, а для дальнейшего лечения переведена в неврологическое отделение. Неврологический статус: Девочка в сознании, понимает обращенную речь, ходит с поддержкой. Расходящееся косоглазие справа, гнусавый оттенок голоса, мышечный тонус в левых конечностях повышен по спастическому типу. В верхней правой конечности – тремор. Сухожильные рефлексы S&gt;D повышены. Походка гемипаретическая. В плане выяснения причины ишемического инсульта, учитывая наследственный анамнез, было проведено исследование полиморфизма генов свертывающей системы крови. Была выявлена гетерозиготная мутация ф.V – Лейдена. В неврологическом отделении проводилось лечение: депакин, диакарб, аспаркам, мексидол, кортексин. При гемостатическом обследовании выявлен гиперкоагуляционный синдром. Рекомендовано лечение тромбофилии в гематологическом отделении.</p> <p><b>При поступлении:</b> состояние средней тяжести, активна, гиперактивна. Ходит самостоятельно, при ходьбе покачивается, тремор пальцев рук справа, расходящееся косоглазие справа, мышечный тонус в левых конечностях повышен по спастическому типу, походка гемипаретическая. Кожные покровы и слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Тоны сердца отчетливые. Пульс ритмичный. Живот участвует в акте дыхания, симметричен, при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.</p> <p><b>Лабораторные данные:</b>  <i>Клинический анализ крови:</i> Лейкоциты - <math>9,1 \times 10^9/\text{л}</math>, эритроциты - <math>5,13 \times 10^{12}/\text{л}</math>, Hb - 110г/л, Ht - 0,369, тромбоциты - <math>370,0 \times 10^9/\text{л}</math>, СОЭ - 3 мм/час, ретикулоциты - 1%, сегментоядерные - 40, эозинофилы - 15, моноциты - 9, лимфоциты - 36, MCV - 71,9fl, MCH - 21,4pg, MCHC - 298, RDW-SD 46.3fl.  <i>Биохимия крови</i> - щелочная фосфатаза - 231,8е/л, АЛТ - 12,0е/л, АСТ - 22,1е/л, Г-ГТ - 6,9е/л, ЛДГ - 264,9е/л, билирубин общ. - 5,2 мкм/л, общ. белок - 59,2г/л, альбумины - 38,1г/л, креатинин - 46,5 мкм/л, мочевины - 2,6 мм/л, мочевая кислота - 283,3 мкм/л, СРБ - 1,59мг/л, Fe- 4,4мкм/л, Ферритин - 17,1 мг/л, трансферрин - 2,77г/л.  <i>Коагулограмма:</i> протромбиновое время - 16,9 сек, тромбиновое время - 15,0 сек, АЧТВ - 27,4 сек, фибриноген - 2,0г/л, РФМК - полож. Д-димеры &gt;2,5 мкг/мл.  <i>Общий анализ мочи</i> – осадок не изменен.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте клинический диагноз на основании данных анамнеза и объективного осмотра.</li> <li>2. Какие неблагоприятные факторы из наследственного анамнеза указывают на наличие тромбофилии.</li> <li>3. Патогенез клинических синдромов у данного ребенка.</li> <li>4. Перечислите лабораторные показатели тромбогенной опасности.</li> <li>5. Современные подходы к антикоагулянтной терапии при тромбогенной ситуации.</li> <li>6. Составьте план реабилитации и диспансерного наблюдения.</li> </ol>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

## 1. Тест

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

## 2. Ситуационная задача

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

## 3. Контрольная работа

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

## 4. Собеседование

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



**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Детская онкогематология»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	10,12,18	1-10	1-5, 7-17	2-5, 8, 10, 12 - 14, 16 - 18	
ПК	1	9,11,13,14	2-10	1,5,16,17	1-5, 8, 10, 16-18	
	2	19,20	1-26	1-4,7-10,12-14,19,20	3, 6,11,14,19, 20	
	5	1 -8,16	1-26	1-18	2-4, 6-18	
	8	15,17	1-26	1-5, 7-14, 16, 17, 19, 20	2-4, 6, 11, 12, 14, 16-18	

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

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p align="center"><b>Б 1.В.ОД.1</b> Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возбудитель туберкулёза и его свойства.</li> <li>2. Источники, пути заражения туберкулёзом.</li> <li>3. Патогенез туберкулеза. Первичный и вторичный периоды туберкулёзной инфекции.</li> <li>4. Роль социальных и медико-биологических факторов в развитии туберкулеза. Группы риска по заболеванию туберкулёзом.</li> <li>5. Классификация туберкулёза. Основные принципы и разделы классификации, построение диагноза.</li> </ol>
<p align="center"><b>Б 1.В.ОД.2</b> Раздел 2 «Противотуберкулёзный диспансер (поликлиника)»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Вакцинация и ревакцинация BCG. Методика проведения вакцинации. Показания, противопоказания, техника введения вакцины, осложнения.</li> <li>7. Диагностика туберкулеза в условиях общей лечебной сети.</li> </ol>
<p align="center"><b>Б 1.В.ОД.3</b> Раздел 3 «Диагностика туберкулеза»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Особенности анализа жалоб и анамнестических данных больного туберкулёзом.</li> <li>9. Объективное обследование больного туберкулёзом легких.</li> <li>10. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов.</li> <li>11. Диаскинтест. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов.</li> </ol>

	<p>12. Методы рентгенологического исследования органов грудной клетки, их информативность для диагностики туберкулёза легких.</p> <p>13. Определение микобактерий туберкулёза в патологическом материале.</p> <p>14. Значение инструментальных и инвазивных методов исследования при туберкулезе различных локализаций.</p> <p>15. Особенности общего анализа крови и мочи в зависимости от клинической формы и фазы туберкулезного процесса.</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.4</b> Раздел 4 «Клиника туберкулеза»</p>	<p>16. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика первичного туберкулёзного комплекса.</p> <p>17. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.</p> <p>18. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулезной интоксикации у детей и подростков.</p> <p>19. Туберкулез ЦНС. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика.</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.5</b> Раздел 5 «Лечение туберкулеза»</p>	<p>20. Основные методы и принципы комплексного лечения туберкулёза.</p> <p>21. Этиотропная терапия туберкулеза.</p> <p>22. Санаторно-курортное лечение туберкулёза органов дыхания.</p> <p>23. Критерии клинического излечения и исходы при туберкулезе органов дыхания.</p>

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.В.ОД.1</b> Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<p>1. К основным группам детей, подверженных риску заразиться туберкулезом, относятся все перечисленные, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) невакцинированных БЦЖ</li> <li>2) недоношенных, часто и длительно болеющих детей</li> <li>3) живущих в очагах туберкулезной инфекции</li> <li>4) не имеющих послевакцинального знака</li> <li>5) <b>перенесших туберкулез</b></li> </ol> <p>2. Группами "риска" по туберкулезу для подростков являются все перечисленные, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перенесших ранее локальный туберкулез</li> <li>2) давно инфицированных</li> <li>3) из очагов туберкулезной инфекции</li> <li>4) курящих</li> <li>5) <b>работающих и занимающихся спортом</b></li> </ol> <p>3. "Суперинфекция" при туберкулеза - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм</b></li> <li>2) заболевание, возникшее вследствие экзогенного инфицирования</li> <li>3) заболевание, наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем</li> </ol> <p>4. "Эндогенная реинфекция" - это</p>
---	---

	<p>1) <b>активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции</b></p> <p>2) возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм</p> <p>3) активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции</p> <p>5. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются</p> <p>1) дефекты в профилактической работе</p> <p>2) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре</p> <p>3) небрежное отношение больного к своему здоровью</p> <p>4) незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки)</p> <p>5) <b>все перечисленное</b></p> <p>6. "Случай туберкулеза", по критериям ВОЗ - это</p> <p>1) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него</p> <p>2) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах</p> <p>3) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде гигантоклеточной гранулемы с казеозным некрозом</p> <p>4) <b>заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии</b></p> <p>7. Бактериовыделитель - это</p> <p>1) <b>больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом</b></p> <p>2) больной, выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз</p> <p>3) больной туберкулезом, выделяющий микобактерии всеми лабораторными методами исследования</p> <p>4) все перечисленные варианты</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.2</b> Раздел 2 «Противотуберкулезный диспансер (поликлиника)»</p>	<p>8. Основными методами выявления туберкулеза у детей является</p> <p>1) <b>массовая туберкулинодиагностика</b></p> <p>2) флюорография</p> <p>3) обследование на туберкулез групп риска</p> <p>4) обследование на туберкулез лиц, обратившихся к фтизиатру</p> <p>9. Основным методом выявления туберкулеза у подростков - это</p> <p>1) туберкулинодиагностика</p> <p>2) обследование по контакту</p> <p>3) <b>флюорография</b></p>

	<p>4) обследование по обращаемости</p> <p>10. Массовую туберкулинодиагностику среди детей следует проводить</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1 раз в 6 месяцев</li> <li>2) <b>1 раз в 1 год</b></li> <li>3) 4 раза в 1 год</li> <li>4) 1 раз в два года</li> </ol> <p>11. Флюорографическое обследование подростков должно проводиться</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>1 раз в 1 год</b></li> <li>2) 1 раз в 2 года</li> <li>3) 2 раза в 1 год</li> <li>4) в зависимости от эпидситуации и профориентации подростка</li> </ol> <p>12. Систематическое флюорографическое обследование населения на туберкулез проводится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с 10-летнего возраста</li> <li>2) с 12-летнего возраста</li> <li>3) <b>с 15-летнего возраста</b></li> <li>4) с 18-летнего возраста</li> <li>5) выбор возраста определяется эпидемической ситуацией</li> </ol> <p>13. Выборочное обследование на туберкулез часто болеющих детей и подростков проводится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>врачом-терапевтом</b></li> <li>2) фтизиатром</li> <li>3) врачами-специалистами</li> </ol> <p>14. Противотуберкулезными мероприятиями, которые осуществляет общая педиатрическая сеть, являются все перечисленные, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) массовой туберкулинодиагностики</li> <li>2) вакцинации БЦЖ и ревакцинации БЦЖ</li> <li>3) раннего выявления туберкулеза</li> <li>4) <b>дообследования детей из группы риска</b></li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.3</b> Раздел 3 «Диагностика туберкулеза»</p>	<p>15. Жалобы больного туберкулезом</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) специфичны для этого заболевания и позволяют по ним провести дифференциальную диагностику с другой легочной патологией</li> <li>2) <b>имеют черты специфичности и позволяют заподозрить туберкулез органов дыхания</b></li> <li>3) неспецифичны и не позволяют с уверенностью судить о природе заболевания</li> </ol> <p>16. Условия жизни больного</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) не оказывают существенного влияния на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса</li> <li>2) <b>оказывают существенное влияние на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса</b></li> <li>3) оказывают только некоторое влияние на риск заболеть туберкулезом и совсем мало влияют на его течение</li> </ol>

	<p>17. Семейный анамнез представляет для фтизиатра интерес с точки зрения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наличия или отсутствия контакта с родственниками, больными заразной формой туберкулеза</li> <li>2) семейной предрасположенностью к данному инфекционному заболеванию</li> <li>3) <b>как контакта с родственником, больным туберкулезом, так и семейной предрасположенностью к бронхолегочным заболеваниям</b></li> </ol> <p>18. Формы туберкулеза легких, протекающие с массивным размножением микобактерий туберкулеза в тканях и выраженной экссудативной реакцией в очаге (очагах) поражения выявляются с помощью</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>клинических методов исследования</b></li> <li>2) флюорографических методов исследования</li> <li>3) лабораторных методов исследования</li> </ol> <p>19. Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клиническим методом исследования</li> <li>2) <b>флюорографическим методом исследования</b></li> <li>3) лабораторным методом исследования</li> </ol> <p>20. Туберкулезу органов дыхания более свойственно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острое начало заболевания</li> <li>2) <b>подострое начало заболевания</b></li> <li>3) бессимптомное начало заболевания</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.4</b> Раздел 4 «Клиника туберкулеза»</p>	<p>21. Так называемый "первичный туберкулезный комплекс" - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) первичный туберкулез, характеризующийся наличием туберкулезных изменений в легких</li> <li>2) туберкулез, характеризующийся наличием инфильтрата в легких, воспалительной дорожки к корню легкого и регионарным лимфаденитом</li> <li>3) <b>туберкулез первичного периода, характеризующийся наличием очага или инфильтрата в легком, воспалительной дорожки и регионарным лимфаденитом</b></li> </ol> <p>22. Для первичного туберкулезного комплекса наиболее характерны морфологические изменения в виде всего перечисленного, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экссудативных реакций</li> <li>2) продуктивных реакций</li> <li>3) <b>казеозного некроза в легких</b></li> <li>4) казеозного некроза в лимфатических узлах корня легкого</li> </ol> <p>23. Для неосложненного первичного комплекса наиболее характерен</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сухой кашель</li> <li>2) влажный кашель</li> <li>3) боли в груди</li> <li>4) <b>синдром интоксикации</b></li> </ol>

	<p>24. Первичный туберкулезный комплекс необходимо дифференцировать</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>с раком легкого с метастазами в лимфатические узлы легкого</b></li> <li>2) с острой пневмонией</li> <li>3) с пороком развития легкого</li> <li>4) с эозинофильным инфильтратом</li> </ol> <p>25. При лечении больных первичным туберкулезным комплексом необходимо учитывать все следующие особенности химиотерапии этих больных, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выбора препарата с учетом возможной первичной лекарственной устойчивости МБТ</li> <li>2) подбора химиопрепаратов с учетом наличия казеозного некроза</li> <li>3) удлинения сроков химиотерапии с учетом замедленного заживления туберкулеза в лимфатических узлах</li> <li>4) <b>учета того, что у больного молодого возраста ранее никогда не применялись химиопрепараты</b></li> </ol> <p>26. Кальцинаты в лимфатических узлах при заживлении первичного туберкулезного комплекса</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) формируются всегда</li> <li>2) не формируются</li> <li>3) формируются в порядке исключения</li> <li>4) <b>формируются при выраженном казеозном некрозе</b></li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.5</b> Раздел 5 «Лечение туберкулеза»</p>	<p>27. Под комплексным лечением больного туберкулезом понимают</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) одновременное использование ряда лечебных средств и методов</li> <li>2) использование лечебных средств и методов, направленных на одни и те же звенья патологического процесса</li> <li>3) <b>использование лечебных средств и методов, направленных как на возбудителя заболевания, так и на различные звенья и механизмы возникшего патологического процесса</b></li> </ol> <p>28. Химиотерапия туберкулеза - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) метод лечения туберкулеза с помощью различных химических веществ</li> <li>2) метод воздействия на возбудителя заболевания</li> <li>3) <b>метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ</b></li> <li>4) ведущий метод лечения туберкулеза</li> </ol> <p>29. Климатические факторы у больных туберкулезом</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повышают сопротивляемость организма</li> <li>2) нормализуют обмен веществ</li> <li>3) улучшают функцию нервной системы</li> <li>4) <b>определяют все перечисленное</b></li> </ol> <p>30. Горно-климатические курорты показаны больным</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) всеми формами туберкулеза легких в фазе инфильтрации</li> <li>2) всеми деструктивными формами туберкулеза легких</li> <li>3) <b>ограниченными торпидно текущими формами туберкулеза легких</b></li> </ol>

	<p>4) всеми формами туберкулеза легких с признаками легочно-сердечной недостаточности</p> <p>31. Направление на горно-климатические курорты противопоказано больным</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) всеми формами туберкулеза в фазе выраженной вспышки</li> <li>2) туберкулезом в сочетании с сердечно-сосудистой недостаточностью</li> <li>3) туберкулезом в сочетании с выраженной дыхательной недостаточностью</li> <li>4) туберкулезом в сочетании с почечной недостаточностью</li> <li>5) <b>с наличием всех перечисленных состояний</b></li> </ol> <p>32. Приморские курорты Южного берега Крыма и Кавказского побережья Черного моря показаны больным туберкулезом</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>с затяжным течением процесса</b></li> <li>2) нуждающимся в хирургическом лечении</li> <li>3) с побочными реакциями на химиопрепараты</li> <li>4) с наличием некоторых сопутствующих заболеваний</li> <li>5) <b>все перечисленные показания</b></li> </ol>
--	---

### Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.В.ОД.4</b> Раздел 4 «Клиника туберкулеза»</p> <p><b>Б 1.В.ОД.5</b> Раздел 5 «Лечение туберкулеза»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача 1.</b></p> <p>У больной А., 7 лет выявлена слабость, утомляемость, снижение аппетита, плохой сон, повышенная потливость, особенно в ночное время, повышение температуры тела до 37,0<sup>0</sup>С в вечернее время суток. Заболевание обнаружено при обследовании по поводу гиперергической пробы Манту.</p> <p>Пробы Манту с 2 ТЕ: в возрасте 1 год – 8 мм.; в возрасте 2 года – 8 мм.; в возрасте 3 года – 7 мм.; в возрасте 4 года – 6 мм.; в возрасте 5 лет – 6 мм.; в возрасте 6 лет – 4 мм.; в возрасте 7 лет – 19 мм.</p> <p>Из анамнеза выяснено: БЦЖ в родильном доме - рубчик 4 мм. Ребёнок из очага туберкулезной инфекции. Отец болен хронической деструктивной формой туберкулёза лёгких МБТ (+).</p> <p>Объективно: Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторно: по всем полям ясный лёгочный звук. ЧД - 18 в мин. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 88 в мин. АД - 100\70.</p> <p><b>Лабораторные и инструментальные методы исследования.</b> Общий анализ крови: Нв - 156 г\л; Эр - 4,2 * 10<sup>12</sup>; лейкоциты - 6,4 * 10<sup>9</sup>; п - 4, с - 56, э - 7, б - 0, л - 21, м - 12; СОЭ -25мм\ч. Общий анализ мочи: Кол-во: 110,0 мл; цвет: соломенно-желтый; прозрачная; относительная плотность: 1020; белок: не обнаружен; глюкоза: отрицательная; лейкоциты: единичные в поле зрения. Анализ промывных вод желудка на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный. Методом посева: отрицательный. Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается Проба Манту с 2 ТЕ через 72 часа: папула – 19мм. Диаскин – тест через 72 часа: папула 20 мм</p>
---	--

**Задание:**

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

**Задача 2.**

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

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

**Лабораторные и инструментальные исследования.**

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}$ , Нв – 132 г/л, лейкоциты –  $11,0 \times 10^9$ , эозинофилы – 2, п – 6, с – 64, лимфоциты 15, моноциты – 13, СОЭ – 38 мм/час.

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

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

Анализ мокроты на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный.

Методом посева: отрицательный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается

Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная.

Диаскин – тест: отрицательный.

**Задание:**

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

**Задача 3.**

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



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

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

**Лабораторные и инструментальные методы исследования.**

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

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

Анализ мокроты на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный.

Методом посева: положительный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула - 19мм.

Диаскин - тест: папула 21 мм

Трахеобронхоскопия: слизистая оболочка без видимых изменений.

**Задание:**

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

**Задача 4.**

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

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

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

**Лабораторные и инструментальные методы исследования.**

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

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

Анализ мокроты на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный.

Методом посева: отрицательный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула - 18мм.

Диаскин – тест: папула 16 мм  
Трахеобронхоскопия: слизистая оболочка без видимых изменений.

**Задание:**

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

**Задача 5.**

У больной С., 6 лет выявлены кашель с небольшим количеством мокроты, повышение температуры тела до 37,2<sup>0</sup>С в вечернее часы в течение длительного времени, слабость, потливость, одышка. Заболевание обнаружено при обследовании по поводу гиперергической пробы Манту. Календарь проб проб Манту с 2 ТЕ: 2014г.-7мм.; 2015г.-6мм.; 2016г.-6мм.; 2017г.-5мм.; 2018г.-19мм.

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

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

**Лабораторные и инструментальные методы исследования.**

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

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

Анализ мокроты на МБТ: Методом бактериоскопии: отрицательный.

Методом посева: положительный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: прилагается.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула – 17мм.

Диаскин – тест: папула 15 мм

Трахеобронхоскопия: слизистая оболочка без видимых изменений.

**Задание:**

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

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №1**

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.

Легочные поля без очаговых теней. Корни не расширены, структурны. Сердце, аорта в норме.

2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

<p>Туберкулёзная интоксикация. МБТ(-).          Диагноз установлен на основании интоксикационного синдрома, гиперергического варианта пробы Манту и Диаскин - теста, характерных изменений лабораторных показателей и данных анамнеза.</p>
<p>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.</p>
<p>Заболевание следует дифференцировать с длительным интоксикационным синдромом неспецифической этиологии (гельминтозы, заболевания ЛОР – органов, заболевания ЖКТ, детские инфекции).</p>
<p>4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.</p>
<p>Лечение следует проводить по следующей схеме:          этиотропная терапия: 3 режим химиотерапии: интенсивная фаза: 2HRZE/S, фаза продолжения: 4HE.          Патогенетическая терапия: Вит. В6, дезинтоксикационная терапия</p>

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №2

<p>1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.</p>
<p>На обзорной рентгенограмме в прямой проекции с двух сторон симметрично по всем легочным полям определяются мелкоочаговые тени (1-2 мм) малой интенсивности с нечеткими контурами. Сосудистый рисунок с двух сторон четко не определяется. Корни легких структурны. Костно-диафрагмальные синусы свободны. Сердце, диафрагма – норма.</p>
<p>2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.</p>
<p>Диагноз: милиарный туберкулёз легких в фазе инфильтрации, МБТ(+).          Диагноз установлен на основании интоксикационного и бронхолегочного синдрома, ложноотрицательного варианта пробы Манту и Диаскин - теста, характерных изменений лабораторных показателей рентгенологических данных и анамнеза.</p>
<p>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.</p>
<p>Необходимо дифференцировать с</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— брюшным тифом;</li> <li>— бронхолитом;</li> <li>— саркоидозом.</li> </ul>
<p>4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.</p>
<p>Лечение следует проводить по следующей схеме:          этиотропная терапия: I режим химиотерапии: интенсивная фаза: 3HRZE/S, фаза продолжения: 9HZE.          Патогенетическая терапия: Вит. В6, дезинтоксикационная терапия, глюкокортикостероиды, иммуностимуляторы, антиоксиданты, гемостатическая терапия.</p>

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №3

<p>1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.</p>
<p>Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: Легочные поля без очаговых теней. Оба корня в области «головки» и «тела» значительно расширены, деформированы, уплотнены. Слева определяются множественные, плотные лимфатические узлы. Сердце, аорта в норме.</p>
<p>2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.</p>
<p>Клинический диагноз: Двухсторонний туберкулез внутригрудных лимфоузлов с преимущественным поражением трахеобронхиальной и бронхопупульмональной групп в фазе инфильтрации. МБТ(+).          Диагноз установлен на основании интоксикационного и бронхолегочного синдрома, гиперергического варианта пробы Манту и Диаскин - теста, характерных изменений лабораторных показателей рентгенологических данных и анамнеза.</p>
<p>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.</p>
<p>Заболевание следует дифференцировать с туберкулёзной интоксикацией детей и подростков, лимфогранулематозом, острым бронхитом неспецифической этиологии.</p>
<p>4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.</p>
<p>Лечение следует проводить по следующей схеме:          Этиотропная терапия: 3 режим химиотерапии: интенсивная фаза: 3HRZ/E/S, фаза продолжения: 9HZE.</p>

Патогенетическая терапия: Вит. В6, дезинтоксикационная терапия.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №4

1. Опишите изменения, которые видите на рентгенограмме.
Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: Легочные поля без очаговых теней. Оба корня в области «головки» и «тела» значительно расширены, деформированы, уплотнены. Справа определяются множественные кальцинаты в проекции бронхопульмональной группы внутригрудных лимфоузлов. Сердце, аорта в норме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
Клинический диагноз: Туберкулез внутригрудных лимфоузлов правой бронхопульмональной группы в фазе кальцинации. МБТ(-). Диагноз установлен на основании анамнеза, гиперергического варианта пробы Манту и Диаскин - теста, характерных изменений рентгенологических данных.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
Заболевание следует дифференцировать с туберкулезной интоксикацией детей и подростков, бронхолизитом.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
Лечение следует проводить по следующей схеме: Этиотропная терапия: 3 режим химиотерапии: интенсивная фаза: 2HRZ/E/S, фаза продолжения: 4HZE. Патогенетическая терапия: Вит. В6, дезинтоксикационная терапия.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №5

1. Опишите рентгенограмму.
Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: Легочные поля без очаговых теней. Оба корня в области «головки» и «тела» значительно расширены, деформированы, уплотнены. Сердце, аорта в норме.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
Клинический диагноз: Двухсторонний туберкулез внутригрудных лимфоузлов с преимущественным поражением трахеобронхиальной и бронхопульмональной групп. Туморозная форма. МБТ(+). Диагноз установлен на основании интоксикационного и бронхолегочного синдрома, гиперергического варианта пробы Манту и Диаскин - теста, характерных изменений лабораторных показателей рентгенологических данных и анамнеза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
Заболевание следует дифференцировать с туберкулезной интоксикацией детей и подростков, лимфогранулематозом, острым бронхитом неспецифической этиологии.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
Лечение следует проводить по следующей схеме: Этиотропная терапия: 3 режим химиотерапии: интенсивная фаза: 3HRZ/E/S, фаза продолжения: 9HZE. Патогенетическая терапия: Вит. В6, дезинтоксикационная терапия.

#### 1. Ситуационная задача

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

## 2. Собеседование

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

## 3. Тест

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

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

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

### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

#### Банк тестовых заданий (с ответами):

1. Вес при пилоростенозе характеризуется: Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	возрастным дефицитом	+

Б	малой прибавкой	
В	прогрессирующим (с первого дня жизни) падением	
Г	неравномерной прибавкой	
Д	стабилизацией	

2. К достоверным рентгенологическим признакам пилоростеноза относятся:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	суженный пилорический канал (синдром "клювика")	+
Б	задержка контраста в желудке	
В	выявление в поздние сроки контрастного вещества в кардиальном отделе пищевода	
Г	поступление контрастного вещества мелкими порциями по кишечнику	
Д	повышенный рельеф слизистой желудка и привратника	

3. Оптимальным методом обезболивания при пилоромии является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	общая анестезия ингаляционными анестетиками (масочный наркоз)	+
Б	местная анестезия новокаином	
В	общая анестезия ингаляционными анестетиками (интубационный наркоз)	
Г	внутривенная анестезия барбитуратами	
Д	раушнаркоз	

### **Банк ситуационных клинических задач**

Задача 1. Мальчик, 10 лет, болен 3-и сутки. Жалобы на повышение температуры до 39, озноб, вялость, боли в области нижней трети голени и левого голеностопного сустава, которые появились после травмы на уроке физкультуры. Объективно: вялый, адинамичный, заторможен, температура 39,8, тахикардия, одышка. Нижняя треть голени и левый голеностопный сустав умеренно отечны, кожные покровы не изменены. Движения, осевая нагрузка в левом голеностопном суставе болезненны. При пальпации вся нижняя треть голени болезненна, симптом флюктуации отсутствует, но имеется участок наибольшей болезненности по наружной поверхности на 5 см выше лодыжки. В общем анализе крови: лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг влево. В анализе мочи патологии нет. На рентгенограмме левой голени в день поступления патологии не обнаружено. Ваш диагноз? Лечение-диагностическая тактика? Этиопатогенез, клиника, лечебная тактика данного заболевания?

Задача 2. Мальчик 10-ти лет через 3 часа после падения с велосипеда и удара руля в живот жалуется на многократную рвоту, резкие боли в животе. Объективно: кожа бледная, видимые слизистые цианотичны. Занимает вынужденное положение на правом боку с согнутыми и приведенными к животу ногами, в левом подреберье ссадина. Дыхание ритмичное, 23 в минуту. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, аускультативно везикулярное дыхание. Пульс 120 ударов в минуту, удовлетворительных качеств, АД - 95/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации мышечное напряжение и резкая болезненность во всех отделах, положительный симптом Щеткина. Притупление в отлогих местах не определяется, перистальтика вялая. Симптом Пастернацкого отрицательный, патологии в моче не выявлено. Предположительный диагноз? Лечение-диагностическая тактика? Дифференциальный диагноз при повреждении органов брюшной полости у детей?

Задача 3. Мальчик, 3,5 лет, поступил с жалобами на боли в животе, слабость, отсутствие аппетита,

повышение температуры до 39. Болен двое суток. За 2-3 дня до заболевания отмечались насморк, кашель. Объективно: заторможен, адинамичен, вял. Температура 39,4. Кожа и слизистые бледные. Дыхание 40-42 в минуту, «игра крыльев носа». При аускультации дыхание жесткое с обеих сторон, несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 120 в минуту. Живот поддут, ограничено участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, больше у пупка. Симптомы раздражения сомнительны. Глубокая пальпация невозможна из-за беспокойства ребенка. Стула за последние сутки не было. Предположительный диагноз? Лечебно-диагностическая тактика?

Ответы на задачи:

Задача 1. Диагноз: острый гематогенный остеомиелит дистального метафиза левой берцовой кости.

Тактика: госпитализация, предоперационная подготовка 2-3 часа, операция - остеоперфорация, вскрытие и дренирование периостальной флегмоны, иммобилизация конечности, консервативная комплексная терапия, рентген-контроль через 10-14 дней.

Задача 2. Диагноз: закрытая травма живота, повреждение полого органа или поджелудочной железы, перитонит.

Тактика: госпитализация, катетеризация центральной вены и предоперационная подготовка, обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении, операция - срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, устранение причин перитонита (ушивание полого органа, брыжейки, поджелудочной железы), промывание и дренирование брюшной полости.

Задача 3. Диагноз: острая деструктивная пневмония? Острый аппендицит?

Тактика: госпитализация, рентгенография грудной клетки. При подтверждении диагноза деструктивной пневмонии: консервативное комплексное лечение, пунктирование или дренирование плевральной полости по мере необходимости, осмотр под наркозом, с пальцевым исследованием прямой кишки. При подозрении на острый аппендицит - аппендэктомия.

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

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

#### 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	26. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	27. Знание алгоритма решения
	28. Уровень самостоятельного мышления
	29. Аргументированность решения
	30. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Детская хирургия»**

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА И СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА»:**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<b>Б1.В.ОД.3.1.</b> Раздел 1 «Теоретические основы лечебной физкультуры и спортивной медицины»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определение метода ЛФК.</li> <li>2. Клинико-физиологическое обоснование применения ЛФК.</li> <li>3. Классификация средств и форм ЛФК.</li> <li>4. Показания и противопоказания к назначению ЛФК.</li> <li>5. Двигательные режимы.</li> <li>6. Механизм лечебного действия физических упражнений.</li> <li>7. Алгоритм назначения ЛФК.</li> <li>8. Врачебный контроль в лечебной физкультуре.</li> <li>9. Понятие о спортивной медицине, цели и задачи.</li> <li>10. Врачебно-педагогический контроль в спортивной медицине.</li> <li>11. Влияние занятий физической культурой и спортом на физическое развитие и функциональные показатели у детей и подростков.</li> <li>12. Сроки допуска к занятиям физкультурой и спортом после заболеваний.</li> </ol>
<b>Б1.В.ОД.3.2.</b> Раздел 2 «Применение ЛФК в детской эндокринологии»	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Особенности применения ЛФК при сахарном диабете.</li> <li>14. Особенности применения ЛФК у детей с ожирением.</li> <li>15. Особенности применения ЛФК у детей с нарушениями полового созревания.</li> <li>16. Особенности применения ЛФК у детей с заболеваниями надпочечников.</li> <li>17. Особенности применения ЛФК у детей с заболеваниями щитовидной железы.</li> <li>18. Критерии эффективности использования ЛФК.</li> </ol>



## Банк тестовых заданий (с ответами)

<p><b>Б1.В.ОД.3.1.</b> Раздел 1 «Теоретические основы лечебной физкультуры и спортивной медицины»</p>	<p>1 К контингентам, занимающимся физвоспитанием и спортом, подлежащим диспансеризации, относятся. (множественный выбор).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 <b>ведущие спортсмены</b></li><li>2 учащиеся школ</li><li>3 <b>учащиеся детско-юношеских спортивных школ</b></li><li>4 студенты</li></ul> <p>2 К показателям определения биологического возраста мальчиков относят. (множественный выбор).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 <b>рост волос на лобке</b></li><li>2 <b>рост волос в подмышечных впадинах</b></li><li>3 окружность грудной клетки</li><li>4 <b>изменение голоса</b></li></ul> <p>3 К рациональному типу реакций на физическую нагрузку относится. (одиночный выбор)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 <b>нормотонический</b></li><li>2 гипотонический</li><li>3 гипертонический</li><li>4 ступенчатый дистонический</li></ul> <p>4 Лечебная физкультура - это (множественный выбор).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 <b>лечебный метод</b></li><li>2 <b>научная дисциплина</b></li><li>3 <b>медицинская специальность</b></li><li>4 <b>составная часть реабилитационного процесса</b></li></ul> <p>5 Метод проведения лечебной гимнастики в детской клинике. . (одиночный выбор)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 самостоятельный метод</li><li>2 групповой метод</li><li>3 спортивный метод</li><li>4 <b>игровой метод</b></li></ul> <p>6 Общие противопоказания к назначению лечебной физкультуры. (множественный выбор).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 субфебрильная температура</li><li>2 <b>метастазирующие опухоли</b></li><li>3 гипостатическая пневмония</li><li>4 <b>кровотечение</b></li></ul> <p>7 Задачи лечебной физкультуры при рахите. (множественный выбор).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 <b>нормализация нервных процессов</b></li><li>2 <b>предупреждение развития деформаций опорно-двигательного аппарата</b></li><li>3 <b>улучшение обменных процессов и функции сердечно-сосудистой системы</b></li><li>4 <b>повышение неспецифической резистентности организма</b></li></ul> <p>8 Противопоказания к назначению лечебной гимнастики у больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей. (множественный выбор).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 <b>опухоль почки</b></li></ul>
---	--

	<p><b>2 острый пиелонефрит</b></p> <p>3 хронический гломерулонефрит</p> <p>4 мочекаменную болезнь</p>
	<p>9 Показаниями к применению лечебной гимнастики при сколиозах являются.(множественный выбор).</p> <p>1 выраженная мобильность позвоночника</p> <p><b>2 нарушения осанки</b></p> <p><b>3 слабость мышечно-связочного аппарата</b></p> <p><b>4 наличие торсии позвонков и прогрессирования деформации позвоночника</b></p>
	<p>10 Для занятий физическим воспитанием выделяют следующие медицинские группы (множественный выбор).</p> <p>1 сильная медицинская группа</p> <p><b>2 основная медицинская группа</b></p> <p><b>3 специальная медицинская группа</b></p> <p><b>4 подготовительная медицинская группа</b></p>
	<p>11 Основные признаки физического развития (множественный выбор).</p> <p><b>1 длина тела</b></p> <p><b>2 масса тела</b></p> <p><b>3 обхват грудной клетки</b></p> <p><b>4 жизненная емкость легких</b></p>
	<p>12 Методам оценки физического развития (множественный выбор).</p> <p><b>1 метод антропометрических стандартов</b></p> <p><b>2 метод корреляции</b></p> <p>3 метод соматовегетативный</p> <p><b>4 метод индексов</b></p>
	<p>13 Индекс массы тела учитывает (множественный выбор).</p> <p><b>1 рост в кв.м</b></p> <p>2 рост в см</p> <p><b>3 массу тела в кг</b></p> <p>4 массу тела в г</p>
	<p>14 Жизненный индекс учитывает. (множественный выбор).</p> <p>1 рост в см</p> <p><b>2 массу в кг</b></p> <p><b>3 жизненную емкость легких в мл</b></p> <p>4 обхват грудной клетки в см</p>
	<p>15 Процент белка в пище спортсмена являющийся оптимальным при физических нагрузках составляет (одиночный выбор). 5</p> <p>1 30-40%</p> <p>2 25-30%</p> <p>3 50-60%</p> <p><b>4 65-70 %</b></p>
	<p>16 Различают следующие приёмы классического массажа. (множественный выбор).</p> <p><b>1 вибрация</b></p>

	<p><b>2 разминание</b>  <b>3 растирание</b>  <b>4 поглаживание</b></p> <p>17 В первые два месяца жизни детей рекомендуется использовать следующие физические упражнения (одиночный выбор).  1 идеомоторные  <b>2 рефлекторные</b>  3 пассивные  4 активные</p> <p>18 Активные физические упражнения для детей раннего возраста. (множественный выбор).  <b>1 повороты со спины на живот</b>  <b>2 отталкивание мяча ногами</b>  <b>3 поднятие рук за игрушкой</b>  4 рефлекторное сгибание стоп при надавливании на подошву</p> <p>19 Средства лечебной физкультуры (множественный выбор).  <b>1 настольные игры</b>  2 режим приема медикаментов  <b>3 массаж</b>  <b>4 физические упражнения</b></p> <p>20 К упражнениям для мелких мышечных групп относятся (множественный выбор).  <b>1 упражнения для мышц лица</b>  2 упражнения для мышц предплечья  <b>3 упражнения для мышц кисти</b>  4 упражнения для мышц голени</p>
--	--

**Банк ситуационных клинических задач:**

**Б1.В.ОД.3.2.** Раздел 2  
«Применение ЛФК в  
детской  
эндокринологии»

**Задача № 1.**

Больной К, 17 лет. В течение 11 лет страдает сахарным диабетом 1 типа. 3 дня назад заболел ангиной, стала нарастать жажда, появились сильные боли в животе, частая рвота. Доставлен в хирургическую клинику с диагнозом «острый аппендицит». Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Кожные покровы сухие, язык сухой, обложен желтовато-коричневым налетом. Выраженная гипотония мышц, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие, пульс 120 ударов в мин., слабого наполнения. АД 80/55 мм рт.ст. Живот резко болезненный при пальпации, особенно справа в подвздошной области, напряжен, положительный симптом Щеткина. ОАК: лейкоциты - 22,0х10<sup>9</sup>, п/я - 18%, с/я - 80%, мон. - 2%. Биохимический анализ крови: общий белок- 70,2 г/л, К -3,2 ммоль/л, Na -132,0 ммоль/л., глюкоза - 32 ммоль/л, АСТ-45 ЕД (N до 35), АСТ 52 ЕД (N до 40).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. Показана ли пациенту ЛФК.
3. С какого дня следует начинать ЛФК.

**Задача № 2.**

Девочка., 2 г. 5 мес. девочка от 1 беременности, срочных родов. Беременность протекала физиологично. При рождении масса 3800 г., рост 52 см. У матери диффузный зоб I степени, эутиреоз. Во время беременности получала йодпрофилактику. В период новорожденности у ребенка отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки. На первом году жизни плохая покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах (“лягушачий”) в положении на спине), расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка не увеличены. Диурез не нарушен. Выражена склонность к запорам.

ОАК: Нб -91г/л, эр -3,8 Е/л, Ц.П.- 0,85 L -9,0 г/л, п/я- 3%, с/я- 30%, э- 1%, л- 57%, м 8%, СОЭ- 7 мм/ч.

ОАМ: цвет желтый, прозрачный, уд. вес- 1015, рН- 5,0, белок- отр., сахар- отр., ацетон отр., лейкоц.-1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок- 60,2 г/л, общ. билирубин - 7,5 мкмоль/л, прямой -0 мкмоль/л, холестерин- 8,4 ммоль/л, К -5 ммоль/л, Na - 132,0 ммоль/л

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. Показана ли пациентке ЛФК.
3. С какого дня следует начинать ЛФК.

**Задача № 3**

Девочка., 12 лет, от первой беременности, протекавшей с гестозом первой половины. Роды срочные, в срок 39 недель. При рождении рост 53 см, масса 3800 г. У матери аутоиммунный тиреоидит, диффузный зоб II степени, эутиреоз, по поводу которого получает заместительную гормонотерапию. Из анамнеза известно, что девочка часто болеет ОРЗ. Год назад ребенок перенес стрессовую ситуацию, после чего обратили внимание на сильную раздражительность, плаксивость ребенка, увеличение щитовидной железы. Девочка обследовалась был выставлен диагноз: Диффузный токсический зоб.

При поступлении в отделение девочка жалуется на слабость, сердцебиение, похудание при хорошем аппетите, увеличение щитовидной железы, жажду, чувство жара. Общее состояние средней степени тяжести, масса 42 кг, рост 151 см. кожные покровы чистые, повышенной влажности, бледные. Красный

стойкий дермографизм. Тургор тканей снижен, мышечная гипотония. Обращает внимание тремор рук, блеск глаз, экзофтальм, широкие глазные щели, симптом Мебиуса, симптом Эллинека, симптом “телеграфного столба”. Аускультативно дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, тахикардия до 120 уд. в мин., систолический шум в точке Боткина. АД 130/50 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Щитовидная железа при глотании заметна на глаз, хорошо пальпируются обе доли, перешеек 0,7 см, правая доля 3,0\*3,0 см, левая 3,0\*3,5 см, умеренно плотноватая, неравномерная, узлов нет, безболезненная.

ОАК: Нб 115г/л, эр 3,4 Е/л, L 9,3 г/л, п/я 4%, с/я 58%, эоз 3%, л 48%, м 5%, СОЭ 12 мм/ч.

ОАМ: цвет желтый, прозрачный, уд. вес 1020, рН 6,0, белок, сахар отр., ацетон отр.

Биохимический анализ крови: общий белок 62,7 г/л, общ. билирубин 7,0 мкмоль/л, прямой 0 мкмоль/л, сахар 6,6 ммоль/л холестерин 2,7 ммоль/л, К 3,9 ммоль/л, Na 140,0 ммоль/л

ЭКГ: высокие заостренные зубцы Р и Т, экстрасистолия, синусовая тахикардия 115 уд в мин.

Вопросы:

1. Показана ли пациентке ЛФК.
2. С какого дня следует начинать ЛФК.
3. Средства, формы и методы ЛФК следует использовать.

Задача № 4

Больной 10 лет поступил с жалобами на отставание в физическом и половом развитии. Ребенок от второй беременности, которая протекала с токсикозом 1 половины. Роды нормальные, срочные. Масса при рождении 3400 г, рост 51 см. Голову держит с 2-х мес. сидит с 5,5 мес., ходит с 10 мес., говорит с 1 года. Отставание в росте отмечается с 4-х лет. Болеет редко 2-3 раза в год. Прибавка в росте за последние 1-2 года 2см. Рост матери 165 см, отца 174см. Объективно рост 97 см, масса 18кг, телосложение пропорциональное соответствует 3-х летнему ребенку. Надключичные ямки сглажены, отложение жира в виде «подушечек» в преакселлярных областях, кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, суховаты. Голос высокий, тургор тканей снижен. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, громкие. Пульс 76 уд. в мин., АД 80/60 мм.рт.ст., Половые органы сформированы правильно соответствуют размерам здорового ребенка 4-х лет. Интеллект соответствует возрасту.

ОАК: Нв-113 г/л, эр 4.7/л, Цв. П. 0,94 L 15x103 г/л, Тром. 778 г/л, с 44%, л 50 %, м1 %, СОЭ 12 мм/ч

ОАМ: цвет желт., прозр., реакция 5,0, плотность 1015

Биохимический анализ крови: белок 67.3 г/л, билирубин 9.0 мкмоль/л, прямой 0,5 мкмоль/л, сахар 4,0 ммоль/л, холестерин -5,5 ммоль/л, β липопротеиды 68 ед., Na 159,9ммоль/л, К 4,95ммоль/л, Са 2,24 ммоль/л, Р-1,83ммоль/л, С1 107,6 ммоль/л, мочевины-ммоль/л, креатинин ммоль/л, АСТ 25,7 ммоль/л, АЛТ 26,4 ммоль/л.

Был выставлен диагноз :Низкорослость вследствие соматотропной недостаточности

Вопросы:

1. Показана ли пациенту ЛФК.
2. С какого дня следует начинать ЛФК.
3. Средства, формы и методы ЛФК следует использовать.

Задача № 5

Мальчик, 7 лет, поступил с жалобами на ускорение физического полового развития. Ребенок от III нормальной беременности, масса тела при рождении 2500, рост 53 см. С рождения отмечено увеличение наружных половых

органов. В росте и физическом развитии заметно опережал своих сверстников. В 2-летнем возрасте появилось оволосение лобковой области. При объективном исследовании: физическое развитие соответствует 13 годам, рост 152 см, масса тела 36 кг соответственно. На лице, спине множественные акне вульгарис. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. На лобке значительное выраженное оволосение по мужскому типу. Половой член крупный, как у взрослого мужчины. Яички в мошонке, до 2 см в диаметре, эластичные.

ОАК: Нв-121 г/л, эр 4,05Т/л, Цв. П. 0,82, L 6,8 x10<sup>3</sup> г/л, Тром. 144 г/л, э 4 %, с 35 %, л 55 %, м 6 %, СОЭ 7 мм/ч

ОАМ: цвет желт., прозр., реакция 6,0, плотность 1020.

Биохимический анализ крови: белок 81,5 г/л, билирубин 15,0 мкмоль/л, непрямоу 14 ммоль/л, глюкоза 5,3 ммоль/л, холестерин 4,8 ммоль/л, Na 130 ммоль/л, К 5,6 ммоль/л, АСТ 25 ммоль/л, АЛТ 29 ммоль/л, С-реакт. белок отр.

Был выставлен диагноз: Врожденная дисфункция коры надпочечников вирильная форма

Вопросы:

1. Показана ли пациенту ЛФК.
2. С какого дня следует начинать ЛФК.
3. Средства, формы и методы ЛФК следует использовать.

#### Задача № 6

Пациентка, 17 лет, направлена на консультацию к эндокринологу, так как во время диспансеризации перед поступлением в институт обнаружена гипергликемия натощак (уровень глюкозы в капиллярной крови был 6,4 ммоль/л при норме до 5,6 ммоль/л) и снижение веса на 4 кг на фоне нормального аппетита.

Из анамнеза выявлено: У матери в 36 лет выявили нарушение толерантности к глюкозе, но сахарный диабет у нее не развился. У бабушки по материнской линии сахарный диабет типа 2, заболела в 45 лет, получает гликлазид (Диабетон), осложнений нет. У тети по материнской линии с 25 лет сахарный диабет с постепенным ухудшением течения.

Объективно: рост 160 см, вес 79 кг. По внутренним органам - статус без особенностей.

Гликозилированный гемоглобин HbA1c = 6,5% (верхняя граница нормы 6%), (при норме от 50 до 160 пмоль/л), С-пептид натощак = 1,8 нг/мл (при норме от 0,48 до 3,3 нг/мл).

При пероральном тесте на толерантность к глюкозе уровень глюкозы в плазме натощак был 7,5 ммоль/л (норма до 6,1 ммоль/л), а через 2 ч после приема глюкозы 10,5 ммоль/л (норма до 7,8 ммоль/л).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. Показана ли пациентке ЛФК.
3. С какого дня следует начинать ЛФК.

#### Задача № 7

На обследование в клинику направлен мальчик 13 лет с жалобами на избыточный вес, частые головные боли, головокружение, утомляемость. Со слов мамы, мальчик начал полнеть с 7-летнего возраста, однако за последние 1,5 года отмечается особенно большая прибавка в массе. Головная боль и головокружение беспокоят в течение года. Из семейного анамнеза известно, что избыточный вес имеют мать, отец, бабушка мальчика по материнской линии. У матери ребенка - повышенное АД, у бабушки - сахарный диабет 2 типа. В рационе семьи преобладают мучные, макаронные изделия, картофель. Часто - выпечка. Объективно: рост ребенка - 171 см, масса - 92 кг. Избыточное неравномерное отложение подкожно-жировой клетчатки: преимущественно на груди,

	<p>животе. Фолликулит, цианотический оттенок кожи на предплечьях, кистях рук, бедрах, ягодицах. На коже груди, живота - яркие багрово-синюшные стрии. Дистальный гипергидроз. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 80 в мин. АД - 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул оформленный, регулярный. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Длина яичек - 3,5 см. Формула пубертата: A2 P2 L1 V1 F0.</p> <p>Был выставлен диагноз: Гипоталамический синдром пубертатного периода, ожирение 3 степени (избыток массы &gt;50%).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Показана ли ЛФК</li> <li>2. Определение индекса массы тела</li> <li>3. Средства и формы ЛФК</li> </ol> <p>Задача № 8</p> <p>Девочка 14 лет обратилась с жалобами на низкий рост, отсутствие вторичных половых признаков. Объективно: физическое развитие ниже среднего, соответствует 9 годам (SDS роста -2,9), пропорциональное. Отмечается «птериgium», гипертелоризм сосков. Кожа чистая, умеренно-влажная. ЧСС – 76 в мин. Тоны сердца – ясные, ритмичные. Живот мягкий безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Щитовидная железа не увеличена. Вторичные половые признаки отсутствуют. Из семейного анамнеза известно, что родители девочки - среднего роста.</p> <p>Был выставлен диагноз: Синдром Шерешевского-Тернера.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Показана ли ЛФК</li> <li>2. С какого дня можно назначить ЛФК</li> <li>3. Средства и формы ЛФК</li> </ol>
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

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

#### 3. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	31. Полнота знания учебного материала по теме занятия
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	32. Знание алгоритма решения
- пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	33. Уровень самостоятельного мышления
	34. Аргументированность решения
	35. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА И СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-20	1-8	1-18
ПК	1	-	-	2-6, 9, 11
	2	-	-	8,11
	5	-	1-8	13-18
	8	-	1-8	13-18