

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 (степень) выпускника: **врач детский эндокринолог**

Кафедра: **Кафедра внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2023, 2024 года поступления (актуализированная редакция)

Волгоград, 2024

**Разработчики:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода С.В.	Зав. кафедрой внутренних болезней ИНМФО	д.м.н./ профессор	Внутренних болезней Института НМФО
2.	Никифорова Е.М.	Доцент кафедры внутренних болезней ИНМФО	к.м.н./ доцент	Внутренних болезней Института НМФО
3.	Барыкина И.Н.	Доцент кафедры внутренних болезней ИНМФО	к.м.н./ доцент	Внутренних болезней Института НМФО
4.	Попова Е.А.	Старший преподаватель кафедры	к.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.17 «Детская эндокринология»**

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол № 4 от «20» мая 2024 года  
Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО, д.м.н., профессор  
С.В. Недогода



**Рецензент:** заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения РФ, д.м.н., профессор, Болотова Н.В.

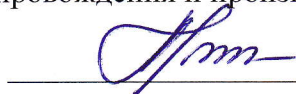
Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 12 от «27» 06 2024 года

Председатель УМК



/М.М. Королева/

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



/М.Л. Науменко/

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от «27» 06 2024 года

Секретарь Ученого совета



/М.В. Кабытова/

**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 style="text-align: center;"><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) -1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) -1 <b>Уметь:</b> применять методы анализа, синтеза У (УК-2) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления З (УК-2) -1					
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	<p><b>Уметь:</b> мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья</p> <p><b>Знать:</b> техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;</p>					
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	<p><b>Владеть:</b> навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p><b>Уметь:</b> приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья</p> <p><b>Знать:</b> особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей</p>					

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

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

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

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень</p> <p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти критериям</p>	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. Стил
	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%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
<b>Удовлетворительно (3)</b>	
- 76 – 90%	
<b>Хорошо (4)</b>	
-91-100	61 – 75
<b>Отлично (5)</b>	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 ЦЕЛЮ 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 РЕАЛЬНОГО 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 пострадавшим направляют:

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

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

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

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

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

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

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

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

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

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



- в. унитиол;
- г. дипироксим.

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

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

31. К корпускулярным относятся излучения:

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

32. Бета-частицы ( $\beta^-$ ,  $\beta^+$ ) – 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 сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

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

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

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

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

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

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

под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 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 врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС 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

-пяти 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**
- Кариез
- **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 гемоглинонов со сниженным сродством к кислороду:**

- **Po<sub>2</sub> снижено**
- Po<sub>2</sub> повышено
- **Po<sub>2</sub> в норме**
- SO<sub>2</sub> увеличено
- **SO<sub>2</sub> снижено**
- SO<sub>2</sub> 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, мегакариоциты не найдены.

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

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

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

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

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

Общий анализ крови: 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°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 (ИП)**

*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 °С в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.*

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39 °С, появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен

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

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

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

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

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

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

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

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

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

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

**Таблица 1. Общий анализ крови в динамике**

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

**Таблица 2. Биохимические исследования крови**

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

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
T-лимфоциты (CD3 <sup>+</sup> CD19 <sup>-</sup> )	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
T-хелперы/T-индукторы (CD4 <sup>+</sup> CD8 <sup>-</sup> )	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
T-супрессоры/T-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
B-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 толщину стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

#### **Вопросы**

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

### **Ситуационная задача № 2.**

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

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

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

#### **Вопросы**

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

### **Ситуационная задача № 3.**

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - 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 align="center"><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>  <b>А) Метод затраты-эффективность.</b>  <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) мepoпeнeм**
- C) цeфтpиaкcoн
- D) вaнкoмицин

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

- A) рeкoмбинaнтные  $\alpha$  /  $\gamma$  интepфepoны
- B) кaгoцeл
- C) ингaвиpин**
- D) циклoфepoн

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) левомицетин
- C) имипенем
- D) амокициллин-клавунат

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

- A) гипнотический
- B) aнксиoлитический**
- C) вeгeтoтpoпный
- D) прoтивocудopожный
- 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**

	В) внутримышечно 1 мл норадреналин С) 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 «Общая часть эндокринологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Организация амбулаторной специализированной помощи детям с эндокринными заболеваниями. (ОПК2)</li> <li>2. Организация стационарной специализированной помощи детям с эндокринными заболеваниями. (ОПК2)</li> <li>3. Организация работы эндокринологического кабинета в амбулаторной сети и в стационаре. (ОПК2)</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. (ОПК1)</li> <li>5. Нарушения взаимодействий гипоталамо – гипофизарной системы. Гипофизарная недостаточность. Гиперсекреция тропных гормонов. (ОПК1)</li> <li>6. Классификация синдрома Иценко – Кушинга. Этиология. Патологическая анатомия. Патогенез клинических симптомов. Клинические проявления заболевания, диагностические критерии. Современные возможности терапии. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>7. Патология роста. Физиологические особенности роста у детей различных возрастов. Критерии оценки физического развития. Биологический и паспортный возраст. Конституциональные особенности роста у детей. (ОПК4)</li> <li>8. Низкорослость. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5, ОПК6)</li> <li>9. Высокорослость. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5, ОПК6)</li> <li>10. Гипогонадизм. Классификация. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5, ОПК6)</li> </ol>
---	--

<p><i>Б 1.Б.6.2</i> Раздел 2 «Частная эндокринология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Сахарный диабет 1 типа. Патогенез. Классификация. Триггерные механизмы. Клинические признаки манифестации. Критерии диагноза. (ОПК1, ОПК4)</li> <li>12. 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. (ОПК5)</li> <li>13. Инсулинотерапия. Фармакологические особенности инсулинов. Способы введения инсулина. Осложнения инсулинотерапии. Мониторинг больных сахарным диабетом. Профилактика развития осложнений. Профилактика интеркуррентных заболеваний. Принципы вакцинации. (ОПК5, ОПК6)</li> <li>14. Гипогликемия. Определение. Диагностика. Классификация. Клинические проявления. Лечение. Профилактика. Гипогликемическая кома. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>15. Гипергликемическая кома. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>16. Сахарный диабет 2 типа. Эпидемиология сахарного диабета. Патогенез. Классификация. Особенности у детей. Клинические проявления. Диагностика. (ОПК4)</li> <li>17. Ожирение. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>18. Гипотиреоз. Эпидемиология. Врожденный гипотиреоз. Группа риска. Клинические признаки в периоде новорожденности. Скрининг новорожденных. Критерии диагноза. Возрастные особенности клинических проявлений и течения гипотиреоза. Диагностические критерии. (ОПК4)</li> <li>19. Гипертиреоз. Диффузный токсический зоб. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>20. Тиреотоксический криз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложная терапия. Прогноз. Профилактика. (ОПК10)</li> <li>21. Эндемический зоб. Определение. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Прогноз. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>22. Гипопаратиреоз. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>23. Гиперпаратиреоз. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>24. Надпочечники. Анатомо-физиологические особенности. (ОПК1)</li> <li>25. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность. Основные причины. Клиника. Диагностика. Лечение. (ОПК10)</li> <li>26. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности. Плановая заместительная терапия хронической надпочечниковой недостаточности. (ОПК10)</li> <li>27. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>28. Преждевременное половое созревание. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>29. Задержка полового развития. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>30. Нарушения половой дифференцировки. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. (ОПК4, ОПК5)</li> </ol>
---	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1 «Общая часть эндокринологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основные положения организации детской эндокринологической службы. (ОПК2)</li> <li>2. Возрастные особенности гипоталамо-гипофизарной системы. (ОПК1)</li> <li>3. Взаимодействие гипоталамуса – гипофиза – периферических эндокринных желез. (ОПК1)</li> </ol>
---	---

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Клинические проявления и диагностические критерии гипотизарной недостаточности. (ОПК4)</li> <li>5. Гиперпролактинемия – причины и диагностические критерии. (ОПК4)</li> <li>6. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга дифференциально – диагностические критерии. (ОПК4)</li> <li>7. Соматотропный гормон физиологические влияния. (ОПК1)</li> <li>8. Соматотропная недостаточность – причины и диагностические критерии. (ОПК4)</li> <li>9. Соматотропная недостаточность – современные возможности коррекции. (ОПК5)</li> <li>10. Высокоскорость – причины и возможности коррекции. (ОПК1)</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частная эндокринология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Сахарный диабет 1 типа у детей. Патогенетические механизмы развития клинических симптомов манифестации. (ОПК4)</li> <li>12. Гипергликемическая кома. Алгоритм неотложной помощи. (ОПК10)</li> <li>13. Инсулинотерапия. Современные способы доставки. (ОПК5)</li> <li>14. Фармакологические особенности инсулинов. Особенности назначения в детской практике. (ОПК5)</li> <li>15. Гипогликемические состояния: причины, патогенетические механизмы. Клинические проявления. (ОПК4)</li> <li>16. Диабетическая гипогликемическая кома: причины, этапы развития, клинические проявления. (ОПК4)</li> <li>17. Врожденный гипотиреоз: причины, механизмы развития, ранняя диагностика. (ОПК1)</li> <li>18. Йоддефицитные состояния: распространенность, причины, заболевания, связанные с дефицитом йода. (ОПК1)</li> <li>19. Специфическая и не специфическая профилактика дефицита йода. (ОПК8)</li> <li>20. Тиреотоксический криз: алгоритм диагностики и неотложной помощи. (ОПК10)</li> <li>21. Гиперплазия коры надпочечников: биохимические механизмы развития, классификация. (ОПК1)</li> <li>22. Аденогенитальный синдром возможности ранней диагностики, особенности у мальчиков и девочек. (ОПК4)</li> <li>23. Фармакологические свойства препаратов глюкокортикоидов, показания к применению, критерии эффективности. (ОПК5)</li> <li>24. Генетические и эндокринные детерминанты развития ожирения в детском возрасте. (ОПК1)</li> <li>25. Дифференциально-диагностические критерии различных форм ожирения у детей. (ОПК4)</li> <li>26. Возможности коррекции простого ожирения ( диета, физические нагрузки, медикаментозная терапия). (ОПК5)</li> <li>27. Анатомо-физиологические особенности половой дифференцировки у мальчиков и девочек. Критерии оценки полового развития. (ОПК4)</li> <li>28. Преждевременное половое развитие у мальчиков: причины, критерии диагноза. (ОПК4)</li> <li>29. Задержка полового развития у мальчиков: причины, классификация, возможности коррекции. (ОПК1)</li> <li>30. Варианты нарушения полового развития у девочек: причины, возможные механизмы, классификация. (ОПК1)</li> </ol>

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

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общая часть эндокринологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Задачами врача эндокринологического кабинета являются все перечисленные, за исключением (ОПК2) <ol style="list-style-type: none"> <li><b>а. вакцинопрофилактики</b></li> <li>б. консультаций больных эндокринными заболеваниями</li> <li>в. специфической диагностики</li> <li>г. специфической гормонотерапии</li> </ol> </li> <li>2. Первичным в патогенезе клинических симптомов несахарного диабета является: (ОПК4) <ol style="list-style-type: none"> <li><b>а. полиурия</b></li> <li>б. полидипсия</li> </ol> </li> </ol>
---	--

	<p>в. дегидратация г. желудочно-кишечные расстройства</p> <p>3. Препараты, подавляющие секрецию АКТГ: (ОПК5) а. <b>Бромкриптин. Достинекс</b> б. Мамомит. Бромкриптин в. Достинекс. Ориметен г. Ориметен. Мамомит</p> <p>4. Клинические проявления акромегалии: (ОПК4) а. <b>все перечисленное</b> б. отеки и гипертрофия мягких тканей в. гипертрофическая артропатия г. прогнатизм</p> <p>5. В патогенезе клинических проявлений церебрально-гипофизарного нанизма имеет значение дефицит следующих гормонов: (ОПК4) а. <b>тиреотропного гормона, гормона роста, аденокортикотропного гормона</b> б. гормона роста, гонадотропинов в. аденокортикотропного гормона, половых гормонов г. кортикостероидов</p> <p>6. Клинические проявления церебрально-гипофизарного нанизма, обусловленные дефицитом гормона роста: (ОПК4) а. <b>задержка роста, задержка костного возраста</b> б. гипергликемии в. задержка роста, ускорение костного возраста г. ожирение</p> <p>7. Церебрально-гипофизарный нанизм необходимо дифференцировать с: (ОПК4) а. <b>все перечисленное</b> б. конституциональной задержкой роста и полового развития в. семейной низкорослостью г. примордиальным нанизмом</p> <p>8. В комплексе лечения церебрально-гипофизарного нанизма используются: (ОПК5) а. <b>гормон роста, тиреоидные препараты, половые гормоны</b> б. тиреоидные препараты, поливитамины в. хорионический гонадотропин, половые гормоны г. половые гормоны, глюкокортикостероиды</p> <p>9. Опухоли гипофиза можно заподозрить, если обнаруживается: (ОПК4) а. <b>все ответы правильные</b> б. эрозия костных стенок турецкого седла, головные боли в. сужение полей зрения г. снижение слуха, вызванное сдавливанием слухового нерва</p> <p>10. Возможными этиологическими факторами болезни Иценко-Кушинга не является: (ОПК1) а. <b>гормонально-активные опухоли коры надпочечников</b> б. опухоли гипофиза в. травмы черепа г. воспалительные процессы в гипоталамо-гипофизарной области</p>
--	---

	<p>11. Для болезни Иценко-Кушинга не характерно увеличение секреции: (ОПК4)</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: (ОПК4)</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 «<i>Частная эндокринология</i>»</p>	<p>13. К аутоиммунному типу сахарного диабета относится: (ОПК1)</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: (ОПК1)</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: (ОПК1)</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): (ОПК4)</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> <p>17. Посталиментарная гликемия указывает на сахарный диабет при значениях (ммоль/л): (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>&gt; 11,1</b></li> <li>б. &gt; 9,9</li> <li>в. &gt; 12,0</li> <li>г. &gt; 9,6</li> </ul> <p>18. Нагрузка глюкозой при проведении стандартного глюкозотолерантного теста дается из расчета (г/кг): (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>1,75</b></li> <li>б. 0,5</li> <li>в. 1,5</li> <li>г. 2,75</li> </ul> <p>19. К метаболическим маркерам гипогликемии относится: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>низкое содержание сахара в крови</b></li> <li>б. высокое содержание сахара в крови</li> <li>в. повышение концентрации в крови кетоновых тел</li> <li>г. положительная реакция мочи на ацетон</li> </ul>

20. Предпочтительными режимами инсулинотерапии у детей и подростков являются: (ОПК5)
- 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: (ОПК5)
- 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: (ОПК4)
- 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: (ОПК4)
- 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: (ОПК5)
- 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? (ОПК5)
- 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: (ОПК5)
- 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: (ОПК5)
- а. **виноград, инжир, хурма**
  - б. грибы
  - в. сметана, сливки, сыры, масло сливочное
  - г. хлеб
28. Основная причина развития диабетической кетоацидотической комы: (ОПК1)
- а. **дефицит инсулина**
  - б. избыток инсулина
  - в. дефицит глюкагона
  - г. дефицит глюкокортикоидов
29. Диабетическая кетоацидотическая кома развивается: (ОПК1)
- 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: (ОПК5)
- 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: (ОПК5)
- а. **14**
  - б. 17
  - в. 8
  - г. 24
32. В патогенезе симптомов гиперосмолярной комы основное значение имеет: (ОПК4)
- 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: (ОПК10)
- 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: (ОПК1)
- а. **повышение потребности в инсулине во 2 и 3 триместре беременности**

	<p>б. снижение потребности в инсулине на протяжении всей беременности</p> <p>в. снижение потребности в инсулине в первом триместре беременности</p> <p>г. потребность в инсулине во время беременности не изменяется</p> <p>35. Какой уровень гликемии (ммоль/л) у новорожденных от матерей с сахарным диабетом считается гипогликемическим: (ОПК4)</p> <p>а. <b>1,5</b></p> <p>б. 5,5</p> <p>в. 3,3</p> <p>г. 2,7</p> <p>36. Постнатальными последствиями "диабетической фетопатии" могут быть: (ОПК4)</p> <p>а. <b>поражения цнс различной степени выраженности</b></p> <p>б. сахарный диабет новорожденного</p> <p>в. пороки развития плода</p> <p>г. задержка полового развития</p> <p>37. В патогенезе диффузного эндемического зоба имеют значение: (ОПК1)</p> <p>а. <b>избыток тиреотропного гормона</b></p> <p>б. иммунодефицит</p> <p>в. тиреостимулирующие антитела</p> <p>г. избыток селена в продуктах питания</p> <p>38. Основной источник йода для человека: (ОПК1)</p> <p>а. <b>морские продукты</b></p> <p>б. поваренная соль</p> <p>в. молочные продукты</p> <p>г. растительная пища</p> <p>39. Классификация ВОЗ (1994) подразумевает наличие зоба при: (ОПК1)</p> <p>а. <b>увеличение долей щитовидной железы сверх размера дистальной фаланги большого пальца</b></p> <p>б. любых размерах пальпируемых долей щитовидной железы</p> <p>в. плотной консистенции долей щитовидной железы</p> <p>г. утолщение перешейка щитовидной железы более 1 см</p> <p>40. Цитологический вариант йоддефицитного эндемического зоба: (ОПК4)</p> <p>а. <b>коллоидный</b></p> <p>б. трабекулярный</p> <p>в. аутоиммунный</p> <p>г. фолликулярный</p> <p>41. Суточная потребность 5-летнего ребенка в йоде составляет: (ОПК5)</p> <p>а. <b>90 мкг</b></p> <p>б. 50 мкг</p> <p>в. 1 мг</p> <p>г. 150 мкг</p> <p>42. Профилактика эндемического зоба включает: (ОПК8)</p> <p>а. <b>применение таблетированных препаратов йодистого калия</b></p>
--	---

	<p>б. использование поваренной соли с пониженным содержанием натрия</p> <p>в. использование йодированного масла лицам старше 50 лет</p> <p>г. молочно-растительное питание</p> <p>43. В лечении эндемического зоба используются: (ОПК5)</p> <p><b>а. Левотироксин</b></p> <p>б. йодированная поваренная соль</p> <p>в. глюкокортикоиды</p> <p>г. Мерказолил</p> <p>44. Показания к хирургическому лечению эндемического зоба: (ОПК5)</p> <p><b>а. смещение/сдавление органов шеи</b></p> <p>б. наличие антителоносительства</p> <p>в. семейный анамнез по узловым патологиям щитовидной железы</p> <p>г. пальпируемый узел размером до 1 см</p> <p>45. Аутоиммунный тиреоидит детей и подростков в большинстве случаев характеризуется: (ОПК1)</p> <p><b>а. развитием диффузного зоба</b></p> <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: (ОПК1)</p> <p><b>а. 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: (ОПК1)</p> <p><b>а. 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: (ОПК4)</p> <p><b>а. 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: (ОПК4)</p> <p><b>а. 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: (ОПК4)</p> <p><b>а. уровень свободного тироксина и тиреотропного гормона в сыворотке крови</b></p> <p>б. уровень холестерина крови</p>
--	--

- в. время ахиллового рефлекса
  - г. функцию щитовидной железы на автономность
51. Особенности клинических проявлений диффузного токсического зоба у детей: (ОПК4)
- а. преобладание нарушений в нервно-психической сфере**
  - б. изолированные нарушения сердечного ритма
  - в. частое сочетание с аутоиммунной орбитопатией
  - г. преобладание узловых форм зоба
52. Тяжесть течения диффузного токсического зоба у детей определяется: (ОПК4)
- а. выраженностью клинических синдромов**
  - б. размерами щитовидной железы
  - в. уровнем тиреотропного гормона в крови
  - г. возрастом больного
53. При ожирении I степени избыток массы тела составляет: (ОПК4)
- а. 10 %-29 %**
  - б. 30 %-49 %
  - в. >50 %
  - г. <10 %
54. При ожирении II степени избыток массы тела составляет: (ОПК4)
- а. 30 %-49 %**
  - б. >50 %
  - в. >60 %
  - г. 10 %-29 %
55. При ожирении III степени избыток массы тела составляет: (ОПК4)
- а. 50 %-99 %**
  - б. 10 %-29 %
  - в. >35 %
  - г. >100 %
56. Индекс массы тела определяется как: (ОПК4)
- 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: (ОПК1)
- 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: (ОПК4)
- а. все перечисленное**
  - б. болезни Иценко-Кушинга
  - в. Гипогонадизме
  - г. Гипотиреозе
59. Ожирение не является фактором риска развития: (ОПК1)
- а. Сахарного диабета и гипертонической болезни**
  - б. Тиреотоксикоза
  - в. Гипотонии
  - г. Желчно-каменной болезни

	<p>60. К метаболическим нарушениям, не характерным для больных ожирением относится: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>повышенная утилизация неэстерифицированных жирных кислот</b></li> <li>б. повышение липосинтеза</li> <li>в. гиперинсулинизм</li> <li>г. снижение процессов липолиза</li> </ul> <p>61. Больной с ожирением не нуждается в консультации: (ОПК2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>хирурга</b></li> <li>б. окулиста</li> <li>в. гинеколога</li> <li>г. отоларинголога</li> </ul> <p>62. К наследственным синдромам, сопровождающимся ожирением, относятся: (ОПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>синдром Прадера-Вилли</b></li> <li>б. синдром Клайнфельтера</li> <li>в. синдром Олбрайта-Брайцева</li> <li>г. ни один из перечисленных</li> </ul> <p>63. В комплекс лечения гипоталамического ожирения не входит: (ОПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>инсулинотерапия</b></li> <li>б. диетотерапия</li> <li>в. физиотерапия</li> <li>г. липотропные препараты</li> </ul> <p>64. Основные принципы диетотерапии детей с ожирением предусматривают: (ОПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>все перечисленное</b></li> <li>б. гипокалорийное дробное питание</li> <li>в. ограничение жиров и углеводов</li> <li>г. содержание белка в возрастной потребности</li> </ul> <p>65. Особенностью вторичной надпочечниковой недостаточности не является: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>нормальный уровень кортизола</b></li> <li>б. отсутствие гиперпигментации</li> <li>в. отсутствие повышенной потребности в соли</li> <li>г. отсутствие гиперкалиемии</li> </ul> <p>66. Пробы, имеющие диагностическое значение для глюкокортициновой недостаточности: (ПК1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>большая дексаметазоновая</b></li> <li>б. дексаметазон-хориогониновая</li> <li>в. с АКТГ</li> <li>г. гсХГ</li> </ul> <p>67. Клинические симптомы, характерные для андростеромы: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>рост ускорен и раннее телархе</b></li> <li>б. рост ускорен и задержка полового развития</li> <li>в. задержка роста и раннее половое созревание</li> <li>г. рост ускорен и раннее половое оволосение</li> </ul> <p>68. Клинические симптомы, характерные для первичного гиперальдостеронизма: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>артериальная гипертензия и приступы миоплегии</b></li> <li>б. головные боли и судорожная активность</li> <li>в. слабость и прибавка веса</li> </ul>
--	---

	<p>г. полиурия и запах ацетона изо рта</p> <p>69. Изменения, характерные для первичного гиперальдостеронизме: (ОПК4)</p> <p>а. <b>содержание альдостерона в плазме повышено, активность ренина - снижена</b></p> <p>б. содержание альдостерона в плазме повышено, активность ренина - повышена</p> <p>в. содержание альдостерона в плазме снижено, активность ренина - повышена</p> <p>г. содержание альдостерона в плазме снижено, активность ренина - снижена</p> <p>70. Этиологические факторы вторичной хронической надпочечниковой недостаточности: (ОПК1)</p> <p>а. <b>врожденный дефицит АКТГ</b></p> <p>б. опухоль надпочечника</p> <p>в. врожденная гипоплазия надпочечников</p> <p>г. аутоиммунное поражение надпочечников</p> <p>71. При лечении первичного гипокортицизма применяют: (ОПК5)</p> <p>а. <b>стероидные гормоны</b></p> <p>б. сердечные препараты</p> <p>в. мочегонные препараты</p> <p>г. Синактен-депо</p> <p>72. Причины первичной хронической недостаточности надпочечников: (ОПК1)</p> <p>а. <b>аутоиммунное поражение или туберкулез надпочечников</b></p> <p>б. длительный прием глюкокортикоидов.</p> <p>в. черепно-мозговая травма</p> <p>г. нейроинфекция</p> <p>73. Лечение острой недостаточности надпочечников начинают с введения: (ОПК10)</p> <p>а. <b>Гидрокортизона в вену</b></p> <p>б. Преднизолона в мышцу</p> <p>в. Преднизолона в вену</p> <p>г. Преднизолона per os</p> <p>74. Недостаточность минералокортикоидов вызывает: (ОПК4)</p> <p>а. <b>артериальную гипотонию</b></p> <p>б. отеки</p> <p>в. запоры</p> <p>г. артериальную гипертензию</p> <p>75. Гормональные изменения при острой первичной недостаточности надпочечников: (ПК1)</p> <p>а. <b>уровень кортизола снижен</b></p> <p>б. уровень кортизола повышен</p> <p>в. уровень АКТГ не изменен</p> <p>г. уровень АКТГ снижен</p> <p>76. Клиника острой недостаточности надпочечников у детей старшего возраста включает: (ОПК10)</p> <p>а. <b>боли в животе, жидкий стул</b></p> <p>б. булимию</p> <p>в. тетанию</p> <p>г. боли в животе, запоры</p>
--	--

	<p>77. Неотложная терапия при острой недостаточности надпочечников включает: (ОПК10)</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: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>гермафродитное строение наружных гениталий</b></li> <li>б. задержка физического развития в детстве</li> <li>в. высокорослость по завершении пубертата</li> <li>г. истинное преждевременное изосексуальное половое развитие</li> </ul> <p>79. Наиболее часто встречающаяся клиническая форма адреногенитального синдрома: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>Неосложненная (вирильная, простая)</b></li> <li>б. Сольтерьяющая без выраженной вирилизации</li> <li>в. Сольтерьяющая с выраженной вирилизацией</li> <li>г. Гипертоническая</li> </ul> <p>80. При острой надпочечниковой недостаточности наблюдаются следующие изменения электролитов: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>содержание натрия снижено, содержание калия повышено</b></li> <li>б. содержание калия снижено, содержание натрия повышено</li> <li>в. содержание калия повышено, содержание натрия повышено</li> <li>г. содержание натрия повышено, содержание калия в норме</li> </ul> <p>81. В патогенезе первичного альдостеронизма имеет значение: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>повышение продукции альдостерона</b></li> <li>б. повышение продукции андрогенов</li> <li>в. повышение продукции глюкокортикоидов</li> <li>г. повышение продукции катехоламинов</li> </ul> <p>82. Преждевременное половое развитие наблюдается при: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>врожденной дисфункции коры надпочечников (недостаточность 21 - гидроксилазы)</b></li> <li>б. синдроме тестикулярной феминизации</li> <li>в. истинном гермафродитизме</li> <li>г. недостаточности 5-альфа-редуктазы</li> </ul> <p>83. Для больных синдромом Шерешевского-Тернера характерны: (ОПК4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>низкорослость и незначительное отставание "костного" возраста от паспортного</b></li> <li>б. низкорослость и выраженное отставание "костного" возраста от паспортного</li> <li>в. высокорослость и соответствие "костного" возраста паспортному</li> <li>г. высокорослость и выраженное отставание "костного" возраста от паспортного</li> </ul> <p>84. От гормональной терапии можно ожидать эффекта при крипторхизме: (ОПК5)</p>
--	--

	<p><b>а. 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: (ОПК1)</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: (ОПК4)</p> <p><b>а. проводить лечение препаратами хорионического гонадотропина постоянно</b></p> <p>б. отложить лечение</p> <p>в. проводить лечение препаратами депо-тестостерона</p> <p>г. проводить лечение препаратами хорионического гонадотропина курсами</p> <p>87. Первым манифестным симптомом гиперандрогении у детей является: (ОПК4)</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: (ОПК5)</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: (ОПК1)</p> <p><b>а. безусловно стерил</b></p> <p>б. как правило фертилен</p> <p>в. стерил, 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: (ОПК1)</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: (ОПК4)</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: (ОПК4)</p> <p>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: (ОПК4)</p> <p>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: (ОПК1)</p> <p>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: (ОПК5)</p> <p>а. <b>все перечисленное</b> б. эктопии яичка в. осложненном крипторхизме г. неэффективности гормонального лечения</p> <p>96. Синдром тестикулярной феминизации - заболевание, которое: (ОПК1)</p> <p>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: (ОПК1)</p> <p>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 (ОПК4)</p> <p>а. <b>стимуляционный тест с АКТГ</b> б. определения уровней калия, натрия</p> <p>99. Препаратом выбора при лечении надпочечниковой недостаточности является (ОПК5)</p> <p>а. <b>Гидрокортизон</b> б. 0,9% раствор NaCl в. 10% глюкозу</p> <p>100. Лечение острого адреналового криза (до госпитализации) вводят (ОПК10)</p> <p>а. <b>Гидрокортизон</b> б. 0,9% раствор NaCl в. 10% глюкозу</p>
--	---

### **Банк ситуационных клинических задач**

**Б 1.Б.6.2** Раздел 1  
«Общая часть  
эндокринологии»

**1. Задача №1.** (Гипофизарный нанизм.) (ОПК4, ПК1)

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. Мочеиспускание не нарушено. Половые органы сформированы правильно по женскому типу. Антропометрические данные: рост 94 см, вес 15 кг. Данные обследования: Общий анализ крови: эр.  $4,4 \times 10^{12}$ /л, Нб 118 г/л, цп 0,89, 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 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, 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%. 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.

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

**2. Задача №2.** (Конституциональный нанизм.) (ОПК4, ПК1)

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 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 пальпируются. 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  $4,8 \times 10^{12}/л$ , Hb 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, мочевина 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.) (ОПК4, ПК1)

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 II-III 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, мочевины 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 пятом пястнофаланговом 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.) (ОПК4, ОПК5, ОПК6, ОПК7)**

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  $4,8 \times 10^{12}/л$ , 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, 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 реабилитации.

5. **Задача №5.** (Гигантизм (доброкачественная ацидофильная аденома гипофиза) (ОПК4, УК1, ОПК5)

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  $4,8 \times 10^{12}/л$ , 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 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, мочевина 4,7 ммоль/л, глюкоза крови натощак 4,2 ммоль/л, через 2 часа - 5,7 ммоль/л. Кальций общий 2,7 ммоль/л, калий 4,1 ммоль/л, натрий 141 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 4-8), ФСГ 3,2 МЕ/л (N 1,0-7,4), ЛГ 13,1 МЕ/л (N 8,4-17,8). 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). 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. Окулист: глазное дно в норме. 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. Больной переведен в нейрохирургическое отделение, где проведена гипофизэктомия. Гистологическом исследовании удаленного препарата: доброкачественная ацидофильная аденома гипофиза.

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

**Б 1.Б.6.3** Раздел 2  
**«Частная  
эндокринология»**

**6. Задача №6** (Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный с кетоацидозом) (ОПК4, ОПК10)

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. В 10 месяцев обратились в поликлинику с жалобами на отсутствие прибавки в массе тела. Ребенок обследовался по поводу дисбактериоза в поликлинике. В течение 2 недель мать отмечает ухудшение состояния ребенка: появилось беспокойство, срыгивания с неприятным запахом, частые мочеиспускания. При поступлении: Состояние средней степени тяжести. Ребенок капризный, во время осмотра плачет, негативен. Температура 37,3°C. Кожные покровы сухие. В области надбровных дуг, подбородка гиперемия. Губы яркие, сухие, единичные корочки, язык яркий, «малиновый». Зев: гиперемия миндалин, задней стенки глотки, лакуны расширены, налетов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия до 140 ударов в минуту. Дыхание жестковатое, одышка 26 в минуту. Живот умеренно, вздут в эпигастральной области, пальпация затруднена из-за выраженного беспокойства ребенка. Стул неоформленный, 4-6 раз в сутки, диурез учащен. ОАК: Нб -101г/л, эр -3,8 Е/л, Ц.П.- 0,8 L -12,0 г/л, п/я- 5%, с/я- 30%, э- 2%, л- 55%, м 8%, СОЭ- 17 мм/ч. ОАМ: цвет желтый, прозрачный, уд. вес- 1037, рН- 5,0, белок - отр., сахар- 4%., ацетон +++++, лейкоциты 3-4 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок- 60,2 г/л, общ. билирубин - 7,5 мкмоль/л, прямой -0 мкмоль/л, холестерин- 5,4 ммоль/л, К -3,5 ммоль/л, Na -132,0 ммоль/л., глюкоза -19,3 ммоль/л, щелочная фосфатаза 243 ммоль/л., АСТ-1,23, АСТ 1,32.

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

**7. Задача №7** (Гипогликемический синдром) (ОПК10)

Ребенок К., 2 года 9 мес., от первой беременности, родилась недоношенной в 34 недели в ягодичном предлежании. При рождении рост 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) (ОПК4, ОПК10)**

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) (ОПК4, ОПК5)**

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<sup>0</sup> С, периодически повышается до 38,2<sup>0</sup> 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 x 10<sup>12</sup>/л, Нб-120 г/л, ц.п. 0,82, Лейк.- 4,06 x 10<sup>9</sup>/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.

**10. Задача № 10.** (Эндемичный зоб). (ОПК4, ОПК6)

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: холестерина 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) (ОПК4, ОПК5)

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<sup>0</sup> 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 x 10<sup>12</sup>/л, Нб-120 г/л, ц.п. 0,82, Лейк.- 4,06 x 10<sup>9</sup>/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 тиреоидит). (ОПК4, ОПК5)

Мальчик 7 лет, вес 32 кг, обратился с жалобами на слабость, нарастающую к вечеру, быструю утомляемость, фебрильную температуру 38,2<sup>0</sup> 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) (ОПК4, ОПК5)

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, непрямоy - 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) (ОПК4, ОПК5)

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: Нв -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) (ОПК4, ОПК5)

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 x 10<sup>12</sup>/л, Нв - 88 г/л, ЦП - 0,8, Лейк. 4,3 x 10<sup>9</sup>/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) (ОПК4, ОПК10)

Мальчик 4 года. Из анамнеза: на фоне назофарингита повысилась температура до 39,7<sup>0</sup>С, 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. Мочевыделение 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). (ОПК4, ОПК5)

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. Мочевыделение 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 x10<sup>12</sup>/л, Нб 120 г/л, ЦП 0,87, Лейк. 6,8 x10<sup>9</sup>/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: снаружи 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). (ОПК4, ОПК5)

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.  $3,2 \times 10^{12}/л$ , Hb 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). (ОПК4, ОПК5)

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 гипертеническая. 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). (ОПК4, ОПК5)

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) (ОПК4, ОПК10)**

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 Бабинского снижены, хватательный ±, 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.  $6,18 \times 10^{12}/л$ , Нб-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: удлинён 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). (ОПК4, ПК1)

Девочка 2 лет 6 мес. Жалобы: на увеличение грудных желез. Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, 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. Моченепускание 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, Нб 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, сулемова проба-1,9 мл, тимоловая-2,2 ед. Электролиты сыворотки крови: К 4,0 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, Са 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 гонадолиберин: 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). (ОПК4, ОПК5)

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, Ах 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  $4,8 \times 10^{12}/л$ , Hb 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). (ОПК4, ОПК5)

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.  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Нб 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-2,5 ммоль/л, не прямой-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). (ОПК4, ОПК5)

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) (ОПК1, ОПК4, ОПК5, ОПК6)

Девочка К, 3 недели. Поступила в стационар с диагнозом: затянущаяся 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) (ОПК4, ОПК5)

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) (ОПК1, ОПК4)

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 приглушены, 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) (ОПК1, ОПК4, ОПК5, ОПК6)

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 экзикоза и токсикоза. При поступлении масса тела 3030,0 г. Состояние ребенка тяжелое, крик слабый. Подкожно-жировой слой отсутствует, кожа сухая, морщинистая. Страдальческое выражение лица. Запавшие глаза, "синевы" под глазами. Живот умеренно вздут, с выраженной венозной сетью. Печень и селезенка увеличены. Половые

	<p>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: Нв - 234 г/л, Л - <math>10,0 \times 10^9</math> /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.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте и обоснуйте диагноз.</li> <li>2. Опишите патогенез заболевания.</li> <li>3. Опишите характерную клиническую картину данного заболевания.</li> <li>4. Укажите критерии диагностики.</li> <li>5. Окажите неотложную помощь.</li> <li>6. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.</li> </ol> <p><b>30. Задача № 30.</b> (Врожденный гипотиреоз) (ОПК4, ОПК5, ОПК6)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз данному ребенку.</li> <li>2. Опишите патогенез данного состояния.</li> <li>3. Укажите диагностические критерии.</li> <li>4. Назначьте лечение. Определите прогноз.</li> <li>5. Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.</li> </ol>
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1.Тест

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

#### 2.Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1.Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2.Знание алгоритма решения
	3.Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения

- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	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		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК	1		5		
	4				
ОПК	1	13-15,28,29,34, 37-39,45-47,57, 59,62,70,72,85,89, 90,94,96,97	26,28,29	2,3,7,10,17,18,21,24, 29,30	4,5,11,24
	2	1,10,61		1	1-3,
	4	1,4-7,9,11,12,16-19,22,23,32,35,36, 40,48-56,58,60, 65, 67-69,74,78-83,86,87,91-93,	1-6,8-30	4-6,8,11,15,16,22, 25,27,28	6-11,14-19, 21-23, 27-30

		98,			
	<b>5</b>	8,20,21,24-27,30, 31,41,43,44,63,64, 71,84,95,99	4-5,9,11-15,17- 20,23-27,29,30	9,13,14,23,26	6-10,12-15,17,19, 21-23,27-30
	<b>6</b>		4,6,26,29,30		8-10,13
	<b>7</b>		4		
	<b>8</b>	42		19	
	<b>9</b>				
	<b>10</b>	33,73,76,77,100	6-8,16,21	12,20	20,25,26
<b>ПК</b>	<b>1</b>	66,75	1-3,22		

## 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> <li>14. Паллидарный синдром: клиника, дифференциальная диагностика мышечного гипертонуса.</li> <li>15. Методы исследования экстрапирамидной системы у взрослых и детей.</li> <li>16. Виды чувствительности. Пути поверхностной и глубокой чувствительности.</li> <li>17. Типы нарушения чувствительности по территориям.</li> <li>18. Виды и примеры заболеваний, протекающих с нарушениями чувствительности.</li> <li>19. Методы исследования чувствительности у детей.</li> <li>20. Выявление симптомов натяжения.</li> <li>21. Локализация функций в коре больших полушарий, топическая диагностика корковых поражений.</li> <li>22. Основные симптомы поражения различных долей коры головного мозга.</li> <li>23. Гнозис, праксис, речь, память, мышление – расстройства и методы исследования у детей.</li> <li>24. Виды и примеры заболеваний, протекающих с нарушениями высшей нервной деятельности.</li> <li>25. Виды нарушений речи у детей.</li> <li>26. Анатомия, функции, симптомы поражения (по центральному и периферическому типам, одно- и двухстороннее поражение) черепно-мозговых нервов (I-XII пары).</li> <li>27. Методы исследования черепно-мозговых нервов (I-XII пары) у детей различного возраста.</li> <li>28. Бульбарный и псевдобульбарный параличи: клиника и дифференциальная диагностика.</li> </ol>
---	---

	<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><b>б) 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><b>д) Передняя центральная извилина</b></p> <p>3. Где проходит основной пирамидный путь в спинном мозге:</p> <p><b>а) 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> <p><b>б) Фасцикулярные подергивания</b></p> <p>в) Тонические судороги</p> <p>г) Миоклонии</p> <p>5. Укажите, какой из перечисленных симптомов характерен для поражения внутренней капсулы:</p> <p>а) монопарез</p> <p><b>б) гемипарез</b></p> <p>в) парапарез</p> <p>г) альтернирующий синдром</p> <p>6. Укажите, какой из перечисленных симптомов не наблюдается при поражении центрального двигательного нейрона:</p> <p>а) спастический тонус</p> <p>б) гиперрефлексия</p> <p><b>в) фасцикулярные подергивания</b></p> <p>г) патологические рефлекс</p> <p>д) клonus стоп и коленных чашечек</p> <p>7. Укажите, какой из перечисленных симптомов не наблюдается при поражении периферического двигательного нейрона:</p> <p>а) гипотония мышц</p>
---	---

- 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**



	<p>17. Какое из перечисленных названий не относится к гиперкинезам:  а) Хорея  б) Гемибаллизм  в) Адиадохокинез  <b>г) Торсионный спазм</b>  д) Миоклония</p> <p>18. Укажите, какие расстройства речи возникают при поражении паллидо-нигральной системы, лобной и височной долей:  а) Скандированная речь  б) Афония  в) Дизартрия  <b>г) Брадилалия</b></p> <p>19. Укажите, при поражении какой пары ЧМН наблюдается птоз:  а) VI  б) V  <b>в) III</b></p> <p>20. Укажите, при поражении, каких пар ЧМН возникает дисфагия:  а) V  б) VII  <b>в) X</b>  г) XI</p> <p>21. Укажите, при поражении, каких пар ЧМН возникает дизартрия:  а) IV  б) VII  <b>в) XII</b>  г) XI</p> <p>22. Укажите, при поражении, каких пар ЧМН не возникает диплопия:  а) III  <b>б) VII</b>  в) VI  г) IV</p> <p>23. Укажите, какой нерв осуществляет иннервацию сфинктера зрачка:  <b>а) III</b>  б) VI  в) IV</p> <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></p> <p>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></p>

- б) гипоксии плода
- в) наследственного фактора
- г) токсического воздействия

28. Наиболее характерно для врожденной краснухи осложнение:

- а) хориоретинит;**
- б) катаракта;
- в) миокардит;
- г) геморрагический синдром;
- д) туберозный склероз.

29. Клиническую картину при внутриутробных инфекциях в большей степени определяет:

- а) сроки внутриутробного поражения;**
- б) токсичность возбудителя;
- в) путь проникновения инфекции;
- г) состояния реактивности организма плода;
- д) ни один из перечисленных.

30. При врожденной герпетической инфекции развитие менингоэнцефалита:

- а) характерно**
- б) не характерно

31. Катаракта, микрофтальмия, врожденные пороки сердца и глухота характерны для врожденной инфекции, вызванной:

- а) вирусом герпеса
- б) цитомегаловирусом
- в) вирусом краснухи**
- г) листерией

32. Источник инфекции при герпетической инфекции:

- а) человек**
- б) человек и животное
- в) животное
- г) птицы
- д) насекомое

33. Герпес новорожденных возникает в результате внутриутробного инфицирования вирусом:

- а) герпес типа 1
- 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) гипервозбудимости  
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) гипервозбудимости  
д) **коматозного**
42. Основными маркерами неблагоприятного течения пренатального периода являются  
а) малые росто-весовые показатели  
б) стигмы дизэмбриогенеза  
в) гипервозбудимость  
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 парапарез**  
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 парапарез  
д) атонически-астатический синдром
50. Для двойной гемиплегической формы ДЦП характерен:  
а) центральный нижний парапарез  
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 рефлексами с двух сторон, характерна для:  
а) ДЦП, двойная гемиплегическая форма  
**б) ДЦП, диплегическая форма**  
в) ДЦП, гемипаретическая форма
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  
**в) ДЦП, двойная гемиплегическая форма**
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  
**б) ДЦП, гемипаретическая форма**  
в) ДЦП, двойная гемиплегическая форма

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

- а) баклофен**
- б) фенибут
- в) пантогам
- г) натрия оксibuтират

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

- а) магнитно-резонансная томография головы**
- б) игольчатая электромиография
- в) биопсия периферического нерва
- г) биопсия мышц

56. Лечение эпилепсии следует начинать с:

- а) монотерапии**
- б) политерапии

57. Отмена противосудорожной терапии осуществляется:

- а) только после полной нормализации ЭЭГ
- б) спустя 3-5 лет после клинической ремиссии**
- в) спустя более 5 лет после клинической ремиссии

58. Какой из перечисленных симптомов возникает при раздражении клеток передней центральной извилины:

- а) метаморфопсии,
- б) джексоновская эпилепсия**
- в) «Словесный салат»

59. Какой симптом не характерен для поражения и раздражения передней центральной извилины:

- а) монопарез
- б) гемипарез
- в) джексоновская эпилепсия
- г) спастический парепарез**

60. Где локализуется очаг поражения при моторной афазии:

- а) височная доля**
- б) затылочная доля
- в) лобная доля
- г) Нижняя теменная долька

61. Какой симптом не характерен для локализации очага в задней центральной извилине:

- а) моноанестезия
- б) гемипарез**
- в) джексоновская эпилепсия
- г) анозогнозия

62. Какой симптом не характерен для локализации очага в левой лобной доле:

- а) моторная афазия**
- б) атаксия
- в) нарушение психики
- г) псевдомелия
- д) аграфия

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

	<p><b>г) височная доля</b></p> <p>64. Какое из перечисленных состояний не относится к пароксизмальным нарушениям схемы тела:</p> <p>а) псевдомелия  б) аутотопогнозия  <b>в) агнозия на лица</b></p> <p>65. Какой симптом не характерен для локализации очага в затылочной доле:</p> <p>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><b>Задача 1.</b>  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 рефлексы с руки.  Поставьте топический диагноз.</p> <p><b>Задача 2.</b>  У больной отсутствуют активные движения в ногах. Тонус мышц высокий. Клонус надколенников и стоп. Коленные и ахилловы рефлексы повышены. Положительные рефлексы Бабинского и Россолимо. Ниже паховых складок утрачены все виды чувствительности (по проводниковому типу). Отмечена задержка мочи и стула.  Поставить топический диагноз.</p> <p><b>Задача 3.</b>  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 рефлексы не вызываются. Патологических рефлексов нет. Отмечается недержание мочи и кала.  Поставить топический диагноз.</p> <p><b>Задача 4.</b>  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><b>Задача 5.</b>  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><b>Задача 6.</b>  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</p>
---	---

	<p>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 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.</p> <p>Задача 12. Ребенок А, из анамнеза: родилась у женщины 27 лет, работающей на мясокомбинате. Беременность, протекавшая с токсикозом 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</p>

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 токсикозом 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 1см. Стул мекониальный. Мочиспускание – 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, хореоформный, торсионная дистония). Мышечная дистония. Сухожильные и периостальные рефлексы 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 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.

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.

Задача 23.

В течение нескольких месяцев у пациента возникали приступы Джексоновской эпилепсии, начинавшиеся с правой стопы. В дальнейшем появился парез в правой ноге.

	<p>Определите локализацию патологического очага. Какие обследования необходимы для назначения дальнейшего противоэпилептического лечения?</p> <p>Задача 24. У пациентки замечены сумеречные состояния, вкусовые и обонятельные галлюцинации, обонятельная агнозия, левосторонняя гемианопсия, метаморфопсия, отсутствует корнеальный рефлекс справа, офтальмоплегия справа и повышение перностальных и сухожильных рефлексов в левой руке и ноге, симптом Бабинского слева.</p> <p>Укажите локализацию патологического процесса. Какие обследования необходимы для назначения дальнейшего противоэпилептического лечения?</p> <p>Задача 25. 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>Задача 26. 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.</p> <p>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 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

#### 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	12. Знание алгоритма решения
-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>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная

- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	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
<b>УК</b>	<b>1</b>	1-65	1-26	1-70
	<b>2</b>	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
	<b>4</b>	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
	<b>5</b>	13,14,16,23,26-32,34,41,44-47,49,50,52-84	1-10, вопрос 1,2,3	3,4,8,11,17-47
	<b>6</b>	44, 56, 57	15-22	36, 48, 56-59, 64-67
	<b>7</b>	26, 27, 38, 39, 46	11, 21,22	1, 3, 5, 6, 12, 21, 31-33,
	<b>8</b>	44, 56, 57	15-22	36, 48, 56-59, 64-67
	<b>9</b>	26, 27, 38, 39, 46	11, 21,22	1, 3, 5, 6, 12, 21, 31-33,
	<b>10</b>		23-25	42,35,68

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<b>Б1.В.ОД.3 Детская кардиология</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Организация детской кардиологической службы. Виды и сроки диспансеризации.</li> <li>2. Особенности профилактики различных заболеваний у детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.</li> <li>3. Санитарно-профилактическая работа среди детей и родителей.</li> <li>4. Антигипертензивные препараты, показания к применению в детской кардиологии.</li> <li>5. Артериальная гипертензия: классификация, диагностика, факторы риска в детском возрасте.</li> <li>6. Артериальная гипотензия в детском возрасте: клиника, диагностика, лечение.</li> <li>7. Вегетативная дистония: понятие, классификация, клиника в зависимости от вида дисрегуляции вегетативной нервной системы, лечение.</li> <li>8. Возрастные особенности электрокардиографии у детей.</li> <li>9. Вопросы первичной профилактики в детской кардиоревматологии.</li> <li>10. Вопросы профилактики сердечно-сосудистых и ревматических болезней в педиатрии.</li> </ol>
--------------------------------------	---

11. Врожденные пороки сердца с цианозом: тетрада Фалло, транспозиция магистральных артерий, общий артериальный ствол.
12. Врожденные пороки сердца: дефект межжелудочковой перегородки, клиника, лечение.
13. Врожденные пороки сердца: дефект межпредсердной перегородки, клиника, диагностика, лечение.
14. Врожденные пороки сердца: коарктация аорты, диагностика, клиника, лечение.
15. Врожденные пороки сердца: открытый артериальный проток, клинические симптомы, диагностика.
16. Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний и заболеваний крови (гемофилия, гематоонкология).
17. Дифференциальная диагностика ревматических и инфекционных заболеваний.
18. Иммунологические методы диагностики в детской кардиоревматологии.
19. Инфекционный эндокардит: этиология, диагностика, клиника, лечение.
20. Кардиальные предикторы синдрома внезапной смерти у детей.
21. Кардиологические аспекты эндокринных заболеваний: сахарный диабет, гипер- и гипотиреоз.
22. Кардиомиопатии, классификация, клинические проявления, диагностика, лечение, прогноз.
23. Клинические и лабораторные методы исследования в кардиологии.
24. Лабораторные методы диагностики в детской кардиоревматологии.
25. Легочная гипертензия: понятие, патоморфология, классификация, клинические проявления, лечение.
26. Лечение диффузных заболеваний соединительной ткани: общие принципы терапии и особенности лечения отдельных нозологических форм.
27. Малые аномалии развития сердца у детей.
28. Методы диагностики врожденных пороков сердца у детей.
29. Миокардиты у детей: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
30. Морфофункциональные особенности сердечно - сосудистой системы у детей.
31. Наджелудочковые и желудочковые тахикардии, диагностика, лечение, показания к интервенционной терапии.
32. Нарушения проводимости, атриовентрикулярные блокады: клиника, диагностика, виды терапии, прогноз.
33. Нарушения сердечного ритма, экстрасистолия в детском возрасте, клиника, диагностика.
34. Нарушения сердечного ритма: экстрасистолия, комплексная терапия, показания к назначению антиаритмических препаратов.
35. Наследственные заболевания, проявляющиеся сердечно-

	<p>сосудистой патологией (болезнь Дауна, синдром Марфана, синдром Элерса- Данлоса).</p> <p>36. Недостаточность кровообращения у детей, этиология, патогенез, классификация, понятие о функциональных классах, лечение хронической сердечной недостаточности.</p> <p>37. Общая характеристика иммунной системы и неспецифических факторов защиты у детей.</p> <p>38. Организация кардиологической службы, правовые основы деятельности врача- детского кардиолога.</p> <p>39. Организация медицинской помощи детям с сердечно-сосудистой патологией.</p> <p>40. Особенности клиники реактивных артритов различной этиологии.</p> <p>41. Острая ревматическая лихорадка у детей: эпидемиология, этиология, патоморфология, классификация.</p> <p>42. Острая сердечная недостаточность: клиника, интенсивная терапия.</p> <p>43. Пароксизмальные и непароксизмальные тахикардии, клинические особенности, диагностика, лечение.</p> <p>44. Перикардиты у детей: этиология, клинические проявления, диагностика, лечение.</p> <p>45. Пренатальная диагностика врожденных пороков сердца.</p> <p>46. Приобретенные пороки сердца у детей: этиология, клиника, лечение.</p> <p>47. Проллапс митрального клапана, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, прогноз.</p> <p>48. Реабилитация и диспансеризация детей с патологией сердца и суставов.</p> <p>49. Реактивные артриты: этиопатогенез, значение инфекции в иммунном ответе.</p> <p>50. Ревматизм у детей: клиническая характеристика на современном этапе, диагностика.</p> <p>51. Ревматические заболевания, терапия: противовоспалительные препараты, характеристика, основные группы нестероидных противовоспалительных средств, применение в детской кардиоревматологии, показания к назначению, способы введения, характеристика стероидных препаратов.</p> <p>52. Рентгенологическая диагностика заболеваний сердца и сосудов у детей.</p> <p>53. Сердечные гликозиды, диуретики: показания и способы применения в детской кардиологии, побочные действия.</p> <p>54. Синдром слабости синусового узла, классификация, клинические проявления, диагностика, лечение.</p> <p>55. Системная красная волчанка: критерии диагностики, дифференциальный диагноз с другими заболеваниями соединительной ткани.</p> <p>56. Современное состояние детской ревматологии, эпидемиология, общие принципы диагностики.</p> <p>57. Суточное мониторирование ЭКГ и АД у детей, показания к применению и значение результатов исследований в практике врача- детского кардиолога.</p>
--	---

	<p>58. Хроническая сердечная недостаточность у новорожденных: этиология, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>59. Ювенильный ревматоидный артрит: клинические особенности различных форм заболевания, дифференциальная диагностика с другими болезнями суставов.</p> <p>60. Ювенильный ревматоидный артрит: эпидемиология, классификация, диагностические критерии, принципы терапии.</p>
--	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><i>Б1.В.ОД.3 Детская кардиология</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Артериальная гипертензия: классификация, диагностика, факторы риска в детском возрасте.</li> <li>2. Возрастные особенности электрокардиографии у детей.</li> <li>3. Врожденные пороки сердца с цианозом: тетрада Фалло, транспозиция магистральных артерий, общий артериальный ствол.</li> <li>4. Врожденные пороки сердца: дефект межжелудочковой перегородки, клиника, лечение.</li> <li>5. Врожденные пороки сердца: дефект межпредсердной перегородки, клиника, диагностика, лечение.</li> <li>6. Врожденные пороки сердца: коарктация аорты, диагностика, клиника, лечение.</li> <li>7. Врожденные пороки сердца: открытый артериальный проток, клинические симптомы, диагностика.</li> <li>8. Инфекционный эндокардит: этиология, диагностика, клиника, лечение.</li> <li>9. Миокардиты у детей: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.</li> <li>10. Нарушения проводимости, атриовентрикулярные блокады: клиника, диагностика, виды терапии, прогноз.</li> <li>11. Нарушения сердечного ритма: экстрасистолия, комплексная терапия, показания к назначению антиаритмических препаратов.</li> <li>12. Недостаточность кровообращения у детей, этиология, патогенез, классификация, понятие о функциональных классах, лечение хронической сердечной недостаточности.</li> <li>13. Особенности клиники реактивных артритов различной этиологии.</li> <li>14. Острая ревматическая лихорадка у детей: эпидемиология, этиология, патоморфология, классификация.</li> <li>15. Острая сердечная недостаточность: клиника, интенсивная терапия.</li> <li>16. Особенности клиники реактивных артритов различной этиологии.</li> <li>17. Острая ревматическая лихорадка у детей: эпидемиология, этиология, патоморфология, классификация.</li> <li>18. Острая сердечная недостаточность: клиника, интенсивная терапия.</li> <li>19. Пароксизмальные и непароксизмальные тахикардии, клинические особенности, диагностика, лечение.</li> </ol>
---	--

	<p>20. Перикардиты у детей: этиология, клинические проявления, диагностика, лечение.</p> <p>21. Пренатальная диагностика врожденных пороков сердца.</p> <p>22. Приобретенные пороки сердца у детей: этиология, клиника, лечение.</p> <p>23. Проллапс митрального клапана, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, прогноз.</p> <p>24. Ревматические заболевания, терапия: противовоспалительные препараты, характеристика, основные группы нестероидных противовоспалительных средств, применение в детской кардиоревматологии, показания к назначению, способы введения, характеристика стероидных препаратов.</p> <p>25. Системная красная волчанка: критерии диагностики, дифференциальный диагноз с другими заболеваниями соединительной ткани.</p> <p>26. Ювенильный ревматоидный артрит: клинические особенности различных форм заболевания.</p> <p>27. Ювенильный ревматоидный артрит: эпидемиология, классификация, диагностические критерии, принципы терапии.</p> <p>28. Хроническая сердечная недостаточность у новорожденных: этиология, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>29. Ювенильный ревматоидный артрит: дифференциальная диагностика с другими болезнями суставов.</p> <p>30. Суточное мониторирование ЭКГ и АД у детей, показания к применению и значение результатов исследований в практике врача- детского кардиолога.</p>
--	---

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

<p><b><i>Б1.В.ОД.3 Детская кардиология</i></b></p>	<p>001. Диафрагмальная (нижняя) поверхность сердца представлена в основном:</p> <p>а) Правым желудочком. б) Левым желудочком. в) Левым предсердием.</p> <p>002. Коронарные артерии относятся к артериям:</p> <p>а) Эластического типа. б) Мышечно-эластического типа. в) Мышечного типа.</p> <p>003. К проводящей системе сердца относится все перечисленное, кроме:</p> <p>а) Синусового узла. б) Клеток сократительного миокарда. в) Атрио-вентрикулярного узла. г) Пучка Гиса и его разветвлений. д) Волокон Пуркинье.</p> <p>004. Наиболее высокая скорость проведения импульсов регистрируется в:</p> <p>а) Атрио-вентрикулярном узле. б) Атрио-вентрикулярном соединении. в) Пучке Гиса. г) Волокнах Пуркинье.</p> <p>005. К артериям мышечного типа относятся:</p> <p>а) Легочная артерия.</p>
--	---



- б) Коронарные артерии.
- в) Почечная, мезентериальные артерии.
- г) Все перечисленное.
- д) Только б) и в)

006. Функциональное назначение атрио-вентрикулярного узла в норме:

- а) Замедление проведения импульсов.
- б) Ускорение проведения импульсов.
- в) Генерация импульсов.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

007. Изменения конечной части желудочкового комплекса у больных сахарным диабетом могут быть обусловлены:

- а) Ишемической болезнью сердца.
- б) Нарушением липидного обмена.
- в) Диабетической ангиопатией.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильно а) и в)

008. Систолическая артериальная гипертония в пожилом возрасте является:

- а) Фактором риска развития мозгового инсульта.
- б) Характеризует доброкачественное течение гипертонии.
- в) Часто приводит к развитию недостаточности кровообращения.
- г) Является вариантом нормы.
- д) Все ответы правильные.

009. Основными условиями для возникновения аритмии по механизму повторного входа волны возбуждения являются:

- а) Наличие 2-х путей проведения возбуждения, разобщенных функционально или анатомически.
- б) Блокада проведения импульса по одному из них.
- в) Восстановление проводимости в определенный срок или сохранение ее лишь в ретроградном направлении.
- г) Все перечисленное.
- д) Только а) и б)

010. Наличие аритмии у больного всегда указывает на:

- а) Заболевание сердца.
- б) Плохой прогноз жизни у данного больного.
- в) Может выявляться у практически здоровых людей.
- г) Все перечисленное.
- д) Только а) и б)

011. Больные с тетрадой Фалло принимают вынужденное положение:

- а) Ортопноэ.
- б) Лежа на левом боку с приведенными к животу ногами.
- в) На корточках.
- г) Ни одного из перечисленных.

012. Усиленная пульсация сонных артерий характерна для:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Трикуспидальной недостаточности.
- в) Митральной недостаточности.
- г) Митрального стеноза.

013. Диффузный цианоз у больных с пороками сердца обусловлен:

- а) Сбросом крови слева-направо.
- б) Сбросом крови справа-налево.
- в) Наличие цианоза не зависит от направления сброса крови.

014. После возникновения сброса крови справа-налево встречаются барабанные палочки и цианоз ног, но не рук, при следующем пороке сердца:

- а) Незаращении артериального (Боталлова) протока.
- б) Дефекте межпредсердной перегородки.
- в) Дефекте межжелудочковой перегородки.
- г) Тетраде Фалло.

015. Утолщение ахиллова сухожилия характерно для:

- а) Семейной гипертриглицеридемии.
- б) Комбинированной семейной гиперлипидемии.
- в) Семейной гиперхолестеринемии.
- г) Семейной дисбеталипопротеидемии.

016. Выраженная асимметрия АД на руках характерна для:

- а) Синдрома Конна.
- б) Дефекта межжелудочковой перегородки.
- в) Триады Фалло.
- г) Неспецифического аортоартериита.

017. Более низкие цифры АД на ногах, чем на руках характерны для:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Коарктации аорты.
- в) Здоровых людей.
- г) Больных с недостаточностью кровообращения.

018. Положительный венный пульс наблюдается при:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Стенозе левого атриовентрикулярного отверстия.
- в) Трикуспидальной недостаточности.
- г) Митральной недостаточности.

019. Парадоксальный пульс может встречаться:

- а) При тампонаде сердца.
- б) При ожирении.
- в) При хронических обструктивных заболеваниях легких.
- г) При всех перечисленных состояниях.
- д) Ни при одном из них.

020. Выраженная систолическая пульсация печени характерна для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Недостаточности трехстворчатого клапана.
- г) Стеноза устья аорты.

021. Внутренняя сторона клеточной мембраны миоцита в состоянии покоя заряжена:

- а) Отрицательно.
- б) Положительно.
- в) Заряд равен 0.
- г) Возможны все три варианта.

022. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов калия:

- а) Больше, чем во внеклеточной жидкости.
- б) Меньше, чем во внеклеточной жидкости.
- в) Такая же, как во внеклеточной жидкости.

023. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов натрия:

- а) Больше, чем во внеклеточной жидкости.
- б) Меньше, чем во внеклеточной жидкости.
- в) Такая же, как во внеклеточной жидкости.

024. Наименьшей по продолжительности фазой потенциала действия является:

- а) 0.
- б) 1
- в) 2
- г) 3
- д) 4

025. Самой продолжительной фазой потенциала действия миокарда является:

- а) 0
- б) 1
- в) 2
- г) 3

026. Для замещающего ритма из АВ-соединения характерна частота:

- а) Менее 20 в мин.
- б) 20-30 в мин.
- в) 40-50 в мин.
- г) 60-80 в мин.
- д) 90-100 в мин.

027. Для замещающего ритма из волокон Пуркинье характерна частота:

- а) Менее 20 в мин.
- б) 20-30 в мин.
- в) 40-50 в мин.
- г) 60-80 в мин.

028. Скорость проведения импульса зависит от:

- а) Скорости и амплитуды 0 фазы потенциала действия.
- б) Уровня потенциала покоя.
- в) И того, и другого.
- г) Ни от того и ни от другого.

029. Импульсы проводятся с наименьшей скоростью:

- а) В синоатриальной зоне.
- б) В межузловых предсердных трактах.
- в) В АВ - узле.
- г) В общем стволе пучка Гиса.
- д) Правильные ответы а) и в)

030. Деполяризация в миокарде желудочков в норме направлена:

- а) От эндокарда к эпикарду.
- б) От эпикарда к эндокарду.
- в) Возможны оба варианта.

031. На биодоступность нитратов при приеме внутрь в решающей степени влияет:

- а) Моторика желудочно-кишечного тракта.
- б) Связывание с белками плазмы.
- в) Метаболизм в печени.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

032. Развитие толерантности к нитратам обусловлено:

- а) Снижением чувствительности рецепторов сосудистой стенки.
- б) Активацией системы ренин-ангиотензин.
- в) Активацией симпатoadреналовой системы.
- г) Задержкой в организме натрия и воды.
- д) Активацией лизосомальных ферментов печени.

033. При развитии толерантности к нитратам следует:

- а) Полностью отказаться от их применения.

- б) Перейти на прием другого препарата данной группы.
- в) Временно отменить препарат.
- г) Уменьшить дозировку.

034. Синдром отмены нитратов описан:

- а) У больных со спонтанной стенокардией.
- б) У больных со стабильной стенокардией.
- в) У больных с недостаточностью кровообращения.
- г) Все ответы правильны.
- д) Правильного ответа нет.

035. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов:

- а) Повышается.
- б) Понижается.
- в) Не изменяется.
- г) Может как повышаться, так и понижаться.

036. Нитраты показаны при:

- а) Стенокардии напряжения.
- б) Спонтанной стенокардии.
- в) Сердечной астме.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильные только б) и в)

037. К антагонистам кальция относятся:

- а) Верапамил.
- б) Нифедипин.
- в) Дилтиазем.
- г) Все перечисленные.
- д) Ни один из перечисленных.

038. Антагонисты кальция влияют на функцию желудочка следующим образом:

- а) Уменьшая пред- и постнагрузку.
- б) Увеличивая пред- и постнагрузку.
- в) Уменьшая постнагрузку и существенно не влияя на преднагрузку.
- г) Уменьшая преднагрузку и существенно не влияя на постнагрузку.

039. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:

- а) Нифедипин.
- б) Верапамил.
- в) Дилтиазем.
- г) Различий между данными препаратами нет.

040. Ортостатическую гипотонию вызывают следующие препараты из группы антагонистов кальция:

- а) Верапамил.
- б) Нифедипин.
- в) Дилтиазем.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

041. К факторам риска развития гипертонической болезни не могут быть отнесены:

- а) Большие нервно-эмоциональные нагрузки.
- б) Избыточное потребление жиров и углеводов.
- в) Отягощенная по гипертонии наследственность.
- г) Повышенная масса тела.
- д) Избыточное потребление поваренной соли.

042. Патогенетическими звеньями гипертонической болезни являются все перечисленные, кроме:
- а) Повышения активности симпато-адреналовой системы.
  - б) Изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
  - в) Атеросклероза почечных артерий.
  - г) Нарушения трансмембранного транспорта ионов.
  - д) Изменения системы простагландинов.
043. Фактором, определяющим уровень АД, не может быть:
- а) Минутный объем сердца.
  - б) Общее периферическое сосудистое сопротивление.
  - в) Ренин-ангиотензиновая система.
  - г) Уровень электролитов крови.
044. В зависимости от активности ренина можно выделить следующие формы артериальных гипертоний:
- а) Норморениновую.
  - б) Гиперрениновую.
  - в) Гипорениновую.
  - г) Все перечисленные.
  - д) Только б) и в)
045. Между активностью ренина и магистральным почечным кровотоком существует следующая взаимосвязь:
- а) Активность ренина не изменяется при уменьшении почечного кровотока.
  - б) Активность ренина увеличивается при возрастании почечного кровотока.
  - в) Активность ренина снижается при уменьшении почечного кровотока.
  - г) Все ответы правильные.
  - д) Правильного ответа нет.
046. При повышенном содержании ренина увеличивается образование:
- а) Ангиотензина II.
  - б) Триглицеридов.
  - в) Катехоламинов.
  - г) Холестерина.
047. Избыточное образование альдостерона сопровождается:
- а) Задержкой натрия и воды.
  - б) Повышением активности симпато-адреналовой системы.
  - в) Уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления.
  - г) Уменьшением минутного объема сердца.
  - д) Всем перечисленным.
048. Гиперрениновые формы артериальной гипертонии могут быть при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
- а) Гипертонической болезни.
  - б) Атеросклероза почечных артерий.
  - в) Первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна).
049. Для злокачественного течения артериальной гипертонии характерно:
- а) Поражение артерий сетчатки.
  - б) Атеросклероз сосудов нижних конечностей.
  - в) Нарушения ритма сердца.
  - г) Появление блокад сердца.
050. Простагландины синтезируются из:
- а) Полиненасыщенных жирных кислот.
  - б) Белков.
  - в) Углеводов.
  - г) Катехоламинов.

051. Кардиомиопатией называют:
- а) Поражения миокарда известной этиологии.
  - б) Поражения миокарда, связанные с каким-либо системным заболеванием.
  - в) Поражения миокарда неизвестной этиологии.
  - г) Специфические заболевания миокарда.
  - д) Все перечисленное.
052. Идиопатические формы поражения миокарда включают:
- а) Гипертрофическую форму кардиомиопатии.
  - б) Дилатационную форму кардиомиопатии.
  - в) Рестриктивную форму кардиомиопатии.
  - г) Все перечисленное.
  - д) Правильно а) и б)
053. Для дилатационной кардиомиопатии характерна:
- а) Левожелудочковая недостаточность.
  - б) Правожелудочковая недостаточность.
  - в) Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков.
054. При аускультации у больных с дилатационной кардиомиопатией часто выслушивается:
- а) Дующий пансистолический шум.
  - б) Поздний систолический шум.
  - в) Четвертый тон.
  - г) Диастолический шум.
055. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:
- а) Одышка.
  - б) Стенокардия напряжения.
  - в) Обмороки.
  - г) Все перечисленное.
  - д) Правильно а) и в)
056. У больных гипертрофической кардиомиопатией в большей степени нарушена:
- а) Систолическая функция левого желудочка.
  - б) Диастолическая функция левого желудочка.
  - в) Степень нарушения примерно одинакова.
  - г) Правильного ответа нет.
057. Основным механизмом обструкции выносящего тракта левого желудочка у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии является:
- а) Соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого желудочка.
  - б) Движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке.
  - в) Противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана.
  - г) Все перечисленное.
058. При аускультации для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие:
- а) Дующего пансистолического шума в точке Боткина.
  - б) Грубого среднесистолического шума в точке Боткина.
  - в) Позднего систолического шума в точке Боткина.
  - г) Все перечисленное.
059. Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии увеличивается при проведении всех нижеперечисленных приемов, за исключением:

- а) Перехода в положение приседания.
- б) Быстрого вставания из положения приседания.
- в) Натуживания.
- г) Приема нитроглицерина.

060. Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии уменьшается:

- а) В положении приседания.
- б) Во время быстрого вставания из приседания.
- в) Во время натуживания.
- г) После приема нитроглицерина.
- д) Правильного ответа нет.

#### Раздел 10. БОЛЕЗНИ ПЕРИКАРДА

061. В норме полость перикарда содержит:

- а) Около 5 мл жидкости.
- б) До 50 мл жидкости.
- в) 100-200 мл жидкости.
- г) 300-500 мл жидкости.

062. В норме толщина перикарда составляет:

- а) До 0,5 мм.
- б) 1-1,5 мм.
- в) 5-10 мм.

063. В кровоснабжении перикарда принимают участие:

- а) Внутренние грудные артерии и артерии, снабжающие кровью диафрагму.
- б) Артерии, кровоснабжающие щитовидную железу.
- в) Бронхиальные артерии.
- г) Пищеводные и медиастиальные артерии.
- д) Все перечисленные.

064. В кровоснабжении эндокарда участвуют:

- а) Внутренние грудные артерии.
- б) Бронхиальные артерии.
- в) Коронарные артерии.
- г) Все перечисленные.

065. Отток лимфы от перикарда осуществляется в:

- а) Лимфатические узлы средостения.
- б) Окологрудные лимфатические узлы.
- в) Аорто-каротидные и бронхо-пульмональные лимфатические узлы.
- г) Диафрагмальные лимфатические узлы.
- д) Все перечисленные.

066. Основными функциями перикарда являются:

- а) Предохранение сердца от чрезмерного растяжения.
- б) Фиксация сердца.
- в) Обеспечение свободного движения сердца в определенном объеме.
- г) Защита сердца от проникновения инфекции со стороны легких и средостения.
- д) Все перечисленное.

067. Наиболее частой причиной сдавливающего (констриктивного) перикардита у лиц молодого возраста является:

- а) Туберкулез.
- б) Сифилис.
- в) Ревматизм.
- г) Ранения перикарда.
- д) Системные заболевания соединительной ткани.

068. К асептическим поражениям перикарда следует отнести:

- а) Перикардиты при заболеваниях крови.

- б) Перикардиты при злокачественных опухолях.
- в) Аллергическое или аутоиммунное поражение миокарда.
- г) Все перечисленные формы.
- д) Ничего из перечисленного.

069. К асептическим перикардитам следует отнести:

- а) Постинфарктный перикардит.
- б) Посткомиссуротомный перикардит.
- в) Уремический.
- г) Все перечисленные.
- д) Ничего из перечисленного.

070. В острой стадии перикардита происходит:

- а) Выпадение нитей фибрина.
- б) Накопление экссудата.
- в) Ничего из перечисленного.
- г) Все перечисленное.

071. Наиболее часто вызывают поражение эндокарда:

- а) Лактобактерии.
- б) Синегнойная палочка.
- в) Зеленыя стрептококки.
- г) Золотистые стафилококки.
- д) Менингококки.

072. Эндокардит могут вызывать:

- а) Вирусы.
- б) Бациллы лихорадки Ку.
- в) Сальмонеллы.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

073. Предрасполагающими к инфекционному эндокардиту факторами следует считать:

- а) Преходящую бактеремию.
- б) Проведение гемодиализа.
- в) Наличие искусственных клапанов сердца.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

074. Инфекционный эндокардит чаще возникает:

- а) У больных, имеющих поражение клапанного аппарата.
- б) При интактных клапанах.
- в) Частота возникновения эндокардита примерно одинакова у больных, имеющих поражение клапанного аппарата и не имеющих его.

075. Из перечисленного наиболее частым клиническим проявлением подострого инфекционного эндокардита является:

- а) Лихорадка.
- б) Артралгии.
- в) Петехии на коже и слизистых.
- г) Изменения формы ногтей.

076. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Миокардит.
- б) Васкулиты мелких сосудов.
- в) Эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

077. Относительно редко при подостром инфекционном эндокардите встречается поражение:

- а) Митрального клапана.



- б) Аортального клапана.
- в) Трехстворчатого клапана.
- г) Правильно а) и в)

078. Инфаркт миокарда при инфекционном эндокардите может быть обусловлен:

- а) Эмболией сосудов бактериальными или тромботическими массами.
- б) Поражением *vasa vasorum*.
- в) И тем, и другим.
- г) Ни тем, и ни другим.

079. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Диффузный гломерулонефрит.
- б) Инфаркт почки.
- в) Очаговый нефрит.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

080. Признаком инфаркта почки при остром инфекционном эндокардите является:

- а) Боль в поясничной области.
- б) Гематурия.
- в) Дизурические явления.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

081. Причинами митрального стеноза могут быть:

- а) Синдром Марфана.
- б) Системная красная волчанка.
- в) Синдром Элерса-Данлоса.
- г) Все перечисленное.
- д) Ни одна из перечисленных.

082. Причиной недостаточности митрального клапана может быть:

- а) Ревматизм.
- б) Атеросклероз.
- в) Инфекционный эндокардит.
- г) Правильно а) и в)
- д) Все перечисленное.

083. Наиболее частой причиной трикуспидальной регургитации является:

- а) Проплап створок клапана.
- б) Дилатация правого желудочка.
- в) Инфекционный эндокардит.
- г) Ревматоидный артрит.

084. Митральный стеноз чаще всего является следствием:

- а) Ревматизма.
- б) Инфекционного эндокардита.
- в) Системной красной волчанки.
- г) Атеросклероза.

085. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:

- а) 1-2 кв.см.
- б) 4-6 кв.см.
- в) 8-10 кв.см.
- г) Все ответы неправильные.

086. Систолическое артериальное давление в левом предсердии в норме составляет:

- а) 4-5 мм рт.ст.
- б) 8-10 мм рт.ст.
- в) 20-25 мм рт.ст.

г) Все ответы неправильные.

087. При появлении мерцательной аритмии у больных с митральным стенозом пресистолический шум:

- а) Не изменяется.
- б) Усиливается.
- в) Исчезает.
- г) Ослабевает.

088. При рентгенологическом исследовании с контрастированным пищеводом у больных митральным стенозом пищевод отклоняется по дуге:

- а) Малого радиуса.
- б) Большого радиуса.
- в) Как правило, не отклоняется.

089. У больных митральным стенозом при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:

- а) Вверх и вправо.
- б) Вверх и влево.
- в) Влево.
- г) Правильного ответа нет.

090. Протодиастолический шум при митральном стенозе имеет:

- а) Убывающий характер.
- б) Нарастающий характер.
- в) Характер шума не изменяется в течение всей диастолы.

091. Первичной клинической формой нарушения ритма сердца не является:

- а) Экстрасистолия.
- б) Атриовентрикулярная диссоциация.
- в) Ускоренные эктопические ритмы сердца.
- г) Атриовентрикулярная блокада.
- д) Ни одно из перечисленных.

092. Экстрасистолией называют:

- а) Преждевременные импульсы.
- б) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

093. К выскальзывающим сокращениям относят:

- а) Эктопические импульсы.
- б) Преждевременные импульсы.
- в) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а) и б)

094. Среди дополнительных путей атриовентрикулярного проведения чаще встречается:

- а) Пучок Джеймса.
- б) Пучок Махайма.
- в) Пучок Кента.

095. У больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта наиболее часто возникает:

- а) Мерцательная аритмия.
- б) Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
- в) Желудочковая тахикардия.
- г) Атриовентрикулярная блокада.
- д) Правильно б) и г)

	<p>096. Дополнительные пути проведения импульсов часто сочетаются с:</p> <p>а) Другими врожденными заболеваниями сердца.  б) Семейной отягощенностью в плане наличия дополнительных путей.  в) И то, и другое.  г) Правильного ответа нет.</p> <p>097. Основным признаком феномена Вольфа-Паркинсона-Уайта на ЭКГ является:</p> <p>а) Укорочение интервала PR.  б) Дельта-волна.  в) Уширение комплекса QRS.  г) Дискордантное смещение сегмента ST.</p> <p>098. Наиболее опасным вариантом тахикардии у больных с синдромом Вольф-Паркинсон-Уайта является:</p> <p>а) Мерцательная аритмия.  б) Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.  в) Правильного ответа нет.  г) И то, и другое.</p> <p>099. Основным показанием для назначения длительного мониторинга ЭКГ у больных с заболеваниями сердца является:</p> <p>а) Выявление бессимптомных аритмий.  б) Уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ.  в) Оба ответа правильные.  г) Правильного ответа нет.</p> <p>100. Основное назначение проведения чреспищеводной электростимуляции сердца у больных с пароксизмальными тахикардиями:</p> <p>а) Уточнение электрофизиологического механизма развития тахикардии.  б) Ускорение подбора антиаритмической терапии у больных с пароксизмальными наджелудочковыми тахикардиями.  в) Оба ответа правильные.  г) Правильного ответа нет.</p>
--	--

### Банк ситуационных клинических задач

#### **Задача № 1**

Саша И., 12 лет поступил в отделение с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, боли и отечность в коленных и голеностопных суставах. Мальчик уже лечился в больнице по поводу ревматизма год назад. Получал антибиотики, салицилаты, гормоны. Последнее обострение началось с болей и отечности в коленных суставах, через 2 дня возникли боли и отечность голеностопных суставов. Состояние средней тяжести. Кожа и слизистые чистые. Миндалины выступают на две трети из-за дужек, разрыхлены. Со стороны легких - без особенностей.

При осмотре отмечается пульсация шейных сосудов. Верхушечный толчок в V межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии слева, усилен и разлитой. ЧСС 96 в минуту, высокий и скорый пульс. АД 120/50 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации - I тон ослаблен на верхушке, II тон на аорте ослаблен. Нежный, дующий систолический шум на верхушке, в III-IV межреберье у края грудины дующий диастолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови: Эр. -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Нб - 124 г/л, Л. -  $12 \times 10^9/л$ , э - 4%, п - 5%, с - 60%, л - 26%, м - 5%, СОЭ 45 мм/ч. Серомукоиды - 0,4, СРБ - 10 мг/л, ДФА - 0,31 ед., общий белок -

60 г/л, альбумины – 45%, глобулины:  $\alpha_1$  – 4%,  $\alpha_2$  – 16%,  $\beta$  - 13%,  $\gamma$  – 22%, коэффициент А/Г - 0,8. Анализ мочи - без патологии.

**ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте диагноз согласно классификации.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения.

**Ответ к задаче № 1:**

1. Ревматизм 2, активная фаза, акт. 3, возвратный рев-мокардит, аортальная недостаточность, относительная митральная недостаточность, полиартрит острое течение, НК 2а.
2. Титры стрептококковых антител, ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ.
3. Режим, стол 10. Медикаментозная терапия: преднизолон с 30 мг в сутки по схеме, ацетилсалициловая кислота 0,5х4 раза после еды по схеме, пенициллин 500 000 ЕД х 3 р в/м с переходом на бицил-лин-3, затем бициллин-5, кардиотрофики: ККБ 100 мг в/м №10. Деллагил 0,25 на ночь в течение года. Витаминотерапия.

**Задача № 2**

Никита А., 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость после физической нагрузки, одышку при подъеме по лестнице, утомляемость. Перенес 3 недели назад ОРВИ с лихорадкой в течение 3-х дней, насморком, кашлем. Лечился парацетамолом, бромгексином. При повторном осмотре педиатром выявлен систолический шум на верхушке сердца, наличие экстрасистолии.

Состояние средней тяжести, сознание ясное. Правильного телосложения. Масса 42 кг, рост 154 см. Кожа чистая, несколько бледная, цианоза нет. Отмечается пастозность голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены на верхушке, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС - 100 ударов в минуту, АД - 90/55 мм.рт.ст. Выслушиваются экстрасистолы до 10 в мин., на верхушке и в точке Боткина - систолический шум средней интенсивности, не проводится за пределы сердца, стоя не меняется. Живот мягкий, безболезненный, печень +1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови - ускорение СОЭ до 20 мм/час. Серомукоиды 0,25, СРБ >6 мг/л; билирубин, трансаминазы - в норме. Анализ мочи - без патологии. На ЭКГ - признаки перегрузки и гипертрофии левого желудочка, единичные суправентрикулярные экстрасистолы.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш диагноз?
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения.

**Ответ к задаче № 2:**

1. Неревматический миокардит, относительная недостаточность митрального клапана, экстрасистолия, АВ-блокада I степени. НК 2б.
2. ФКГ, ЭхоКГ+ доплер ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ печени, кровь на ЦИК, кровь на антивирусные антитела.
3. Постельный режим, стол 10. Медикаментозная терапия: преднизолон 40 мг в сутки на 2 недели, с постепенной отменой, фуросемид, верошпирон в возрастной дозе, вольтарен или ортофен, при снижении сократительной функции миокарда (снижение ФВ на ЭхоКГ) - дигитализация, кардиотрофики, метаболиты.

**Задача № 3**

Больной И., 9 лет, поступил с жалобами на сердцебиение, одышку при физической нагрузке, слабость, утомляемость. Указанные жалобы появились полгода назад. С двухмесячного

возраста был обнаружен систолический шум в области II-III межреберья слева от грудины. В анамнезе – частые простудные заболевания, бронхиты.

Состояние средней тяжести, сознание ясное. Правильного телосложения, кожные покровы бледные, чистые, отеков нет. В легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧД- 24 в минуту. Верхушечный толчок разлитой, приподнимающийся, усилен, в V межреберье на 1 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 108 в минуту, АД- 120/60 мм. рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правой парастернальной линии, верхняя - III ребро, левая – 1 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации - I тон на верхушке сохранен, акцент II тона над легочной артерией. Выслушивается громкий, скребущий, систоло-диастолический шум во II-III межреберье слева, усиливающийся ко II тону при нагрузке, проводится в подмышечную область. Живот мягкий, печень пальпируется на 1,5 см ниже края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены. Вес 28 кг, рост 125 см.

Анализ крови и мочи - без патологии. ЭКГ - признаки гипертрофии левого предсердия, левого и правого желудочков.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения.

**Ответ к задаче № 3:**

1. ВПС с обогащением малого круга кровообращения, ОАП, НКг.
2. Рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, доплер ЭхоКГ.
3. Оперативное.

**Задача № 4**

Девочка 14 лет обратилась к врачу с жалобами на боли и припухлость в межфаланговых суставах II и III пальцев обеих кистей, а также обоих лучезапястных суставов. Температура при этом не повышалась.

В анамнезе - ОРЗ по 3 - 4 раза в год, хронический тонзиллит. Летом обычно ездит в пионерлагерь, где много загорает.

При осмотре хорошо физически развита. Со стороны внутренних органов выраженной патологии нет. Оба лучезапястных сустава сглажены. Имеется также припухлость и ограничение движений в проксимальных межфаланговых суставах II и III пальцев обеих кистей.

**ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Где обследовать больную (в поликлинике или в стационаре)?
3. Какова лечебная тактика при подтверждении диагноза?

**Ответ к задаче № 4:**

1. Диагноз ЮРА можно предположить на основании болей в симметрично расположенных суставах, припухлости их и ограничение подвижности. Локализация поражения типична для ЮРА.
2. Больную следует обследовать амбулаторно: общие анализы крови, мочи, кровь на ревматоидный фактор, дальнейшее углубленное обследование - в стационаре.
3. Лечебная тактика будет зависеть от степени активности процесса. Терапия должна состоять из нестероидных противовоспалительных средств, хинолиновых производных, ЛФК, физиопроцедур.

**Задача № 5**

Ребенок 2,5 лет осмотрен на дому. Заболел остро: повысилась температура тела до 38,5°C, появилась папулезная, розовая сыпь на внутренней поверхности верхних и нижних конечностей, боли в руках и ногах. За неделю до появления сыпи перенес ОРВИ. В течение

недели продолжает лихорадить до 39°C, появилась отечность сначала в одном, а затем в другом коленном суставах.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 39,2°C, кожные покровы бледные, на верхних и нижних конечностях, а также на туловище, мелкопапулезная розовая сыпь. Отмечается увеличение всех групп лимфоузлов. Коленные суставы отечны, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 130 в мин. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка - на 2 см. Анализ крови: эритроциты  $3,5 \times 10^{12}/л$ , Нв - 88 г/л, лейкоциты  $15,0 \times 10^9$ , нейтрофилы: палочкоядерные 10 %/ сегментоядерные 72 %, лимфоциты - 14 %, моноциты - 4 %, СОЭ 47 мм/час.

**ВОПРОСЫ:**

- 1.Какова Ваша тактика?
- 2.Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- 3.Каков предположительный диагноз?

**Ответ к задаче № 5:**

- 1.Больного необходимо госпитализировать.
- 2.Для уточнения диагноза, необходимо:а) биохимические показатели крови (общий белок, протеинограмма, ДФА), б) иммунологические показатели (ревматоидный фактор, иммуноглобулин, комплемент), в) рентгенография суставов, г) при наличии жидкости в коленном суставе - диагностическая пункция сустава.
- 3.Если лабораторные исследования подтвердят ЮРА, то следует предположить аллергосептический вариант (Висслера-Фанкони).

**Задача № 6**

Больной А., 6 лет поступил с жалобами на частые простудные заболевания. Из анамнеза: с 2-х месячного возраста выслушивается систолический шум в IV-V межреберье слева от грудины. Направлен для уточнения диагноза.

При осмотре состояние удовлетворительное, кожа чистая, обычной окраски. Грудная клетка нормостеническая, равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, ЧД 24 в минуту. Верхушечный толчок в V межреберье кнутри от среднеключичной линии, 2 см в диаметре, ЧСС 94 в минуту, АД 115/60 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. При аускультации I тон на верхушке не изменен, акцент и расщепление II тона над легочной артерией, грубый, скребущий систолический шум, с максимумом в IV-V межреберье слева, не иррадирует. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 6-5-4 см. Селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Вес 22 кг, рост 120 см.

Анализ крови - без патологии, на ЭКГ – признаки перегрузки левого желудочка.

**ВОПРОСЫ:**

- 1.Поставьте предварительный диагноз?
- 2.Наметьте план дополнительного обследования?
- 3.Обоснуйте тактику лечения.

**Ответ к задаче № 6:**

- 1.ВПС, дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части (болезнь Толочинова - Роже), НК 0.
- 2.Рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, доплер ЭхоКГ
- 3.В лечении не нуждается.

**Задача № 7**

Света И., 9 лет, поступила в клинику с жалобами на вялость, сонливость, слабость в руках и ногах, артралгии. Больна около 2-х месяцев: учителя обратили внимание, что девочка стала невнимательной на уроках, раздражительной и плаксивой, стала неряшливо писать, возникли нарушения речи.

Состояние средней тяжести, на вопросы отвечает с трудом из-за невнятности речи. Зев и слизистые чистые, признаки хронического тонзиллита. Мышечный тонус снижен. При осмотре выявлены гиперкинезы, положительный симптом "дряблых плеч", Черни, Гордона, Филатова, нарушение координации. Суставы внешне не изменены, движения в суставах в полном объеме. Легкие - без особенностей. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, АД 110/60 мм. рт. ст. Пульс 86 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены. Анализ крови: Эр.  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Нв - 120 г/л, ЦП - 0,9, Л  $-8,5 \times 10^9/л$ , э-5%, п-4%, с-63%, лимф.-22%, мон.-6%, СОЭ-15 мм/ч. Анализ мочи - без патологии. СРБ - отрицателен, серомукоиды - 0,15, ДФА - 0,250. Общий белок 69 г/л, альбумины - 50%, глобулины:  $\alpha_1$  - 8%,  $\alpha_2$  - 12%,  $\beta$  - 13%,  $\gamma$  - 17%, коэффициент А/Г - 1,0.

**ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. Острая ревматическая лихорадка, активная фаза, активность I степени без поражения сердца, хорея, острое течение, НКо.
2. Дифференцировать с: энцефалитом с гиперкинезами, неврозом навязчивых движений, нервными тиками
3. Режим постельный, стол 15. Медикаментозная терапия: пенициллин 500000 ЕД х 3 в/м с последующим переходом на бициллин - 3, ацетилсалициловая кислота 0,5 х 4 р. после еды, седативные препараты, ноотропы, поливитамины, ФТЛ (электросон).

### **Задача № 8**

У девочки 2 лет, повысилась температура до 38°C и появились боли и отечность в левом локтевом суставе. В анализе крови лейкоцитоз и повышенная СОЭ.

Девочка была госпитализирована в больницу, где ей был поставлен диагноз остеомиелита левого плеча, по поводу которого произведен разрез и ревизия раны. Диагноз не подтвердился. Вскоре присоединилась болезненность и отечность в другом локтевом суставе, а затем в обоих коленных и голеностопных суставах, ребенок перестал ходить, развилась анемия. Больная была переведена в для дальнейшего обследования в клинику детских болезней.

**ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план обследования.

- Ответ: 1. При наличии перечисленных симптомов диагноз ЮРА с уверенностью поставить нельзя, т. к. первоначальные симптомы болезни, такие как лихорадка, артралгия, лейкоцитоз и повышенная СОЭ являются неспецифическими. ЮРА нужно было заподозрить.
2. Дифференциальный диагноз в данном случае следует проводить между ЮРА и ревматизмом, с системной красной волчанкой и склеродермией, а также с травмой сустава в начале заболевания и туберкулезным поражением сустава.
  3. Чтобы правильно поставить диагноз необходимо тщательно обследовать больную, уточнить анамнез, использовать дополнительные методы обследования

### **Задача № 9**

Мальчик 9 лет поступил в отделение с жалобами на сердцебиение, одышку при физической нагрузке, слабость, утомляемость. Указанные жалобы появились около 2 месяцев назад.

Из анамнеза: с 2-х месячного возраста был обнаружен систолический шум в области II-III межреберья слева от грудины, с 8 мес. часто болеет простудными заболеваниями.

При осмотре состояние средней тяжести, сознание ясное. Правильного телосложения. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание везикулярное, ЧД 22 в минуту. Верхушечный толчок разлитой, приподнимающийся, усилен, в V межреберье слева. ЧСС 94 в 1 мин. АД 120/40 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая по правой парастернальной линии, верхняя – III ребро, левая по среднеключичной линии. При аускультации определяется акцент II тона над легочной артерией, выслушивается интенсивный, скребущий систоло-диастолический шум во II межреберье слева от грудины. Шум усиливается ко II тону при нагрузке, проводится в левую подмышечную область. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

На ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка. На ФКГ - систоло-диастолический шум.

**ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести?
3. Назначьте лечение.

Ответ:

1. ВПС с обогащением малого круга кровообращения. ОАП, II стадия, НК<sub>1</sub>.
2. Рентгенография органов грудной клетки. ЭхоКГ, доплер-ЭхоКГ.
3. Лечение оперативное.

### **Задача № 10**

Девочка 12 лет поступила в детское отделение на обследование с жалобами на боли в суставах в течение последних 3 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость. Начало заболевания родители связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. На фоне сохраняющегося субфебрилитета летом девочка отдыхала у бабушки в деревне, много находилась на солнце, загорала, после чего указанные жалобы усилились.

Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания росла и развивалась нормально, болела 2-3 раза в год ОРВИ, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние средней тяжести. Девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Лимфатические узлы умеренно увеличены, при пальпации безболезненны. Лучезапястные, локтевые и голеностопные суставы отечны, движения в них умеренно болезненны. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 1 см из-под края реберной дуги, селезенка по краю реберной дуги. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр -  $3,9 \times 10^{12}$  /л, Тромб -  $120 \times 10^9$  /л, Лейк -  $3,5 \times 10^9$  /л, э - 2%, п/я - 2%, с - 62%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа 1 - 5%, альфа 2 - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоиды - 0,3 ед, СРБ - 15 мг/л, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,1 г/л, лейкоциты - 3-4 в п/зр, эритроциты - 20-25 в п/зр.

**ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие еще исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наметьте план лечения.

Ответ:

1. Диффузное заболевание соединительной ткани (системная красная волчанка?)



## 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

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

Формируемые компетенции и по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК	1	1-100	1-10	1-30	1-60
	2	7,8		21,30	6,7
ОПК	4	1-100	1-10	1-30	1-60
	5	1-100	1-10	1-30	1-60
	6			18-20,22,27,28	31, 39-41, 43, 48, 50, 51, 55,
	7			8-10	19,22,23,26,59
	8		1-10	4-6, ,12,15	1,3,4,9-11,16, 29
	9	44,52	5	16,23,30	1-3,35,36

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

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p align="center"><b>Б 1.В.ДВ.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. Патологическая анатомия туберкулеза.</li> <li>5. Роль социальных и медико-биологических факторов в развитии туберкулеза. Группы риска по заболеванию туберкулезом.</li> <li>6. Основные эпидемиологические показатели туберкулёза: инфицированность, риск инфицирования, заболеваемость, болезненность, смертность.</li> <li>7. Эпидемиология туберкулеза в современных условиях.</li> <li>8. Классификация туберкулёза. Основные принципы и разделы классификации, построение диагноза.</li> </ol>
<p align="center"><b>Б 1.В.ДВ.2</b> Раздел 2 «Противотуберкулёзный диспансер (поликлиника)»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Химиопрофилактика туберкулёза.</li> <li>10. Очаг туберкулёзной инфекции. Типы очагов. Организация работы в очаге туберкулёзной инфекции.</li> <li>11. Вакцинация и ревакцинация BCG. Методика проведения вакцинации. Показания, противопоказания, техника введения вакцины, осложнения.</li> </ol>

	<p>12. Диагностика туберкулеза в условиях общей лечебной сети.</p> <p>13. Противотуберкулёзный диспансер, его структура и организация работы.</p> <p>14. Группировка контингентов противотуберкулёзного диспансера.</p> <p>15. Организация выявления туберкулеза у детей и подростков.</p> <p>Организация выявления туберкулеза у взрослых.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.3</b> Раздел 3 «Диагностика туберкулеза»</p>	<p>16. Особенности анализа жалоб и анамнестических данных больного туберкулезом.</p> <p>17. Объективное обследование больного туберкулезом легких.</p> <p>18. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов.</p> <p>19. Диаскинтест. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов.</p> <p>20. Методы рентгенологического исследования органов грудной клетки, их информативность для диагностики туберкулёза легких.</p> <p>21. Основные рентгенологические синдромы при туберкулёзе органов дыхания.</p> <p>22. Определение микобактерий туберкулёза в патологическом материале.</p> <p>23. Значение инструментальных и инвазивных методов исследования при туберкулезе различных локализаций.</p> <p>Особенности общего анализа крови и мочи в зависимости от клинической формы и фазы туберкулезного процесса.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.4</b> Раздел 4 «Клиника туберкулеза»</p>	<p>24. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика первичного туберкулёзного комплекса.</p> <p>25. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.</p> <p>26. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулезной интоксикации у детей и подростков.</p> <p>27. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика диссеминированного и милиарного туберкулеза легких.</p> <p>28. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика очагового туберкулеза легких.</p>

	<p>29. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких.</p> <p>30. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика казеозной пневмонии.</p> <p>31. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкуломы легкого.</p> <p>32. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.</p> <p>33. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика цирротического туберкулеза легких.</p> <p>34. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита.</p> <p>35. Патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулеза бронхов, трахеи, гортани.</p> <p>36. Кровохарканье и лёгочное кровотечение. Клиника, диагностика и лечение. Спонтанный пневмоторакс. Клиника, диагностика и лечение.</p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.5</b> Раздел 5 «Лечение туберкулеза»</p>	<p>37. Основные методы и принципы комплексного лечения туберкулёза.</p> <p>38. Этиотропная терапия туберкулеза.</p> <p>39. Побочные реакции при использовании противотуберкулёзных препаратов, методы их устранения и профилактика.</p> <p>40. Патогенетическая терапия туберкулёза.</p> <p>41. Коллапсотерапия туберкулёза лёгких: искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум.</p> <p>42. Хирургическое лечение туберкулёза органов дыхания. Показания.</p> <p>43. Физиотерапевтические методы в лечении туберкулёза органов дыхания.</p> <p>44. Санаторно-курортное лечение туберкулёза органов дыхания.</p> <p>45. Трудовая реабилитация больных туберкулёзом и экспертиза нетрудоспособности. Критерии клинического излечения и исходы при туберкулезе органов дыхания.</p>

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

<p><b>Б 1.В.ДВ.1</b></p>	<p>1. К основным группам детей, подверженных риску заразиться туберкулезом, относятся все перечисленные, кроме</p>
--------------------------	--

<p>Раздел I «Теоретические основы фтизиатрии»</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. Высокая заболеваемость туберкулезом обнаруживается в настоящее время</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>у аборигенной этнической группы населения (малые народы Севера) и мигрирующего населения</b></li> <li>2) у постоянно живущего населения и аборигенной этнической группы</li> <li>3) у мигрирующего населения</li> </ol> <p>4. Об инфицировании населения туберкулезом можно судить по перечисленным ниже критериям, исключая</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обнаружение при секционном исследовании следов перенесенной ранее туберкулезной инфекции</li> <li>2) обнаружение на флюорограмме признаков перенесенного ранее туберкулеза</li> <li>3) положительная кожная проба с туберкулином</li> <li>4) <b>обнаружение БК в мокроте</b></li> </ol> <p>5. "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>6. "Эндогенная реинфекция" - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции</b></li> <li>2) возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм</li> <li>3) активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции</li> </ol>
---	--

	<p>7. Экзогенная реинфекция представляет наибольшую опасность для возрастной группы</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) <b>молодых людей (до 40 лет)</b></li><li>2) среднего возраста (40-59 лет)</li><li>3) пожилых людей (60 лет и старше)</li></ol> <p>8. К высокой заболеваемости населения туберкулезом можно отнести выявление</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) <b>100 заболевших на 100 000 населения</b></li><li>2) 30-50 заболевших на 100 000 населения</li><li>3) 20 заболевших на 100 000 населения</li></ol> <p>9. К умеренной заболеваемости населения туберкулезом следует отнести показатель при выявлении</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 100 заболевших на 100 000 населения</li><li>2) <b>30-50 заболевших на 100 000 населения</b></li><li>3) 20 заболевших на 100 000 населения</li></ol> <p>10. К низкому показателю заболеваемости туберкулезом можно отнести выявление</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 100 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения</li><li>2) 30-50 больных туберкулезом на 100 000 населения</li><li>3) <b>20 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения</b></li></ol> <p>11. К низкому показателю болезненности населения туберкулезом можно отнести</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 500 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения</li><li>2) 200 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения</li><li>3) <b>100 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения</b></li></ol> <p>12. Ежегодный прирост инфицирования населения туберкулезом, оцененный по динамике кожной туберкулиновой пробы, свидетельствующий о высокой пораженности населения данного города (района, области) туберкулезом, начинается</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) с 20% и более</li><li>2) с 10% и более</li><li>3) <b>с 1% и более</b></li><li>4) с 0.1% и более</li></ol> <p>13. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) дефекты в профилактической работе</li><li>2) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре</li></ol>
--	--

- 3) небрежное отношение больного к своему здоровью
  - 4) незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки)
  - 5) **все перечисленное**
14. Для своевременного выявления туберкулеза необходимо проводить
- 1) массовые профилактические обследования населения на туберкулез
  - 2) обследование на туберкулез больных в общих и специализированных лечебных учреждениях
  - 3) регулярное и качественное обследование групп риска по туберкулезу
  - 4) санитарно-просветительную работу с населением
  - 5) **все перечисленное**
15. У человека, перенесшего ранее туберкулез, и имеющего остаточные рентгенологические изменения (архив), риск заболеть туберкулезом по сравнению с прочим населением выше
- 1) в 2 раза
  - 2) в 3 раза
  - 3) **в 5-10 раз**
16. "Случай туберкулеза", по критериям ВОЗ - это
- 1) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него
  - 2) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах
  - 3) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде гигантоклеточной гранулемы с казеозным некрозом
  - 4) **заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии**
17. Основными эпидемиологическими показателями, используемыми фтизиатром в своей работе, являются
- 1) заболеваемость туберкулезом
  - 2) инфицированность и риск инфицирования населения микобактериями туберкулеза
  - 3) болезненность населения туберкулезом
  - 4) смертность от туберкулеза
  - 5) **все перечисленное**

	<p>18. О распространенности туберкулеза свидетельствуют такие показатели</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) как заболеваемость</li> <li>2) как болезненность</li> <li>3) как смертность</li> <li>4) как инфицированность</li> <li>5) <b>все перечисленное</b></li> </ol> <p>19. Заболеваемость туберкулезом - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей</li> <li>2) число больных туберкулезом в пересчете на 10 000 жителей</li> <li>3) процент больных, исчисленный к населению данной местности</li> <li>4) число больных туберкулезом, выявленных в данном году</li> <li>5) <b>число вновь выявленных больных туберкулезом в пересчете на 100 000 населения</b></li> </ol> <p>20. Показатель болезненности при туберкулезе - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>число больных туберкулезом, стоящих на учете на конец года, в пересчете на 100000 жителей</b></li> <li>2) число больных активным туберкулезом на конец года</li> <li>3) удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории</li> <li>4) число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей</li> </ol> <p>21. При анализе эффективности осмотров на туберкулез важны все перечисленные показатели, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) процента охвата населения осмотрами на туберкулез</li> <li>2) частоты выявления больных активным туберкулезом</li> <li>3) структуры выявленного контингента больных</li> <li>4) удельного веса несвоевременного выявленных больных</li> <li>5) <b>выполнения плана обследования</b></li> </ol> <p>22. Положительными сдвигами в структуре заболеваемости туберкулезом следует считать все перечисленные, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уменьшения удельного веса больных с БК+ и деструкцией</li> <li>2) отсутствия запущенных форм туберкулеза</li> <li>3) снижения показателя инфицированности</li> <li>4) <b>повышения удельного веса больных с очаговым туберкулезом</b></li> </ol> <p>23. 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>24. Показатель абациллирования контингентов - это</p> <p>1) <b>число абациллированных и снятых с учета в текущем году больных, умноженное на 100 и деленное на число больных с БК+ в учетном году</b></p> <p>2) процент больных с БК(-) ко всему контингенту больных</p> <p>3) число больных с БК(-) на 100 больных с БК(+)</p> <p>4) число больных, снятых с бациллярного учета</p> <p>25. Увеличение показателей ранних рецидивов свидетельствует о всем перечисленном, кроме</p> <p>1) недостаточного лечения</p> <p>2) преждевременного перевода больных туберкулезом в III группу диспансерного наблюдения</p> <p>3) дефектов в наблюдении за больными туберкулезом в I и II группах диспансерного учета</p> <p>4) <b>характеристик макро- и микроорганизма</b></p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.2</b>  Раздел 2  «Противотуберкулезный диспансер (поликлиника)»</p>	<p>26. 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>27. Основной метод 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>28. Массовую туберкулинодиагностику среди детей следует проводить</p> <p>1) 1 раз в 6 месяцев</p> <p>2) <b>1 раз в 1 год</b></p> <p>3) 4 раза в 1 год</p> <p>4) 1 раз в два года</p> <p>29. Флюорографическое обследование подростков должно проводиться</p>

	<p>1) <b>1 раз в 1 год</b></p> <p>2) 1 раз в 2 года</p> <p>3) 2 раза в 1 год</p> <p>4) в зависимости от эпидситуации и профориентации подростка</p> <p>30. Систематическое флюорографическое обследование населения на туберкулез проводится</p> <p>1) с 10-летнего возраста</p> <p>2) с 12-летнего возраста</p> <p>3) <b>с 15-летнего возраста</b></p> <p>4) с 18-летнего возраста</p> <p>5) выбор возраста определяется эпидемической ситуацией</p> <p>31. Выборочное обследование на туберкулез часто болеющих детей и подростков проводится</p> <p>1) <b>врачом-терапевтом</b></p> <p>2) фтизиатром</p> <p>3) врачами-специалистами</p> <p>32. Противотуберкулезными мероприятиями, которые осуществляет общая педиатрическая сеть, являются все перечисленные, кроме</p> <p>1) массовой туберкулинодиагностики</p> <p>2) вакцинации БЦЖ и ревакцинации БЦЖ</p> <p>3) раннего выявления туберкулеза</p> <p>4) <b>дообследования детей из группы риска</b></p> <p>33. Противотуберкулезными мероприятиями, осуществляемыми санитарно-эпидемиологической службой, являются</p> <p>1) планирование массовой туберкулинодиагностики и контроль за ее выполнением</p> <p>2) планирование вакцинации и ревакцинации БЦЖ</p> <p>3) контроль за правильностью хранения вакцины БЦЖ</p> <p>4) контроль за правильностью прививок БЦЖ</p> <p>5) <b>все перечисленное</b></p> <p>34. Основные мероприятия, составляющие работу противотуберкулезного диспансера, - это</p> <p>1) наблюдение за контингентом по группам учета</p> <p>2) ведение документации и отчетности</p> <p>3) амбулаторное лечение больных и проведение химиопрофилактики</p> <p>4) диагностика туберкулеза</p> <p>5) <b>все перечисленное</b></p> <p>35. Группа диспансерного учета для детей, страдающих активным туберкулезом органов дыхания - это</p>
--	--

- 1) Ша
  - 2) I
  - 3) Va
  - 4) IV
36. Группа диспансерного учета для детей, страдающих активным внелегочным туберкулезом - это
- 1) O
  - 2) III
  - 3) I
  - 4) VI
  - 5) **Va**
37. Дети с туберкулезными изменениями неясной активности наблюдаются
- 1) **по O группе учета**
  - 2) по VI a группе учета
  - 3) по I группе учета
38. Срок наблюдения по I группе учета обусловлен
- 1) характеристикой течения заболевания
  - 2) **длительностью основного курса лечения**
  - 3) завершением отчетного года
39. В диспансере дети из очагов туберкулезной инфекции в возрасте до 3 лет осматриваются
- 1) 1 раз в 3 месяца
  - 2) 1 раз в 2 месяца
  - 3) **1 раз в 6 месяцев**
40. Дети из очагов туберкулезной инфекции старше 3 лет осматриваются фтизиатром
- 1) 1 раз в год
  - 2) 1 раз в 2 года
  - 3) **1 раз в 6 месяцев**
41. Проведение массовой туберкулинодиагностики осуществляется
- 1) **общей педиатрической сетью**
  - 2) противотуберкулезным диспансером
  - 3) противотуберкулезным стационаром
  - 4) санэпидемиологической службой
42. Пациенты с метатуберкулезными остаточными изменениями в грудной клетке должны наблюдаться в диспансере
- 1) по I группе
  - 2) по II группе
  - 3) **по III группе**
  - 4) по IV группе

	<p>43. Пациенты с посттуберкулезными изменениями в грудной клетке должны наблюдаться в диспансере</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) по I группе</li><li>2) по II группе</li><li>3) по III группе</li><li>4) <b>наблюдение в поликлинике</b></li></ol> <p>44. Под очагом туберкулезной инфекции следует понимать</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) больного, выделяющего БК</li><li>2) жилище больного, выделяющего БК</li><li>3) окружение больного, выделяющего БК</li><li>4) <b>все перечисленное</b></li></ol> <p>45. Самым опасным очагом туберкулезной инфекции является</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) <b>бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением</b></li><li>2) скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми</li><li>3) бактериовыделитель с факультативным выделением БК и при контакте только со взрослыми</li></ol> <p>46. Профилактические мероприятия по туберкулезу в общежитиях включают</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) предупреждать вселение больных туберкулезом</li><li>2) исключать переселение заболевшего туберкулезом</li><li>3) выделение больному туберкулезом отдельной комнаты (квартиры)</li><li>4) <b>все перечисленное</b></li></ol> <p>47. Предупреждение заражения туберкулезом человека от животных включает</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) выявление и уничтожение больного туберкулезом животного</li><li>2) постоянный бактериологический контроль за молоком и молочными продуктами</li><li>3) постоянный бактериологический контроль за мясом забитых животных</li><li>4) <b>все перечисленное</b></li></ol> <p>48. В противотуберкулезном учреждении для профилактики туберкулеза среди сотрудников необходимо иметь все перечисленное, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) отдельного гардероба и специальной одежды для персонала</li><li>2) отдельного помещения для приема пищи</li><li>3) <b>отдельной регистратуры</b></li></ol> <p>49. Для предупреждения распространения туберкулеза следует проводить все перечисленные виды дезинфекции, кроме</p>
--	---

	<p>1) текущей 2) заключительной 3) <b>постоянной</b></p> <p>50. Химиопрофилактика туберкулеза показана лицам 1) контактирующим с бактериовыделителем 2) с виражом туберкулиновой чувствительности 3) состоящим на учете в III диспансерного учета 4) имеющим повышенный риск заболеть туберкулезом 5) <b>всем перечисленным</b></p> <p>51. Задачами санитарно-эпидемиологических станций являются 1) организация профосмотров на туберкулез 2) участие в организации вакцинации и ревакцинации против туберкулеза 3) регистрация и учет бациллярных больных и работа в очаге 4) контроль за декретированными группами по их обследованию на туберкулез 5) <b>все перечисленное</b></p>
<p><b>Б 1.В.ДВ.3</b> Раздел 3 «Диагностика туберкулеза»</p>	<p>52. Жалобы больного туберкулезом 1) специфичны для этого заболевания и позволяют по ним провести дифференциальную диагностику с другой легочной патологией 2) <b>имеют черты специфичности и позволяют заподозрить туберкулез органов дыхания</b> 3) неспецифичны и не позволяют с уверенностью судить о природе заболевания</p> <p>53. Условия жизни больного 1) не оказывают существенного влияния на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса 2) <b>оказывают существенное влияние на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса</b> 3) оказывают только некоторое влияние на риск заболеть туберкулезом и совсем мало влияют на его течение</p> <p>54. Семейный анамнез представляет для фтизиатра интерес с точки зрения 1) наличия или отсутствия контакта с родственниками, больными заразной формой туберкулеза 2) семейной предрасположенностью к данному инфекционному заболеванию 3) <b>как контакта с родственником, больным туберкулезом, так и семейной</b></p>

**предрасположенностью к бронхолегочным заболеваниям**

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

- 1) **клинических методов исследования**
- 2) флюорографических методов исследования
- 3) лабораторных методов исследования

56. Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно

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

57. Туберкулезу органов дыхания более свойственно

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

58. При туберкулезе органов дыхания между данными клинических методов исследования и изменениями, обнаруженными на рентгенограмме, как правило

- 1) имеется полное соответствие
- 2) нет полного соответствия, клиническая симптоматика более богата
- 3) **нет полного соответствия, рентгенологические изменения более обширны**

59. Клинически малосимптомно и без изменений, выявляемых с помощью физических методов исследования, протекает

- 1) **очаговый туберкулез легких**
- 2) инфильтративный туберкулез легких
- 3) диссеминированный туберкулез
- 4) фиброзно-кавернозный туберкулез
- 5) цирротический туберкулез

60. Клинической симптоматикой, как правило, сопровождается

- 1) очаговый туберкулез легких
- 2) туберкулема легких
- 3) **инфильтративный туберкулез легких**

61. Обычно протекает инapperцептно и выявляется только при массовой флюорографии населения

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>туберкулема легких</b></li> <li>2) инфильтративная форма туберкулеза легких</li> <li>3) цирротическая форма туберкулеза легких</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>Б 1.В.ДВ.4</b> Раздел 4 «Клиника туберкулеза»</p>	<p>62. 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>63. Диссеминированный туберкулез легких - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких</li> <li>2) распространенное двустороннее поражение легких</li> <li>3) <b>распространенное, чаще двустороннее, тотальное или ограниченное поражение легких с преобладанием очаговых или интерстициальных изменений в легких гематогенного, лимфогенного или бронхогенного происхождения</b></li> </ol> <p>64. Пути распространения туберкулезной инфекции при диссеминированном туберкулезе легких могут быть все перечисленные, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематогенного</li> <li>2) лимфогенного</li> <li>3) бронхогенного</li> <li>4) <b>капельно-аэрогенного</b></li> </ol> <p>65. Рентгенологически очаг в легких определяется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>как любая пятнистого характера тень диаметром до 1 см</b></li> <li>2) как патологическая тень в легком, являющаяся отображением патологического процесса, не выходящего за пределы дольки легкого</li> <li>3) любое патологическое образование размером поражения не более 1 см<sup>3</sup></li> </ol> <p>66. Наружные контуры очаговых теней в легких при наличии активности туберкулезного процесса являются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) четкими</li> <li>2) <b>размытыми</b></li> <li>3) закономерности не выявляется</li> </ol>

	<p>67. Инфильтративный туберкулез легких - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения</li> <li>2) туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии</li> <li>3) <b>туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре</b></li> </ol> <p>68. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) большой объем поражения</li> <li>2) <b>преобладание казеозного некроза</b></li> <li>3) более частый распад</li> <li>4) склонность к бронхогенной диссеминации</li> <li>5) поражение крупных бронхов</li> </ol> <p>69. Туберкулема легкого представляет собой</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфической грануляционной ткани</li> <li>2) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфического и неспецифического воспаления</li> <li>3) <b>очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный соединительнотканной капсулой с включением клеточных элементов туберкулезной гранулемы</b></li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ДВ.5</b> Раздел 5 «Лечение туберкулеза»</p>	<p>85. 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>86. 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>87. Основной предпосылкой эффективности химиотерапии туберкулеза является</p>



	<p>1) хорошая переносимость лечения</p> <p>2) высокий уровень защитных сил организма больного</p> <p>3) <b>чувствительность микобактерий к применяемым препаратам</b></p> <p>4) хорошая или удовлетворительная фармакокинетика</p> <p>88. Контролируемая химиотерапия необходима</p> <p>1) на начальном этапе лечения</p> <p>2) на амбулаторном этапе лечения</p> <p>3) <b>на всем протяжении химиотерапии</b></p> <p>89. Патогенетическая терапия - это</p> <p>1) <b>терапия, воздействующая на состояние организма больного и происходящие в нем патологические процессы</b></p> <p>2) терапия с применением противовоспалительных лекарств</p> <p>3) терапия с применением лекарственных средств, влияющих на иммунную систему</p> <p>4) терапия, направленная на улучшение переносимости химиопрепаратов</p> <p>90. У больного 35 лет впервые обнаружен фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации, БК+. В течение длительного времени отмечается слабость, быстрая утомляемость. Артериальное давление - 90/60 мм рт. ст. Для применения глюкокортикоидных гормонов</p> <p>1) <b>имеются основания</b></p> <p>2) нет оснований</p> <p>91. Биогенные стимуляторы</p> <p>1) подавляют размножение микобактерий туберкулеза</p> <p>2) <b>создают условия для повышения защитных механизмов больного</b></p> <p>3) улучшают переносимость химиотерапии</p> <p>92. С целью устранения витаминной недостаточности и профилактики ее нарастания наиболее целесообразно назначение</p> <p>1) тиамин и рибофлавин</p> <p>2) никотинамида и пиридоксина</p> <p>3) пантотеновой кислоты и ретинола</p> <p>4) аскорбиновой кислоты и пиридоксина</p> <p>5) <b>комплекса витаминов в сбалансированных соотношениях между ними</b></p> <p>93. Ультразвук при туберкулезе вызывает</p> <p>1) тепловое действие</p>
--	--

	<p>2) усиление лимфо- и кровообращения</p> <p>3) очаговую реакцию</p> <p>4) <b>повышает концентрацию химиопрепаратов в очаге поражения</b></p> <p>5) все перечисленные действия</p> <p>94. Физиотерапия при туберкулезе оказывает влияние</p> <p>1) на воспалительную реакцию</p> <p>2) на концентрацию химиопрепаратов в очаге поражения</p> <p>3) на репаративные процессы</p> <p>4) <b>на все перечисленное</b></p> <p>5) на все перечисленное, кроме 2)</p> <p>95. Ультразвук следует применять</p> <p>1) при свежем экссудативном туберкулезе</p> <p>2) <b>при замедлении репаративных процессов</b></p> <p>3) при казеозных изменениях</p> <p>4) при вспышке туберкулеза</p> <p>5) при всем перечисленном</p> <p>96. Ультразвук противопоказан</p> <p>1) при лихорадочном состоянии</p> <p>2) при кровохаркании</p> <p>3) при злокачественных образованиях</p> <p>4) при ишемической болезни сердца</p> <p>5) <b>при всех перечисленных состояниях</b></p> <p>97. Климатические факторы у больных туберкулезом</p> <p>1) повышают сопротивляемость организма</p> <p>2) нормализуют обмен веществ</p> <p>3) улучшают функцию нервной системы</p> <p>4) <b>определяют все перечисленное</b></p> <p>98. Горно-климатические курорты показаны больным</p> <p>1) всеми формами туберкулеза легких в фазе инфильтрации</p> <p>2) всеми деструктивными формами туберкулеза легких</p> <p>3) <b>ограниченными торпидно текущими формами туберкулеза легких</b></p> <p>4) всеми формами туберкулеза легких с признаками легочно-сердечной недостаточности</p> <p>99. Направление на горно-климатические курорты противопоказано больным</p> <p>1) всеми формами туберкулеза в фазе выраженной вспышки</p> <p>2) туберкулезом в сочетании с сердечно-сосудистой недостаточностью</p>
--	--



Общий анализ мочи. Белок 0,33 г/л, клетки плоского эпителия – 6-10 в п/з, цилиндры гиалиновые единичные в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты 10-12 в поле зрения, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.

Бактериоскопия мокроты. КУБ не обнаружены.

Посев мокроты на МБТ. МБТ не обнаружены.

При ПЦР исследовании мокроты выявлены МБТ

Трахеобронхоскопия. Без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 5 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 5 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

### **2. Задача 2.**

Женщина, 37 лет, воспитатель детского сада. Заболевание выявлено при флюорографическом осмотре по поводу контакта с мужем, больным открытой формой туберкулеза. Активных жалоб не предъявляла, хотя отметила, что в последний месяц появилась слабость, потливость, понизилась трудоспособность. Туберкулезом ранее не болела.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Грудная клетка правильной формы. При перкуссии грудной клетки над легочными полями определяется легочный звук, при аускультации выслушивается везикулярное дыхание по всем легочным полям, хрипы не прослушиваются ЧД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 72 в 1 мин. Ритмичный, удовлетворительного качества. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови. Гемоглобин 130 г/л, эритроциты  $4,2 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $5,2 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 4%, сегментоядерные 56%, эозинофилы 4%, лимфоциты 30%, моноциты 6%, СОЭ 18 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты не обнаружены, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.

Бактериоскопия мокроты. КУБ не обнаружены.

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (1+).

Трахеобронхоскопия – без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 21 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 18 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

### **3. Задача 3.**

Женщина, 41 год. Страдает язвенной болезнью желудка с 36 лет, последнее обострение 1 год назад. Флюорографию органов грудной клетки последний раз проходила 2 года назад, при этом изменений со стороны органов дыхания не было обнаружено. Контакт с больным туберкулезом не установлен. Проживает в сельской местности. Работает на животноводческой ферме. Больной себя считает с января текущего

года, когда появились утомляемость, повышение температуры тела до 37,5 – 38,0<sup>0</sup>С, потливость, кашель с выделением мокроты гнойного характера, имело место кровохарканье.

Обратилась в поликлинику по месту жительства, где при физикальном исследовании отмечались: бледность кожных покровов, понижение массы тела на 5 кг. Грудная клетка астенической конституции, при перкуссии укорочение перкуторного тона справа в надлопаточной области, дыхание здесь бронховезикулярное, после покашливания прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 18 в 1 мин. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Живот мягкий безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови. Гемоглобин 120 г/л, эритроциты  $4,8 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $9,0 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 10%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 1%, лимфоциты 21%, моноциты 7%, СОЭ 35 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гнойная с примесью крови, жидкая, лейкоциты 20-23 в поле зрения, эритроциты до 30 в поле зрения, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения, эластические волокна.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (2+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+).

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 18 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 15 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

#### **4. Задача 4.**

Женщина 28 лет. Страдает хроническим вирусным гепатитом «С» в неактивной фазе. Последнее флюорографическое обследование 4 года назад. Вернулась из мест лишения свободы 4 месяца назад, где находилась 3 года. Около последних 3х месяцев отмечает похудание на 4-5 кг, общую слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты иногда с прожилками крови, нарастающую одышку. В течение 2х месяцев беспокоит субфебрильная температура в вечерние часы. При глубоком вдохе беспокоят боли в правой половине грудной клетки.

Объективно. Пониженного питания (рост 172 см, вес 50 кг), кожные покровы чистые, бледные. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При перкуссии определяется укорочение легочного звука верхних и средних отделов справа, при аускультации на фоне везикулярного дыхания прослушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы. Слева по легочным полям определяется тимпанический звук, дыхание везикулярное ослабленное. ЧД 24 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 100 в 1 мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Край печени выступает из-под реберной дуги на 5 см, печень эластичная, чувствительная. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови. Гемоглобин 105 г/л, эритроциты  $3,2 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $10,2 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 12%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 2%, лимфоциты 14%, моноциты 11%, СОЭ 56 мм/ч

Общий анализ мочи. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1016, белок 0,033 г/л, эпителий плоский 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 1-2 в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гнойная, лейкоциты 24-26 в поле зрения, эритроциты не обнаружены.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (4+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (4+).

Трахеобронхоскопия. Заключение: туберкулез правого верхедолевого бронха, инфильтративный, продуктивный.

Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 100 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 6 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 12 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

#### **5. Задача 5.**

Женщина, 27 лет. Изменения в легких выявлены впервые. Находилась на стационарном лечении в пульмонологическом отделении туберкулезной больницы с диагнозом: Инфильтративный туберкулез верхних долей легких в фазе распада, обсеменения МБТ (+). Спустя месяц после госпитализации при физической нагрузке у больной резко ухудшилось состояние – появились резкие боли в левой половине грудной клетки, выраженная одышка.

Объективно. Общее состояние средней степени тяжести. ЧД 28-30 в 1 мин. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Перкуторно справа легочный звук, слева с коробочным оттенком. Аускультативно справа дыхание везикулярное, слева ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ритм правильный. Пульс 120 в 1 мин., АД 140/90 мм. рт. ст.

Общий анализ крови. Гемоглобин 120 г/л, эритроциты  $4,2 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $7,8 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 9%, сегментоядерные 66%, эозинофилы 0%, лимфоциты 15%, моноциты 10%, СОЭ 35 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (1+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+).

Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 120 в мин. Горизонтальное положение ЭОС.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 12 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 14 мм через 72 часа.

Манометрия плевральной полости -2/+2 см. водного столба

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

#### **6. Задача 6.**

Женщина, 21 год. Заболевание выявлено впервые при профилактическом осмотре. Находилась на стационарном лечении в противотуберкулезной больнице 9 месяцев с диагнозом: Инфильтративный туберкулез S I-II левого легкого МБТ (+). Получила основной курс специфической терапии с положительной клинико-рентгенологической динамикой, однако полного рассасывания туберкулезного процесса не наступило.

Жалоб не предъявляет.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно ясный легочный звук. Дыхание

везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот спокоен. Пульс 72 в 1 мин., АД 120/70 мм.рт.ст. ЧД 18 в 1 мин. Температура тела 36,6 о С

Общий анализ крови. Гемоглобин 140 г/л, эритроциты  $4,8 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $6,2 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 4%, сегментоядерные 55%, эозинофилы 1%, лимфоциты 34%, моноциты 6%, СОЭ 4 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты не обнаружены, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (1+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (рост 20-30 КОЕ).

Трахеобронхоскопия – без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 8 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 12 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

#### **7. Задача 7.**

Мужчина, 25 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на общую слабость, субфебрильную температуру тела, одышку при физической нагрузке, сухой кашель, повышенную потливость.

Больным себя считает около двух недель, когда появилась резкая боль в грудной клетке справа, усаливающаяся при глубоком дыхании, слабость, фебрильная лихорадка, потливость, повышенная утомляемость. Получал в течение 6 дней антибиотика широкого спектра действия без улучшения общего состояния.

В анамнезе 1,5 месяца назад контакт с дядей, страдающим открытой формой туберкулеза легких.

Объективно. Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,9°С. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные, ЧД 24 в мин. При осмотре грудной клетки справа отмечается отставание в акте дыхания. Межреберные промежутки справа в нижних отделах сглажены, отмечается болезненность межреберных мышц. Голосовое дрожание справа в нижних отделах ослаблено. Перкуторно справа в нижних отделах грудной клетки укорочение звука. Там же при аускультации дыхательные не выслушиваются. В других отделах легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 78 в мин. АД 120/70 мм/рт/ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови. Гемоглобин 135 г/л, эритроциты  $4,5 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $10,2 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 8%, сегментоядерные 62%, эозинофилы 8%, лимфоциты 16%, моноциты 6%, СОЭ 42 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Бактериоскопия промывных вод бронхов. КУБ не обнаружены.

Посев промывных вод бронхов на МБТ. МБТ не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 22 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 24 мм через 72 часа.

Общий анализ плевральной жидкости. Прозрачная, светло-желтого цвета, проба Ривальта положительная, относительная плотность 1,018, белок 3,0 г/л, нейтрофилы 12%, лимфоциты 88%

ПЦР плевральной жидкости. Выявлены МБТ.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

#### 8. Задача 8.

Мужчина, 37 лет. Болен туберкулезом легких в течение 7 лет. Заболел во время нахождения в местах лишения свободы. После освобождения лечился нерегулярно, отказывался от приема противотуберкулезных препаратов. Ухудшение самочувствия отмечает в течение последнего года в виде усиления одышки, значительно похудел (на 25 кг), рецидивирующее кровохарканье, фебрильная лихорадка во второй половине дня.

Жалобы на легочное кровотечение (одномоментно выделилось около 200 мл крови), общую слабость, потливость, снижение аппетита, субфебрильную температуру тела по вечерам, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки в надлопаточной области при глубоком дыхании и кашле.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические л/узлы не увеличены. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ритмичное, поверхностное. ЧД 28 в 1 минуту. Грудная клетка эмфизематозная. При пальпации эластичная. Западение надключичной ямки справа. Правая половина отстает в акте дыхания. Притупление перкуторного тона справа в надключичной и надлопаточной областях, слева с коробочным оттенком, больше в нижних отделах, также и справа в нижних отделах. Дыхание справа в верхних отделах с амфорическим оттенком, шум писка, в нижних отделах ослаблено, на фоне которого выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Слева дыхание жесткое, по всем легочным полям разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 102 в 1 мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Пастозность голеней и стоп.

Рост 180 см, вес 52 кг.

Общий анализ крови. Гемоглобин 86 г/л, эритроциты  $2,2 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $14,2 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 10%, сегментоядерные 63%, эозинофилы 2%, лимфоциты 18%, моноциты 7%, СОЭ 38 мм/ч

Общий анализ мочи. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1015, белок 0,033 г/л, эпителий плоский 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 8-10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 1-2 в поле зрения, цилиндры зернистые 3-4 в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Бурого цвета, жидкая, лейкоциты 20-26 в поле зрения, эритроциты большое количество.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (4+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (4+).

Антибиотикограмма. Устойчивость МБТ к рифампицину, изониазиду, стрептомицину, этамбутолу, канамицину, протионамиду.

Трахеобронхоскопия. Заключение: туберкулез правого верхедолевого бронха, инфильтративный, продуктивный.

Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 102 в мин. Поворот ЭОС вправо. Р. pulmonale. Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 5 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 4 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.



5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

### 9. Задача 9.

Мужчина, 23 года.

Жалобы на резкую слабость, потливость по ночам и при повышении температуры, кашель с небольшим количеством зеленоватой мокроты с примесью алой крови, повышение температуры тела до 39-40°C во второй половине дня, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в грудной клетке при дыхании, сухость во рту, жажду, отсутствие аппетита, похудание за 3 месяца на 10-12 кг.

Анамнез заболевания. Около 6 месяцев назад появился сухой кашель, субфебрильная лихорадка. Лечился самостоятельно симптоматически. Постепенно снижался аппетит, похудел, возникла и усиливалась одышка, появилась мокрота с примесью крови. Две недели назад состояние резко ухудшилось - поднялась температура до 39°C, появилась резкая слабость, профузная потливость, сухость во рту и жажда. Госпитализирован в пульмонологическое отделение с диагнозом: острая неспецифическая пневмония, где находился 14 дней. Получал противопневмоническое лечение, дезинтоксикационную и симптоматическую терапию, проведена коррекция инсулинотерапии. Несмотря на проводимое лечение состояние больного не улучшалось, нарастали симптомы интоксикации, одышка, сохранялось кровохарканье и фебрильная лихорадка.

Анамнез жизни: Предыдущее флюорографическое обследование 1 год назад (норма). С 12 лет страдает ИЗСД. Туберкулезный контакт не установлен.

Объективно. Общее состояние тяжелое, температура 39,5°C. Правильного астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные, горячие и влажные на ощупь, чистые, акроцианоз. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ритмичное, поверхностное. ЧД 30 в минуту. Дыхание ослаблено, по всем легочным полям выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 110 в минуту. АД 80/40 мм.рт.ст. Рост 178 см, вес 48 кг.

Общий анализ крови. Гемоглобин 75 г/л, эритроциты  $2,2 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $16,2 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 23%, сегментоядерные 60%, эозинофилы 0%, лимфоциты 5%, моноциты 12%, СОЭ 62 мм/ч

Общий анализ мочи. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1010, белок 0,033 г/л, ацетон +++, сахар +++++, эпителий плоский 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 8-10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 2-4 в поле зрения, цилиндры зернистые 3-4 в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гнойная, жидкая, лейкоциты на все поле зрения, эритроциты 40-50 в поле зрения, эпителиальные клетки большое количество, эластические волокна.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (4+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (4+).

Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 110 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Уколотная реакция через 72 часа.

Диаскин-тест. Уколотная реакция через 72 часа.

Сахар крови натощак 20,5 ммоль/л

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

### 10. Задача 10.

Мужчина, 57 лет. В возрасте 6 лет перенес первичный туберкулезный комплекс справа, получил полный курс химиотерапии, сформировались остаточные изменения в виде очага Гона и единичных кальцинатов во внутригрудных лимфатических узлах бронхопульмональной группы справа. В возрасте 42 лет возник рецидив туберкулезного процесса в виде инфильтративного туберкулеза правого легкого в фазе распада, обсеменения МБТ (+). Лечился нерегулярно, отказывался от приема противотуберкулезных препаратов. Туберкулезный процесс прогрессировал на фоне алкоголизации пациента, сформировалась лекарственная устойчивость МБТ. Туберкулезный процесс трансформировался в фиброзно-кавернозную форму.

Жалобы на общую слабость, потливость, снижение аппетита, похудание, субфебрильную температуру тела по вечерам, одышку и сердцебиение при незначительной физической нагрузке, боли в левой половине грудной клетки в надлопаточной и подлопаточной областях при глубоком дыхании и кашле, кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Правильного астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные, акроцианоз. Периферические л/узлы не увеличены. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ритмичное, поверхностное. ЧД 26 в 1 минуту. Грудная клетка деформирована. При пальпации эластичная. Западение грудной клетки слева, межреберья слева сужены, плечо опущено, атрофия мышц плечевого пояса слева. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Притупление перкуторного тона слева, справа с коробочным оттенком. Дыхание справа жесткое, хрипов нет. Слева дыхание бронхиальное, выслушиваются сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 96 в 1 мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Пастозность голеней и стоп.

Рост 178 см, вес 42 кг.

Общий анализ крови. Гемоглобин 150 г/л, эритроциты  $5,2 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $13,6 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 10%, сегментоядерные 63%, эозинофилы 2%, лимфоциты 18%, моноциты 7%, СОЭ 28 мм/ч

Общий анализ мочи. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1015, белок 0,033 г/л, эпителий плоский 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения, цилиндры зернистые 1-2 в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гноющая, жидкая, лейкоциты 20-22 в поле зрения, эритроциты не обнаружены.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (1+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+).

Антибиотикограмма. Устойчивость МБТ к рифампицину, изониазиду, этамбутолу, пиперазину, канамицину, капреомицину, офлоксацину.

Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 96 в мин. Поворот ЭОС вправо. Р. pulmonale. Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 4 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 6 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения.
5. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №1

1	Опишите рентгенограмму.
-	На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции с двух сторон симметрично по всем легочным полям определяются милиарные (1-2 мм) очаговые тени. Сосудистый рисунок с двух сторон деформирован по типу мелкой ячеистости.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	Клинический диагноз: Милиарный туберкулез легких МБТ (+) Кровохарканье. Диагноз поставлен на основании: жалоб (сухой кашель, повышение температуры тела до фебрильных цифр), отсутствия клинической динамики на фоне антибактериальной терапии, выявлении в анализе мокроты методом ПЦР МБТ, изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (наличие милиарных очаговых теней по всем легочным полям), изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, лимфопения и моноцитоз).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: брюшным тифом, метастатическим поражением легких, саркоидозом.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №2

1	Опишите рентгенограмму.
-	На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции в верхней доле правого легкого определяется единичный очаг затемнения округлой формы в диаметре около 1 см с нечеткими контурами средней интенсивности.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	Клинический диагноз: Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации МБТ (+). Диагноз поставлен на основании: появлении в последний месяц интоксикационного синдрома (слабость, потливость, понижение трудоспособности); наличие контакта с бактериовыделителем, изменений на рентгенограмме органов

	грудной клетки (в верхней доле правого легкого определяется единичный очаг затемнения округлой формы в диаметре около 1 см с нечеткими контурами средней интенсивности.), гиперергических проб Манту и Диаскин-теста, обнаружении в промывных водах бронхов МБТ.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: неспецифической очаговой пневмонией, периферическими доброкачественными опухолями легких, периферическим раком легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте длительность пребывания больной на больничном листе
-	Длительность пребывания пациентки на больничном листе до 12 месяцев, т.к. она относится к декретированным категориям населения (работник дошкольного учреждения).
-	Длительность пребывания на больничном листе указана и обоснован верно.
-	Длительность пребывания на больничном листе указана верно, но не обоснована
-	Длительность пребывания на больничном листе указана и обоснован неверно

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №3

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. В верхней доле правого легкого определяется субтотальное затемнение треугольной формы с четким нижним контуром и с размытой верхней границей, с участками просветления в центре и очаговыми тенями в пределах верхней доли, имеется широкая инфильтративная дорожка к корню легкого.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (по типу периссиссурита) в фазе распада и обсеменения. МБТ (+). Кровохарканье. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. Диагноз поставлен на основании: больная относится к группе повышенного риска заболевания туберкулезом; имеются признаки интоксикации, бронхолегочного синдрома (кашель с выделением мокроты гнойного характера, кровохарканье, утомляемость, потливость, повышение температуры тела); выявлении в анализе мокроты методом микроскопии КУБ; изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (в верхней доле правого легкого определяется субтотальное затемнение треугольной формы с четким нижним контуром и с размытой верхней

	границей, с участками просветления в центре и очаговыми тенями в пределах верхней доли, имеется широкая инфильтративная дорожка к корню легкого), перкуторной и аускультативной картины в легких (при перкуссии укорочение перкуторного тона слева в надлопаточной области, аускультативно дыхание в этой области бронховезикулярное, после покашливания прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы); изменения в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, ускорено СОЭ).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Необходимо провести дифференциальную диагностику с неспецифической пневмонией, раком легкого, грибковым поражением легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №4

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Справа верхняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации неомогенного характера с полостями распада. Междолевая плевра справа подчеркнута. В нижней доле правого легкого очаги бронхогенного обсеменения.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	<p>Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (по типу лобита) в фазе распада и обсеменения, МБТ (+). Осложнение: Туберкулез правого верхнедолевого бронха инфильтративный, продуктивный. ДН I степени. Кахексия. Интоксикационный синдром.</p> <p>Хронический гепатит «С», неактивная фаза.</p> <p>Диагноз поставлен на основании: жалоб (кашель с небольшим количеством слизисто-гноной мокроты иногда с прожилками крови, нарастающую одышку, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, снижение масс тела на 4-5 кг, общую слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, субфебрильную температуру в вечерние часы); выявление в анализе мокроты МБТ, изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (справа верхняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации неомогенного характера с полостями распада.</p>

	Междолевая плевра справа подчеркнута. В нижней доле правого легкого очаги бронхогенного обсеменения.); положительной пробы Манту и Диаскин-теста; изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, лейкоцитоз, анемия, ускорено СОЭ).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Заболевание следует дифференцировать с деструктивной верхнедолевой пневмонией, абсцессом верхней доли правого легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА К ЗАДАЧЕ №5

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Слева легкое поджато на 1/3 объема. Справа в верхней доле очаги полиморфного характера, участки деструкции.
-	Описание рентгенограммы полностью верно.
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса и/или не указаны изменения в правом легком.
-	Описание рентгенограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
-	Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхних долей легких в фазе распада, обсеменения МБТ (+) Осложнения: Спонтанный пневмоторакс слева.
-	Диагноз поставлен на основании указания на активный деструктивный туберкулез легких, острое начало после физической нагрузки, жалоб (резкие боли в левой половине грудной клетки, выраженная одышка), показателей манометрии левой плевральной полости.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражена фаза туберкулезного процесса и/или не указано бактериовыделение и/или не указаны осложнения и/или диагноз не обоснован.
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	С какими видами пневмоторакса необходимо проводить дифференциальную диагностику.

-	Дифференциальная диагностика проводится между открытым, закрытым и клапанным спонтанным пневмотораксом. По показаниям манометрии плевральной полости у больного открытый спонтанный пневмоторакс.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с двумя видами пневмоторакса.
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии, определите тактику ведения при возникновении данного осложнения.
-	Показано лечение по 1 режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. туберкулез легких сопровождается бактериовыделением. Показано дренирование левой плевральной полости (постановка дренажа по Бюлау или активная аспирация). При неэффективности (легкое не расправляется) торакотомия с ушиванием дефекта висцеральной плевры.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно, тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован и/или тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана неверно.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно, тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана неверно.

#### Эталон ответа к задаче №6

1	Опишите рентгенограмму.
-	Томография верхней доли левого легкого (срез 4 см.). В области S I-II левого легкого имеется округлый фокус затемнения диаметром 2,5 см с четкими контурами и участком распада.
-	Описание томограммы полностью верно
-	Томограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание томограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
-	Клинический диагноз: Туберкулома S I-II левого легкого в фазе распада МБТ (+). Диагноз поставлен на основании наличия в анамнезе инфильтративного туберкулеза легких той же локализации, в мокроте выявлены КУБ методом бактериоскопии, в мокроте выявлены МБТ методом посева, рентгенологических данных (наличие на томограмме округлого фокуса затемнения с четкими контурами и участком просветления).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражена фаза туберкулезного процесса и/или не указано бактериовыделение и/или диагноз не обоснован
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Дифференциальная диагностика с инфильтративным туберкулезом легких (круглый инфильтрат), хондромой легкого, периферическим раком легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью

-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
-	I «А» группа диспансерного учета, т.к. пациент впервые выявленный.
-	Диспансерная группа указана и обоснована верно.
-	Диспансерная группа указана, но не обоснована.
-	Диспансерная группа указана и обоснована неверно.
5	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
-	Показано лечение по 1 режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. туберкулез легких сопровождается бактериовыделением. Учитывая неэффективность предшествующей химиотерапии (сохранение через 9 месяцев стационарного лечения бактериовыделения по микроскопии мокроты и методу посева, сохранение распада легочной ткани) и формирование туберкуломы, пациентке показано хирургическое лечение (резекция S I-II левого легкого).
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно.

#### Эталон ответа к задаче №7

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Справа легочное поле интенсивно гомогенно затемнено с косой верхней границей, достигающей до уровня переднего отрезка 2 ребра за счет наличия жидкости в плевральной полости. Слева легкое без очаговых теней. Срединная тень смещена влево.
-	Описание рентгенограммы полностью верно.
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса и/или не указано смещение органов средостения.
-	Описание рентгенограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
-	Клинический диагноз: Правосторонний экссудативный плеврит туберкулезной этиологии МБТ (+).  Диагноз поставлен на основании наличия в анамнезе туберкулезного контакта, постепенного развития заболевания, жалоб больного (общая слабость, субфебрильная температура тела, одышка при физической нагрузке, сухой кашель, повышенная потливость), данных объективного осмотра, изменений в ОАК (умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения, эозинофилия, ускорение СОЭ), анализа плевральной жидкости (лимфоцитарного характера экссудат), выявление в плевральной жидкости методом ПЦР МБТ, гиперергического характера туберкулиновых проб, рентгенологических данных (справа легочное поле интенсивно гомогенно затемнено с косой верхней границей, достигающей до уровня переднего отрезка 2 ребра).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражена фаза туберкулезного процесса и/или не указано бактериовыделение и/или не указаны осложнения и/или диагноз не обоснован.



-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
-	Необходимо проводить дифференциальную диагностику с экссудативными плевритами пневмонической, онкологической этиологии.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
-	I «А» группа диспансерного учета, т.к. пациент впервые выявленный.
-	Диспансерная группа указана и обоснована верно.
-	Диспансерная группа указана, но не обоснована.
-	Диспансерная группа указана и обоснована неверно.
5	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
-	Показано лечение по I режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. у пациента с туберкулезным процессом выявлены МБТ.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно.

#### Эталон ответа к задаче №8

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Справа легочное поле уменьшено в объеме за счет наличия CV-магна в верхней доле, нижняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации легочной ткани, костодиафрагмальный синус запаян. Левое легкое компенсаторно расширено, в S I-II субплеврально определяются единичные очаговые тени и фокусы гомогенного характера выше средней интенсивности.
-	Описание рентгенограммы полностью верно.
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса и/или не указаны изменения в левом легком.
-	Описание рентгенограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
-	Клинический диагноз: Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации, обсеменения МБТ (+). Множественная лекарственная устойчивость МБТ. Осложнения: Туберкулез правого верхедолевого бронха. Легочное кровотечение. Постгеморрагическая гипохромная анемия средней степени. Кахексия. Интоксикационный синдром. Токсический нефрит. Хроническая легочно-сердечная недостаточность ДН II ст.  Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (туберкулез легких в течение 7 лет), жалоб (легочное кровотечение, общая слабость, потливость, снижение аппетита, субфебрильная температура тела по вечерам, одышка при

	незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки в надлопаточной области при глубоком дыхании и кашле), данных объективного осмотра, рентгенологического исследования (справа легочное поле уменьшено в объеме за счет наличия CV-магна в верхней доле, нижняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации легочной ткани, косто-диафрагмальный синус запаян. Левое легкое компенсаторно расширено.), наличия МБТ в мокроте.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражена фаза туберкулезного процесса и/или не указано бактериовыделение и/или не указаны осложнения и/или диагноз не обоснован.
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
-	Дифференцировать данную форму заболевания следует с опухолью легкого в фазе распада, хроническим абсцессом.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
-	II «Б» группа диспансерного учета, т.к. пациент болен активным туберкулезом легких с хроническим течением заболевания (давность заболевания более 2 лет). Больной с далеко зашедшим процессом, излечение не может быть достигнуто никакими методами, нуждается в общеукрепляющем, симптоматическом лечении и периодической противотуберкулезной терапии.
-	Диспансерная группа указана и обоснована верно.
-	Диспансерная группа указана, но не обоснована.
-	Диспансерная группа указана и обоснована неверно.
5	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
-	Показано лечение по 4 режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. в мокроте пациента выявлены МБТ с множественной лекарственной устойчивостью (устойчивость к сочетанию изониазида и рифампицина).
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно.

#### Эталон ответа к задаче №9

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Справа и слева (больше слева), в верхних и средних легочных полях отмечается понижение прозрачности легочной ткани за счет инфильтрации средней интенсивности неомогенного характера с формированием ряда полостей распада. В нижних долях легких полиморфные очаги бронхогенного обсеменения. Купол диафрагмы справа и слева деформирован спайками.
-	Описание рентгенограммы полностью верно.
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса и/или не указаны изменения в нижних долях легких.

-	Описание рентгенограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. Клинический диагноз: Двусторонняя казеозная пневмония МБТ (+) Осложнения: Кровохарканье. Постгеморрагическая гипохромная анемия средней степени. Интоксикационный синдром. Токсический нефрит. ДН 2-3 степени. Кахексия. Сопутствующие заболевания: ИЗСД средней тяжести, декомпенсация. Кетоацидоз. - Диагноз поставлен на основании постепенного начала заболевания, пациент входит в группу риска по заболеванию туберкулезом (имеет сахарный диабет), жалоб (выраженный интоксикационный и бронхолегочный синдромы), объективного осмотра, рентгенологических данных (синдром двухстороннего лобарного затемнения средней интенсивности с образованием полостей распада), обнаружение в мокроте МБТ, изменения в общем анализе крови (гипохромная анемия, лейкоцитоз со сдвигом влева, лимфопения, ускорение СОЭ), отрицательная анергия по туберкулиновым пробам.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не указано бактериовыделение и/или не указаны осложнения и/или диагноз не обоснован.
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
-	Дифференциальная диагностика с деструктивной пневмонией, грибковым поражением легких.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
-	I «А» группа диспансерного учета, т.к. пациент впервые выявленный.
-	Диспансерная группа указана и обоснована верно.
-	Диспансерная группа указана, но не обоснована.
-	Диспансерная группа указана и обоснована неверно.
5	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии, укажите необходимое пациенту лечебное питание.
-	Показано лечение по I режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. туберкулез легких сопровождается бактериовыделением. Учитывая наличие сахарного диабета, пациенту рекомендован стол №9.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно, лечебное питание указано верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован /или не указано лечебное питание.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно, лечебное питание указано неверно.

#### Эталон ответа к задаче №10

1	Опишите рентгенограмму.
---	-------------------------

-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Левая половина грудной клетки интенсивно негетомогенно затемнена за счет цирроза. Прозрачность правого легкого повышена за счет эмфиземы. Справа в 3 межреберье субплеврально определяется единичный кальцинат (очаг Гона), единичные кальцинаты в бронхопульмональных внутригрудных лимфатических узлах справа. Трахея и органы средостения смещены в пораженную сторону.
-	Описание рентгенограммы полностью верно.
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса и/или не указаны изменения в правом легком и внутригрудных лимфатических узлах.
-	Описание рентгенограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
-	Клинический диагноз: Цирротический туберкулез левого легкого в фазе инфильтрации МБТ (+). Широкая лекарственная устойчивость МБТ. Осложнения: Кахексия. Интоксикационный синдром. Токсический нефрит. Хроническая легочно-сердечная недостаточность ДН II-III ст.
-	Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (первичный туберкулез в детстве, туберкулеза легких в течение 15 лет), жалоб (выраженный интоксикационный, бронхолегочный синдромы), данных объективного осмотра, рентгенологического исследования (левая половина грудной клетки интенсивно негетомогенно затемнена за счет цирроза. Прозрачность правого легкого повышена за счет эмфиземы. Справа в 3 межреберье субплеврально определяется единичный кальцинат (очаг Гона), единичные кальцинаты в бронхопульмональных внутригрудных лимфатических узлах справа. Трахея и органы средостения смещены в пораженную сторону), наличия МБТ в мокроте с широкой лекарственной устойчивостью, признаков хронического легочного сердца на ЭКГ.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражена фаза туберкулезного процесса и/или не указано бактериовыделение и/или не указаны осложнения и/или диагноз не обоснован.
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику легочного процесса.
-	Дифференцировать данную форму заболевания следует с посттуберкулезным циррозом, фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте группу диспансерного наблюдения пациента.
-	II «Б» группа диспансерного учета, т.к. пациент болен активным туберкулезом легких с хроническим течением заболевания (давность заболевания более 2 лет). Больной с далеко зашедшим процессом, излечение не может быть достигнуто никакими методами, нуждается в общеукрепляющем, симптоматическом лечении и периодической противотуберкулезной терапии.
-	Диспансерная группа указана и обоснована верно.
-	Диспансерная группа указана, но не обоснована.

-	Диспансерная группа указана и обоснована неверно.
5	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.
-	Показано лечение по 5 режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. в мокроте пациента выявлены МБТ с широкой лекарственной устойчивостью (устойчивость к сочетанию изониазида, рифампицина, фторхинолонов и инъекционного противотуберкулезного препарата из группы аминогликозидов или полипептидов).
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно.

### 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

### 1. 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.)

### 3. Тест

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

**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	1-100	1-10	1-57
	2	26-51,55,56,58-84	1-10, вопрос 4	10-12,14-16,19-22,26-47
	4	3,4,8-12,17-22,24,25,34	-	6,7,10
	5	13,14,16,23,26-32,34,41,44-47,49,50,52-84	1-10, вопрос 1,2,3	3,4,8,11,17-47
	6	1,2,5-7,13-16,23,31,32,34,41,44-47,49,50,52-96	1-10, вопрос 1,2,3,5	1-3,8,11,17-54,57
	7	26-51,55,56,58-84	1-10, вопрос 4	10-12,14-16,19-22,26-47
	8	34,41,44,45,97-100	-	9,10,55,56
	9	33,34,41,44,46,49-51	1-10	9,10,12,13,15,16
	10	34-46,50,51	1-10, вопрос 4	10,13,14

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕОНАТОЛОГИЯ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Медико-организационные аспекты оказания медицинской помощи новорожденным»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дать определение младенческой смертности, неонатальной смертности, ранней неонатальной смертности.</li> <li>2. Организация пренатальной диагностики состояния плода. Медико-генетическое консультирование. Профилактика и лечение заболеваний плода в пренатальном периоде.</li> <li>3. Структура перинатальной смертности (антенатальная, интранатальная и ранняя неонатальная). Мертворождаемость.</li> <li>4. Факторы, влияющие на здоровье плода и новорожденного. Методы проведения анализа неонатальной и младенческой смертности. Основные пути снижения младенческой смертности.</li> <li>5. Трехуровневая система оказания медицинской помощи матери и ребенку. Принципы работы перинатального центра.</li> <li>6. Внутригоспитальная и межгоспитальная транспортировка новорожденных. Принципы выписки новорожденных из родильных домов и стационаров на участок.</li> <li>7. Организация эпидемиологической безопасности медицинской помощи новорожденным в родильных домах и отделениях патологии новорожденных в стационарах. Эпидемиология и профилактика госпитальной инфекции в детских отделениях родильных домов и стационаров для новорожденных.</li> <li>8. Медицинская этика и деонтология. Психологические и характерологические качества врача. Взаимоотношения врача-неонатолога с родителями больного ребенка. Взаимоотношения в медицинском коллективе.</li> <li>9. Принципы организации службы реанимации и интенсивной терапии на этапах лечения и выхаживания новорожденных детей. Нормативные документы, регламентирующие службу реанимации и интенсивной терапии в РФ.</li> <li>10. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Особенности обменных процессов у плода.</li> </ol>
---	---

	<p>11. Физиологические роды. Биохимизм родов. Роль плода в нормальном течении родового акта. Современные методы наблюдения и оценки состояния плода в родах.</p>
<p><b>Б1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Физиология и патология новорожденного»</b></p>	<p>12. Базовый уход. Первичный туалет новорожденного. Методы обработки пуповины и ведения пуповинного остатка.</p> <p>13. Оценка состояния новорожденных при рождении. Шкала Апгар. Шкала Сильверман. Оценка гестационного возраста, физического развития и состояния органов и систем новорожденного при рождении.</p> <p>14. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка. Особенности адаптации новорожденного.</p> <p>15. Оценка основных лабораторных, функциональных и специальных методов диагностики в норме и при патологии у новорожденных.</p> <p>16. Особенности нервной системы у доношенного новорожденного. Оценка неврологического статуса.</p> <p>17. Анатомо-физиологические особенности органов кровообращения доношенного ребенка. Становление кровообращения в постнатальном периоде. Переходное кровообращение.</p> <p>18. Уход за новорожденным ребенком. Вскармливание здорового новорожденного ребенка.</p> <p>19. Инфекционные поражения нервной системы. Менингиты. Менингоэнцефалиты. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>20. Неинфекционная патология нервной системы. Клиника, диагностика, лечение. Родовая травма.</p> <p>21. Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы новорожденного.</p> <p>22. Аномалии развития пупочного канатика. Эмбриогенез. Грыжи пупочного кольца. Клиника. Лечебная тактика.</p> <p>23. Профилактика развития асфиксии новорожденных. Этапность оказания адекватной помощи ребенку, рожденному в состоянии асфиксии.</p> <p>24. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы новорожденного. Механизм перестройки фетального кровообращения.</p> <p>25. Шок. Основные стадии развития, их дифференциальная диагностика. Алгоритм диагностики и лечения септического, кардиогенного и гиповолемического шока.</p> <p>26. Клинические особенности течения РДС новорожденных. Современные методы диагностики и лечения.</p> <p>27. Современные представления о лечебно-охранительном режиме у новорожденных с экстремально низкой массой тела.</p> <p>28. Синдромы внутрисосудистого свертывания крови и их лечение по принципам доказательной медицины</p> <p>29. Диафрагмальная грыжа у новорожденных. Эмбриогенез диафрагмы. Клиника. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Тактика.</p>

	<p>30. Уход за новорожденным ребенком. Вскармливание здорового новорожденного ребенка.</p> <p>31. Инфекционные поражения нервной системы. Менингиты. Менингоэнцефалиты. Клиника, диагностика, лечение.</p>
--	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Медико-организационные аспекты оказания медицинской помощи новорожденным»</b></p>	<p>1. Периоды внутриутробного развития. Последствия действия патогенных факторов на разных сроках развития плода</p> <p>2. Внутриутробные инфекции Клиника, диагностика, профилактика и лечение внутриутробных инфекций.</p> <p>3. Оценка риска повреждения плода в зависимости от особенностей семейного анамнеза и характера течения беременности.</p> <p>4. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Иммунологические взаимоотношения матери и плода.</p> <p>5. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Развитие нервной системы. Развитие бронхолегочной системы. Развитие сердечно-сосудистой системы. Развитие пищеварительной системы.</p> <p>6.. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Развитие эндокринной системы. Особенности кроветворения у плода. Развитие мочевыделительной системы.</p> <p>7. Влияние различных неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов (физических, химических, биологических и других) в различные сроки беременности на внутриутробное развитие плода.</p> <p>8. Диагностика внутриутробного состояния плода. Основные методы, используемые в акушерстве для определения внутриутробного состояния плода.</p> <p>9. Как рассчитывают показатель (коэффициент) перинатальной смертности. Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике.</p> <p>10. Организация работы детской поликлиники (задачи, основные разделы работы). Организация профилактической работы со здоровым ребенком. Медицинская помощь на дому.</p> <p>11. Младенческая смертность и факторы, ее определяющие</p>
<p><b>Б1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Физиология и патология новорожденного»</b></p>	<p>12. Вскармливание недоношенных детей. Начало кормления. Частота кормлений. Методы расчета питания. Методы проведения вскармливания. Особенности вскармливания детей с экстремально низкой массой тела.</p> <p>13. Пограничные состояния, характерные для периода адаптации недоношенных детей.</p> <p>14. Особенность течения у недоношенных детей неинфекционного поражения легких. Пневмонии.</p> <p>15. Клиника, диагностика и лечение неинфекционной патологии органов пищеварения.</p>



	<p>16. Патология органов мочевой системы доношенного новорожденного. Врожденные пороки развития органов мочевой системы.</p> <p>17. Патология сердечно-сосудистой системы. Транзиторные нарушения переходного кровообращения.</p> <p>18. Кардиомиопатии. Клиника, диагностика и лечение.</p> <p>19. Транзиторные нарушения функции щитовидной железы. Врожденный гипотиреоз.</p> <p>20. Патология органов кроветворения. Анемии. Клиника, диагностика и лечение патологии органов кроветворения.</p> <p>21. Приобретенные неинфекционные состояния и заболевания кожи. Опрелости. Потница. Сальный ихтиоз. Склерема.</p> <p>22. Патология пупка, пуповинного остатка и пупочной ранки. Неинфекционные заболевания пуповинного остатка и пупочной ранки.</p> <p>23. Кожный пупок. Амниотический пупок. Пупочная грыжа. Грыжа пупочного канатика. Свищи пупка.</p> <p>24. Патология костной системы, черепа, швов и родничков. Микроцефалия. Гидроцефалия.</p> <p>25. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка. Характеристика недоношенного ребенка.</p> <p>26. Особенности органов кроветворения у недоношенного новорожденного ребенка. Анемии у недоношенных.</p> <p>27. Алгоритм оказания неотложной помощи при полицитемическом синдроме.</p> <p>28. Инфекционные поражения легких Пневмонии. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.</p> <p>29. Приобретенные заболевания желудочно-кишечного тракта. Синдром срыгивания и рвоты.</p> <p>30. Алгоритм реанимации новорожденных в родильном зале.</p>
--	--

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

<p><b>Б1.В.ОД.1.1 Раздел «Медико- организационные аспекты оказания медицинской помощи новорожденным»</b></p>	<p>1. Под младенческой смертностью подразумевают:</p> <p>а) число детей, умерших в возрасте до 2 лет из 1000 живорожденных</p> <p>б) число детей, умерших в возрасте до 2 лет из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p><b>в) число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных</b></p> <p>г) число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>д) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 живорожденных</p> <p>е) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>2. Под неонатальной смертностью подразумевают:</p> <p>а) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 живорожденных</p> <p>б) число детей, умерших в возрасте 1 месяца из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p>
--	---

**в) число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных**

г) число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми

д) число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных

е) число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми

3. Под ранней неонатальной смертностью подразумевают:

а) число детей, умерших в течение первых полных 10 суток (9 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных

б) число детей, умерших в течение первых полных 10 суток (9 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми

**в) число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных**

г) число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000, родившихся живыми и мертвыми

д) число детей, умерших в течение первых 24 часов жизни из 1000 живорожденных

е) число детей, умерших в течение первых 24 часов жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми

4. Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают как:

а) отношение числа, умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле

б) число детей, умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле

**в) отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле**

г) отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле

д) отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 22 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле

е) отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первых 24 часов после родов к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле

5. Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике:

а) с 22 недели внутриутробного развития до момента рождения ребенка

б) с 28 недели внутриутробного развития до момента рождения ребенка

в) с 28 недели внутриутробного развития до конца 1 суток внеутробной жизни плода

г) с 28 недели внутриутробного развития до конца 1 суток внеутробной жизни плода

д) с 22 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода

**е) с 28 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода**

ж) с 37 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода

6. Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:

а) уровень рождаемости

б) уровень смертности

в) количество врачей на душу населения

**г) младенческая смертность**

7. Уровень ранней неонатальной смертности определяет:

**а) количество недоношенных детей**

б) количество переносимых детей

в) количество незрелых детей

г) количество детей "малых к сроку гестации"

8. Дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне, в основном зависит от качества работы:

а) родильного дома

б) отделения патологии новорожденных

**в) женской консультации**

г) отделения реанимации

9. При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания врачебная тактика, в отношении больных новорожденных, должна быть следующей:

а) перевести в обсервационное отделение и назначить лечение

б) оставить на месте, назначив лечение

**в) немедленно перевести в соответствующий стационар**

г) все ответы правильные

	<p>10. Температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома:</p> <p>а) не ниже 20-24 °С  <b>б) не ниже 22-24 °С</b>  в) не ниже 24-26 °С</p> <p>11. Количество околоплодных вод в конце физиологической беременности должно быть:</p> <p>а) 500 - 800 мл,  <b>б) 900 - 1200 мл,</b>  в) 1300 - 1600 мл,  г) 1700 - 2000 мл,  д) более 2000 мл.</p> <p>12. Важной функцией околоплодных вод является:</p> <p>а) трофическая,  б) защита плода от механического воздействия,  в) экскреторная,  г) обеспечение периода раскрытия в родах,  <b>д) все перечисленное.</b></p> <p>13. При выявлении у беременной многоводия следует думать:</p> <p>а) о внутриутробной гипоксии,  б) о перенашивании,  в) о пороках развития ЖКТ и ЦНС плода,  г) о гемолитической болезни плода,  <b>д) правильные ответы "в", "г".</b></p> <p>14. К группе высокого риска развития гестоза относятся следующие факторы:</p> <p>а) экстрагенитальная патология,  б) многоплодие,  в) наличие гестоза в анамнезе,  г) наследственность, отягощенная гипертоническим синдромом.  <b>д) все перечисленное.</b></p>
<p><b>Б1.В.ОД.1.2 Раздел 2  «Физиология и патология новорожденного»</b></p>	<p>15. У доношенных новорожденных детей в канальцах почек происходит полная реабсорбция:</p> <p>а) аминокислот  б) низкомолекулярных белков  <b>в) глюкозы</b>  г) ионов натрия</p> <p>16. Протеинурия у новорожденных считается патологической при увеличении содержания белка в моче более:</p> <p>а) 0,03 г/л  <b>б) 0,33 г/л</b>  в) 3,3 г/л</p> <p>17. У здоровых новорожденных допустимый уровень гематурии составляет менее:</p>

- а) 100 эритроцитов в 1 мл мочи
- б) 1000 эритроцитов в 1 мл мочи**
- в) 4000 эритроцитов в 1 мл мочи

18. В периоде новорожденности из перечисленных заболеваний органов мочевой системы наиболее часто встречаются:

- а) острая почечная недостаточность
- б) гипоксическая нефропатия
- в) инфекция органов мочевой системы**
- г) метаболическая нефропатия
- д) врожденные пороки развития почек

19. В клинической картине пиелонефрита у новорожденных доминируют:

- а) нарушения диуреза
- б) симптомы интоксикации**
- в) отеки

20. Наиболее достоверными лабораторными критериями почечной недостаточности у новорожденных детей являются:

- а) гиперкалиемия и метаболический ацидоз
- б) метаболический ацидоз и повышение уровня мочевины в сыворотке крови
- в) повышение уровней мочевины и калия в сыворотке крови
- г) повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови**

21. При олигурии вследствие обструктивной уропатии новорожденному ребенку показано:

- а) введение мочегонных средств
- б) хирургическое лечение**
- в) проведение гемодиализа

22. На основании клинической картины поставить точный диагноз внутриутробной инфекции с указанием этиологического фактора:

- а) можно всегда:
- б) нельзя никогда
- в) можно лишь в отдельных случаях**

23. Интерстициальный тип пневмонии характерен для:

- а) пневмоцистоза
- б) цитомегаловирусной инфекции
- в) муковисцидоза
- г) всех перечисленных заболеваний**

24. Пневмоцистную пневмонию следует дифференцировать с:

- а) цитомегаловирусной пневмонией**
- б) стафилококковой пневмонией
- в) пневмонией синегнойной этиологии

г) со всеми перечисленными пневмониями

25. Пневмония цитомегаловирусной этиологии протекает по типу:

- а) очаговой
- б) очагово-сливной
- в) полисегментарной
- г) **интерстициальной**

26. В защите новорожденного ребенка от вирусных инфекций ведущую роль играет:

- а) **клеточный иммунитет**
- б) гуморальный иммунитет
- в) местный иммунитет
- г) неспецифические факторы защиты

27. Наиболее распространенной клинической формой ОРВИ у новорожденных детей является:

- а) ларингит
- б) трахеит
- в) бронхит
- г) **бронхиолит**

28. Специфическим фактором защиты при ОРВИ у новорожденного ребенка является:

- а) фагоцитоз
- б) **интерферрообразование**
- в) IgM-антитела
- г) IgG-антитела

29. Элиминация респираторных вирусов из организма новорожденного происходит за период равный:

- а) одной неделе
- б) двум неделям
- в) **трем неделям**
- г) одному месяцу

30. На фоне ОРВИ у новорожденного ребенка могут развиваться синдромы:

- а) вирусной диареи
- б) обструктивный
- в) нейротоксикоза
- г) **все вышеперечисленные**

31. Укажите наиболее частую причину синдрома внезапной смерти у новорожденных детей:

- а) **инфекционные заболевания органов дыхания**
- б) тимомегалия
- в) врожденные иммунодефицитные состояния
- г) аспирационный синдром

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

- а) сепсисом
- б) деструктивной пневмонией
- в) пневмонией грамотрицательной этиологии
- г) **муковисцидозом**

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

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

34. Укажите наиболее частую причину истинного врожденного стридора:

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

35. Для врожденного сифилиса помимо специфического поражения печени характерны:

- а) сифилитическая пузырьчатка
- б) ринит
- в) **изменения костей и глазного дна**
- г) все перечисленные признаки

36. Эксфолиативный дерматит Риттера относится к группе:

- а) генодерматозов
- б) стрептококковых пиодермии
- в) **стафилококковых пиодермии**
- г) аллергодерматозов

37. Образование рубцов на стадии репарации характерно для:

- а) эксфолиативного дерматита Риттера
- б) эритродермии Лейнера
- в) некротической флегмоны новорожденных
- г) **дистрофической формы врожденного буллезного эпидермелиза**

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

- а) диарея
- б) рвота
- в) **геморрагический синдром**
- г) анорексия

39. Новорожденным детям от матерей-носительниц HBs-антигена с профилактической целью показано введение специфического иммуноглобулина в следующие сроки:

- а) **в первые часы жизни**
- б) на 2-3 сутки жизни
- в) при выписке из родильного дома
- г) в возрасте 1 месяца жизни

40. К развитию полицитемии у новорожденного ребенка может приводить:

- а) задержка внутриутробного развития
- б) сахарный диабет у матери
- в) фето-фетальная гемотрансфузия
- г) **все перечисленные факторы**

41. Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться при:

- а) гемангиоматозе
- б) внутриутробных инфекциях
- в) ДВС-синдроме
- г) **во всех перечисленных случаях**

42. В раннем неонатальном периоде развитию геморрагического синдрома могут способствовать:

- а) гипотермия, ацидоз, гиперкапния
- б) специфические внутриутробные инфекции
- в) прием матерью незадолго до родов медикаментозных препаратов, повышающих склонность к кровотечениям
- г) **все вышеперечисленные**

43. Характерным признаком геморрагической болезни новорожденного является:

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

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

- а) сразу после рождения
- б) на 2-ой день жизни
- в) **к 3-5 дню жизни**
- г) на 2-й неделе жизни

45. Наиболее частой причиной анемии при рождении является:

- а) **кровопотеря**
- б) наследственный микросфероцитоз
- в) дефицит эритроцитарных ферментов
- г) наследственная гипопластическая анемия



46. Критерием для постановки диагноза анемии у новорожденных детей на 1-ой неделе жизни является снижение уровня гемоглобина:

- а) ниже 170 г/л
- б) ниже 145 г/л**
- в) ниже 130 г/л
- г) ниже 116 г/л

47. Для механических желтух типично повышение активности:

- а) аспартатаминотрансферазы (АСТ)
- б) аланинаминотрансферазы (АЛТ)
- в) альдолазы
- г) щелочной фосфатазы**

48. Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется:

- а) удовлетворительным общим состоянием
- б) обычным цветом кала и мочи
- в) анемией, увеличением размеров печени и селезенки
- г) правильные ответы: а) и б)**

49. Лактазная недостаточность у новорожденных чаще всего проявляется:

- а) на искусственном вскармливании
- б) на грудном вскармливании**
- в) на смешанном вскармливании
- г) правильные ответы: а) и в)

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

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

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

- а) пилороспазм
- б) халазия пищевода
- в) высокая кишечная непроходимость
- г) некротизирующий энтероколит**

52. Класс иммуноглобулинов, содержащихся в грудном молоке, обеспечивающих местный иммунитет кишечника у новорожденных детей:

- а) IgM
- б) IgG
- в) IgA**
- г) IgE

53. Объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни:

- а) увеличивается
- б) уменьшается**
- в) не изменяется
- г) у доношенных новорожденных увеличивается, у недоношенных – уменьшается

54. Выраженной потерей электролитов из плазмы крови сопровождается:

- а) гипертермия
- б) выраженная одышка
- в) рвота и жидкий стул**
- г) потливость

55. Диурез при первой степени обезвоживания:

- а) остается нормальным**
- б) увеличивается
- в) снижается
- г) это зависит от концентрации натрия в сыворотке крови

56. Синдром обезвоживания может сопровождаться шоком:

- а) при длительном сохранении обезвоживания
- б) при быстром развитии обезвоживания**
- в) при второй и третьей степени обезвоживания
- г) все ответы правильные

57. Гипонатриемия у новорожденных детей может развиваться вследствие:

- а) снижения секреции антидиуретического гормона
- б) врожденной гиперплазии коры надпочечников
- в) внутривенного введения больших объемов жидкости
- г) всех перечисленных факторов**

58. Дегидратация у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:

- а) синдрома дыхательных расстройств
- б) язвенно-некротического энтероколита
- в) длительного применения диуретиков
- г) всех перечисленных факторов**

59. Линейный рост новорожденного ребенка определяется:

- а) функцией паращитовидных желез
- б) функцией щитовидной железы**
- в) функцией надпочечников

- г) уровнем соматотропного гормона
60. Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфо-функциональной зрелости:
- а) гипофиза
  - б) надпочечников
  - в) вилочковой железы
  - г) **щитовидной железы**
61. Минимальная потребность здорового новорожденного ребенка в энергии для поддержания основного обмена в первую неделю жизни:
- а) **60 ккал/кг/сут**
  - б) 90 ккал/кг/сут
  - в) 120 ккал/кг/сут
62. Прямая проба Кумбса положительна при:
- а) **гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору**
  - б) ГБН по системе АВО
  - в) геморрагической болезни новорожденных
  - г) талассемии
63. Хроническая кровопотеря характеризуется:
- а) нормохромией эритроцитов и нормоцитозом
  - б) **гипохромией эритроцитов и микроцитозом**
  - в) гиперхромией эритроцитов и макроцитозом
64. При острой кровопотере у новорожденного наблюдается:
- а) брадикардия
  - б) **тахикардия**
  - в) неизменный ритм сердечных сокращений
65. Бактериемия может обнаруживаться:
- а) у здоровых новорожденных детей
  - б) при остром бактериальном заболевании
  - в) при хронических очагах инфекции
  - г) **при всех перечисленных ситуациях**
66. Появление геморрагической сыпи у ребенка с сепсисом обусловлено в большей степени:
- а) сенсibilизацией организма
  - б) **развитием ангиитов и тромбоваскулитов**
  - в) нерациональной антибиотикотерапией
  - г) повышенной ломкостью сосудов
67. Остеомиелиту грамотрицательной этиологии свойственно течение:
- а) острое, с отчетливой клиникой и рентгенологическими признаками
  - б) **подострое, без отчетливого артрита и с неяркими рентгенологическими признаками**
  - в) молниеносное

г) встречаются в равной степени все варианты

68. Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:

а) нет

б) да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза

в) да, при присоединении вендрикулита

г) **правильные ответы: б) и в)**

69. Бактериальный вендрикулит клинически проявляется:

а) симптомами остро нарастающей внутречерепной гипертензии

б) ухудшением общего состояния

в) нарастанием патологической неврологической симптоматики

г) **все ответы правильные**

70. Судорожный синдром у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:

а) гипогликемии

б) гипокальциемии

в) гипомагниемии

г) **всех перечисленных факторов**

71. Специфическим (патогномоничным) симптомом сепсиса у новорожденных является:

а) гиперлейкоцитоз (более 25000 в 1 мкл капиллярной крови)

б) тромбоцитопения

в) повышение уровня белков острой фазы в сыворотке крови

г) положительная гемокультура

д) **одного специфического симптома для диагностики сепсиса не существует**

72. Признаками системной воспалительной реакции у новорожденных в клиническом анализе крови являются:

а) лейкоцитоз более  $30 \times 10^9$  в первые 2 дня жизни, более  $20 \times 10^9$  в

возрасте 3-7 дней и более  $15 \times 10^9$  у детей 8 суток жизни и старше

б) сдвиг лейкоцитарной формулы влево более 16 %

в) тромбоцитопения

г) анемия

д) **всё вышеперечисленное**

73. ДВС-синдром для сепсиса:

а) не характерен

б) **свойственен**

в) характерен в редких случаях

г) характерен при вирусной этиологии

74. В настоящее время наиболее эффективным препаратом для проведения заместительной иммунотерапии при неонатальном сепсисе является:

- а) эндобулин
- б) интраглобин
- в) пентаглобин**
- г) гаммаглобулин

75. Для неонатального сепсиса наиболее характерно нарушение КОС по типу:

- а) кетоацидоза
- б) алкалоза
- в) лактат-ацидоза**
- г) респираторного ацидоза

76. Наиболее значимым дифференциально-диагностическим критерием сепсиса является:

- а) множественные очаги инфекции
- б) тяжелое поражение ЦНС
- в) воспалительные изменения в анализе крови
- г) нарушения иммунитета, гомеостаза и гемостаза**

77. Наиболее характерный симптом для новорожденных с синдромом Шерешевского-Тернера из перечисленных:

- а) мышечный гипертонус
- б) локальные отеки стоп и кистей**
- в) цианоз**
- г) макроглоссия

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

- а) по аутосомно-рецессивному**
- б) по аутосомно-доминантному
- в) по доминантному, сцепленному с X-хромосомой
- г) по рецессивному, сцепленному с X-хромосомой

79. Число форм болезни Дауна:

- а) одна
- б) две**
- в) три
- г) четыре

80. Определение полового хроматина в родильном доме целесообразно применять для экспресс-диагностики пола при:

- а) синдроме Шерешевского-Тернера
- б) нарушениях формирования наружных гениталий
- в) наличии паховой грыжи у девочки
- г) во всех перечисленных случаях**

81. Синдром тестикулярной феминизации в периоде новорожденности может проявиться:

- а) локальными отеками кистей
- б) макроглоссией**

**в) паховой грыжей у девочки**

г) все ответы правильные

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

а) внутричерепное кровоизлияние

б) порок развития головного мозга

в) метаболические нарушения

**г) гнойный менингит**

83. Адено-генитальный синдром (АГС) - это заболевание:

а) врожденное

б) приобретенное

**в) наследственное**

г) семейное

84. Длительность курса гормональной терапии при аденогенитальном синдроме:

а) на срок продолжительности криза

б) 2 месяца

в) 6 месяцев

**г) пожизненно**

85. Дети с синдромом TAR составляют группу риска по:

а) синдрому аспирации

б) развитию гипогликемии

в) нарушениям сердечного ритма

**г) кровотечениям**

86. Морфологический характер поражения печени при гепатитах:

а) жировая инфильтрация

б) отложение гликогена

в) некроз (лизис) гепатоцитов

**г) гипоплазия желчевыводящих путей**

87. Характер поражения печени при диабетической эмбриофетопатии:

а) белковая дистрофия

**б) жировая дистрофия с участками экстрамедуллярного кроветворения**

в) накопление гликогена

г) внутрипеченочная частичная атрезия желчевыводящих путей

88. Специфическим симптомом диабетической эмбриофетопатии является:

а) макросомия

б) конъюгационная желтуха

**в) гирсутизм ушной раковины**

г) пупочная грыжа

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

а) дефект межжелудочковой перегородки

**б) тетрада Фалло**

в) транспозиция магистральных сосудов

г) открытый артериальный проток

90. Назовите наиболее частого возбудителя миокардита у новорожденных детей:

**а) вирус Коксаки**

б) стафилококк

в) стрептококк

г) клебсиелла

91. Какой отдел сердца у новорожденных чаще всего поражается при фиброэластозе:

**а) левый желудочек**

б) левое предсердие

в) правый желудочек

г) правое предсердие

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

а) цианоз, одышка, тахикардия

б) одышка, тахикардия, хрипы в легких

**в) одышка, тахикардия, увеличение размеров печени**

г) цианоз, отеки, хрипы в легких

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

**а) асфиксия в родах**

б) гемолитическая болезнь

в) врожденные пороки сердца

г) фиброэластоз

94. Характерным признаком кефалогематомы является:

а) флюктуация при пальпации

б) локализация над теменной костью

в) выраженная болезненность при пальпации

**г) отчетливое отграничение по линии черепных швов**

95. Может ли неонатолог только на основании данных анамнеза о течении беременности и родов точно определить степень тяжести поражения ЦНС у новорожденного ребенка при первичном осмотре:

а) да, может

**б) нет, не может**

в) может в некоторых случаях

	<p>96. Длительность терапии аминогликозидами у новорожденных, как правило, не должна превышать:</p> <p>а) 3 дней  <b>б) 7 дней</b>  в) 10 дней  г) 14 дней</p> <p>97. Эритромицин плохо проникает в:</p> <p>а) бронхи  б) легкие  <b>в) цереброспинальную жидкость</b>  г) костную ткань</p> <p>98. Основной опасностью при применении сульфаниламидов у новорожденных является:</p> <p>а) ототоксичность  б) нефротоксичность  в) гепатотоксичность  <b>г) риск развития ядерной желтухи</b></p> <p>99. Профилактикой геморрагической болезни новорожденных является:</p> <p>а) переливание теплой крови или свежезамороженной плазмы  б) раннее прикладывание к груди  <b>в) введение препаратов витамина К</b>  г) поздняя перевязка пуповины  д) правильные ответы: б), в), г)</p> <p>100. Абсолютным противопоказанием к кормлению грудью со стороны матери является:</p> <p><b>а) ВИЧ-инфекция,</b>  б) начинающийся мастит,  в) носительство Hbs-Ag,  г) носительство ВГС, CMV,  д) наличие генитального герпеса.</p>
--	--

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

<p><b>Б1.В.ОД.1.1 Раздел 2 «Физиология и патология новорожденного»</b></p>	<p><b>Задача №1.</b>  Матери 25 лет, группа крови А(II) Rh отрицательная, первые роды, третья беременность. Первая беременность 4 года назад закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель, осложнений не было. Вторая беременность закончилась родами на 38 неделе. Ребенок здоров. Настоящая беременность протекала на фоне титра резусных антител 1:4 в третьем триместре. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды на сроке 39 недель 5 дней, самостоятельные; 1-й период – 6 часов 40 минут, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела при рождении 3250 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов, в родильном зале было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первичном осмотре выявлено увеличение размеров печени до +2 см и селезенки до +1,0 см. Билирубин пуповинной крови составил 118 мкмоль/л. НЬ периферической крови, определенный по cito, 130 г/л, эритроциты <math>3,2 \times 10^{12}/л</math>.</p>
--	---



**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Какие дополнительные исследования надо провести?
3. Каков патогенез настоящего заболевания?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

**Эталон ответа:**

1. Диагноз: Гемолитическая болезнь новорожденного вследствие Rh-иммунизации. Врожденная желтушная форма. Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза: течение беременности – наличие антител, данных клинического осмотра – желтушность кожных покровов при рождении, гепатоспленомегалия, данных лабораторных методов исследования – гипербилирубинемия, анемия.
2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.
3. Вследствие первичной сенсибилизации матери, обусловленной резус-несовместимостью, происходит образование антител, являющихся IgM. В случае продолжающегося поступления в организм матери эритроцитов плода, синтез антител переключается преимущественно на образование IgG. При последующих беременностях Rh – положительным плодом, идет одно временное образование IgM и G, с преобладанием вторых. Далее происходит образование иммунных комплексов АГ – АТ на поверхности эритроцитов, и в зависимости от вида антител IgM или IgG происходит либо их гемолиз или чаще блокада с нарушением их функции. В результате происходит разрушение эритроцитов плода, которое приводит к развитию анемии, нарушению функции внутренних органов и гипоксии.
4. Согласно клиническим рекомендациям ведения новорожденных с гемолитической болезнью новорожденных методом лечения в данном случае является проведение операции заменного переливания крови с последующим проведением фототерапии под контролем динамики показателей билирубина и гемоглобина крови.
5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия

**Задача №2.**

Матери 32 лет, беременность первая, протекавшая с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды первые на сроке 40 недель гестации, вторичная слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период – 16 часов, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 9 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. После рождения состояние ребенка удовлетворительное. Находился в палате совместного пребывания. На 3 день жизни при осмотре ребенок беспокойный, отмечается гиперактивность, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. На 4-е сутки ребенок переведен в стационар второго этапа для дальнейшего лечения с диагнозом: «Перинатальное поражение ЦНС. Парез Дюшена-Эрба». При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы – 37 см, большой родничок 2×2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах,

ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильной рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. С ног рефлексы вызываются. Общий анализ крови: НЬ – 221 г/л, Эр –  $6,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $8,2 \times 10^9$ /л, п/я – 6%, с – 56%, э – 1%, б – 1, л – 30%, СОЭ – 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 55,0 г/л, билирубин: непрямо́й – 98 мкмоль/л, прямо́й – 1,5 мкмоль/л, мочеви́на – 4,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 136 ммоль/л, кальций – 1,05 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования следует провести?
4. Консультации каких специалистов необходимы?

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: Парез левой руки типа Дюшена-Эрба? Остеомиелит?
2. Дифференциальный диагноз: перелом ключицы, перелом плечевой кости, эпифизиолиз, вывих и подвывих головки плечевой кости, остеомиелит.
3. Нейросонография, рентгенологическое исследование, СРБ, прокальцитонин, ОАК в динамике, биохимический анализ крови.
4. После проведения дополнительных методов обследования необходима консультация невропатолога, при диагностировании перелома, остеомиелита – хирурга-ортопеда.

**Задача №3.**

Новорожденный мальчик поступил из родильного дома на 4 день жизни с диагнозом «Перинатальное поражение ЦНС, синдром угнетения. Состояние после умеренной интранатальной асфиксии». Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, не лечилась. Роды срочные с длительным безводным промежутком – 20 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2850 г, длина тела 52 см, окружность головы – 36 см, грудной клетки – 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия. С первых суток отмечались вялость, срыгивание околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, гипорефлексия, гипотония. На 3-й день жизни отмечался подъем температуры до 39,0°C, возбужден, судорожная готовность, срыгивание фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар. Начата антибактериальная терапия. При поступлении: состояние тяжелое, температура 37,8°C, крик мозговой, гиперестезия кожных покровов, большой родничок 3×3 см, напряжен. Мышечный гипертонус, положительный симптом подвешивания. Кожные покровы с сероватым оттенком, в легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД до 48 в минуту сердечные тоны приглушены, 148 в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – у реберного края. Стул переходный.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Объем дополнительных исследований?
3. Осмотр каких специалистов необходим?
4. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?

5. Какие дополнительные данные анамнеза матери нужно получить?

Эталон ответа:

1. Менингоэнцефалит невыясненной этиологии.
2. Люмбальная пункция, бактериологическое, ПЦР и ИФА исследование ликвора, кровь на СРБ, прокальцитонин, ОАК, ОАМ, КОС, нейросонография, ЭКГ, ЭХО-КГ.
3. Невропатолог, инфекционист.
4. При выздоровлении – третья группа здоровья.
5. О перенесенных инфекционных заболеваниях во время беременности, в частности о герпес вирусной инфекции.

#### **Задача №4.**

Ребенок от первой беременности, первых срочных родов, поступил из родильного дома на 5 день жизни. Беременность протекала с токсикозом в первом триместре беременности и гестозом в третьем триместре. В третьем триместре беременности перенесла пневмонию, в 36 недель обострение генитального герпеса. Роды на 38-й неделе, самостоятельные. 1-й период – 10 часов, 2-й – 20 минут, безводный промежуток – 4 часа, воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении – 3100 г, длина тела – 51 см, окружность головы – 34 см, грудной клетки – 33 см. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Проводились реанимационные мероприятия. После рождения состояние расценено как среднетяжелое за счет перенесенной асфиксии. К груди приложен в родильном зале через 2 часа, сосал вяло. В течение первых суток жизни получал инфузионную терапию с целью коррекции гипогликемии. Со вторых суток находился в палате совместного пребывания. С 3 суток жизни появились срыгивания, частота которых нарастала, и на 5-й день жизни ребенок переведен в стационар с диагнозом: «Синдром срыгиваний». При осмотре: состояние средней тяжести, вялый. Признаки морфо-функциональной незрелости: лануго, низко расположенное пупочное кольцо, недостаточная поперечная исчерченность стоп. Кожные покровы умеренно иктеричные, «мраморные», выражен цианоз носогубного треугольника. Уровень билирубина по билитесту 220 мкмоль/л, Сатурация 98%. Пастозность стоп. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 2,5×2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ЧСС 140 в минуту. Кормится грудным молоком. После каждого кормления срыгивает молоком через рот, в объеме от 4 до 8 мл, без патологических примесей. Живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул переходный. Дополнительные данные исследования: Общий анализ крови: НЬ – 184 г/л, Эр –  $5,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,97, Лейк –  $10,8 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 61%, л – 28%, м – 9%, СОЭ – 5 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 43 г/л, билирубин: непрямой – 165 мкмоль/л, прямой – 3,5 мкмоль/л, мочевины – 6,1 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л, натрий – 152 ммоль/л, кальций – 1,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какими анатомо-физиологическими особенностями характеризуется желудочно-кишечный тракт новорожденного?
3. Есть ли необходимость в консультации хирурга для уточнения тактики дальнейшего ведения и почему?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Назначьте питание новорожденному.

Эталон ответа:

1. Церебральная ишемия первой степени, острый период, синдром вегетовисцеральных нарушений. Морфо-функциональная незрелость.

2. У детей грудного возраста желудок расположен горизонтально, к рождению ребенка дно и кардиальный отдел желудка развиты недостаточно, а пилорический отдел – значительно лучше, чем объясняются частые срыгивания. Регуляция желудочно-кишечного тракта развита не 24 полностью, в результате чего ослаблена необходимая функциональная слаженность между различными частями пищеварительного тракта.
3. Необходима консультация хирурга с целью исключения хирургической патологии после проведения дополнительных методов обследования.
4. Дифференциальный диагноз проводят с кардиоспазмом, кишечной непроходимостью, синдромом мальабсорбции, врожденными инфекциями.
5. После исключения хирургической патологии, если ребенок на искусственном вскармливании, то постепенно ребенка переводят на антирефлюксные смеси или на основе крахмала, или на основе камеди рожкового дерева. Рекомендуется увеличить число кормлений с уменьшением объема питания за одно кормление.

#### **Задача №5.**

Девочка 21 дней направлена в ОПН участковым педиатром с жалобами на срыгивания и рвоту, жидкий стул, плохую прибавку массы тела, желтушность кожи. Выписана из роддома на 3 день жизни (ранняя выписка). Беременность вторая, первый ребенок умер в периоде новорожденности (диагноз – цирроз печени, энтероколит). Настоящая беременность протекала с токсикозом первой половины, отеками. Роды в срок, масса тела при рождении 3650 г, длина тела 54 см. На грудном вскармливании. В возрасте 5 суток жизни появилось желтушное окрашивание кожных покровов и склер, которое волнообразно протекает до настоящего времени. С 17 дней жизни появились срыгивания, жидкий зеленый стул. При поступлении состояние тяжелое за счет интоксикации. На осмотр реакция снижена. Определости в паховых областях, на ягодицах. Кожные покровы иктеричные, покрашены 3 зоны по Крамеру, отмечается цианоз носогубного треугольника. Пупочная ранка эпителизирована. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 48 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные 142 в минуту. Живот вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотной консистенции, селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами. Пастозность стоп. Дополнительные данные исследования: Общий анализ крови: НЬ – 100 г/л, Эр –  $3,3 \times 10^{12}/л$ , Ц.п. – 0,9, ретикулоциты – 2%, Лейк –  $7,0 \times 10^9 /л$ , п/я – 4%, с – 26%, л – 60%, м – 10%, СОЭ – 10 мм/час. Кал на кишечную группу: трижды отрицательный. Анализ крови на внутриутробные инфекции: краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз – отрицательно. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 178 мкмоль/л, прямой – 44 мкмоль/л, непрямой – 134 мкмоль/л, общий белок – 50,1 г/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 130 ммоль/л. Консультация окулиста: двусторонняя катаракта.

#### Вопросы:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. С какими состояниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. При каких заболеваниях встречается врожденная катаракта?
5. Специалисты, которые осуществляют лечение и наблюдение?

#### Эталон ответа:

1. Галактоземия
2. Исследование галактозо-1-фосфата и ГФТ в эритроцитах. Моча и кровь на галактозу. Определение истинной глюкозы в крови по методу Самоджи-Нельсона.

3. Сахарный диабет, тромбозы различной этиологии, врожденные инфекции, гликогенозы, НЭК.
4. Сахарный диабет у матери, врожденные инфекции, нарушения обмена веществ.
5. Окулист, невролог, генетик, хирург.

#### **Задача №6.**

Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне обострения хронического гастрита в третьем триместре беременности, угрозы прерывания во втором триместре беременности, первых самостоятельных родов на сроке 38 недель 4 дней. Масса тела ребенка при рождении 3350 грамм, рост 51 см. К груди приложен к концу первых суток жизни (у матери гипотоническое кровотечение). Выписан из родильного дома на 5 сутки жизни в удовлетворительном состоянии на грудном вскармливании. Мать предъявляет жалобы на беспокойство ребенка, которое усилилось в течение последних суток, покраснение и шелушение кожи в паху, на волосистой части головы, частый (до 8 раз) жидкий стул. Заболел ребенок со слов матери два дня назад, после перевода ребенка на смешанное вскармливание молочной смесью. При осмотре: общее состояние ребенка не нарушено. Температура тела 36,7. Кожные покровы розовые, гиперемия и отрубевидное шелушение в паховых складках кожи. В локтевых складках папулезные элементы. Отрубевидное шелушение на волосистой части головы. Слизистые чистые. Грудь сосет достаточно активно. Дыхание проводится по всем полям, 42 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 148 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Мочится. Стула при осмотре не было.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Нуждается ли ребенок в госпитализации?
3. Имеются ли показания для проведения антибактериальной терапии?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Тактика вскармливания ребенка?

#### Эталонный ответ:

1. Себорейный дерматит, легкое течение.
2. Ребенок на момент осмотра не нуждается в стационарном лечении, госпитализации подлежат новорожденные с тяжелым течением себорейного дерматита.
3. Показаний для назначения антибактериальной терапии нет, так как себорейный дерматит не относится к инфекционным заболеваниям кожи.
4. С атопическим дерматитом, потницей, опрелостями, кандидозом.
5. Если ребенок находится на смешанном или искусственном вскармливании, назначаются молочные смеси на основе частично гидролизованного белка.

#### **Задача №7.**

При оценке состояния доношенного новорожденного ребенка в родильном зале состояние ребенка оценено как тяжелое, за счет перенесенной асфиксии. Из анамнеза: роды третьи срочные, первичная слабость родовой деятельности, индукция родов окситоцином. Беременность пятая, протекала на фоне обострения хронического пиелонефрита, в третьем триместре стационарное лечение по поводу гестоза. В женской консультации наблюдалась нерегулярно, УЗИ скрининг не прошла. Родился мальчик, с оценкой по Апгар 5/7 баллов, проведены реанимационные мероприятия, через 25 минут после рождения на самостоятельном дыхании переведен в ОРИТН. Через 40 минут после

рождения нарастание дыхательной недостаточности, появилась асимметрия грудной клетки, при аускультации – сердце выслушивается по срединной линии, тоны приглушены, ЧСС 128 в минуту. Слева дыхание резко ослаблено, справа - проводится по всем полям, ЧД 66 в минуту, по Сильверман 5 баллов. По желудочному зонду - околоплодные воды в умеренном количестве. Живот «впалый», доступен пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Меконий отходит. На обзорной рентгенограмме органов грудной и брюшной полостей: над всей левой половиной грудной клетки определяются кольцевидные просветления овальной формы; резкое смещение сердца вправо.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Укажите, когда происходит формирование данного порока развития.
3. Укажите основные рентгенологические признаки, позволяющие верифицировать диагноз
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Сформулируйте принципы лечения ребенка.

Эталонный ответ:

1. Врожденная левосторонняя диафрагмальная грыжа. Состояние после умеренной асфиксии
2. Формирование порока начинается на четвертой неделе эмбрионального развития, на этапе закладывания перепонки между брюшной полостью и полостью перикарда плода.
3. Рентгеноскопия и рентгенография выявляют просветления неправильной формы, напоминающие пчелиные соты, с локализацией на соответствующей стороне грудной клетки. В некоторых случаях рассматриваются так называемые “круглые тени”. Сердце в основном оказывается смещенным вправо. Диафрагмальный купол почти неразличим.
4. Дифференциальный диагноз проводится для исключения следующих патологических состояний: внутричерепных кровоизлияний; врожденных пороков легких; врожденных пороков сердца; ателектаза, атрезии пищевода.
5. Интубация трахеи, ИВЛ стартовые параметры: PIP 20-22 (макс. 25) см вод ст; PEEP 5,0; VR – 40-50 (макс. 70); FiO<sub>2</sub> макс. 1,0; полное парентеральное питание, установка желудочного зонда, перевод ребенка в хирургическое отделение.

**Задача №8.**

Матери ребенка 17 лет, курит. Беременность первая, протекала на фоне угрозы прерывания в первом триместре и ОРВИ во втором. Ребенок родился на сроке гестации 37 недель. Роды оперативные. Оценка по Апгар 6/7 баллов. Вес – 3430 г, длина – 50см, окружность головы – 34 см. Состояние ребенка тяжелое, за счет перенесенной асфиксии. Крик слабый. Кожные покровы с цианотичным оттенком, периоральный цианоз. Дыхание типа гаспингс, на третьей минуте дыхание проводится по всем полям, в задних отделах ослабленное. Напряжение крыльев носа, пенистое отделяемое изо рта. Одышка до 68 в 1 мин. Ребёнок стонет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 160 в 1 мин. Живот мягкий. Печень +2 см. Отходит меконий.

Вопросы:

1. Оцените тяжесть дыхательных нарушений у ребенка
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Перечислите необходимые дополнительные методы обследования
4. Укажите патогенез дыхательной недостаточности

### 5. Принципы лечения новорожденного ребенка?

#### Эталонный ответ:

1. Оценка тяжести дыхательных нарушений по шкале Даунса 5 баллов, что соответствует дыхательным нарушениям средней степени.
2. Асфиксия умеренной степени. Транзиторное тахипноэ.
3. ОАК, КОС, газы крови, рентгенография органов грудной клетки, ЭХО-КС, НСГ.
4. Легкие плода во внутриутробном периоде содержат до 100 мл фетальной жидкости. Резорбция фетальной жидкости завершается к окончанию 39 недели гестации. На этом сроке происходит перестройка функции лёгочного эпителия. При родоразрешении на сроке 37 недель фетальная жидкость может задерживаться в легких и вызывать развитие дыхательной недостаточности.
5. Перевод в отделение интенсивной терапии, респираторная поддержка (СДППД или ИВЛ), инфузионная терапия.

#### **Задача №9.**

Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала на фоне гестоза, ожирения у женщины 39 лет. По УЗИ диагностировали многоводие. На сроке гестации 34 недели беременная перенесла острый гайморит. Ребенок 3060 грамм, рост 53 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. Через 45 минут после рождения ребенка при попытке приложить ребенка к груди у ребенка отмечается тотальный цианоз. При повторном осмотре: у ребенка пенистое отделяемое изо рта, кожные покровы розовые, втяжение межреберий при дыхании, периоральный цианоз, SpO<sub>2</sub> – 90%. Дыхание проводится по всем полям, 62 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные 168 в минуту. Живот мягкий. Стула и мочи при осмотре не было.

#### Вопросы:

1. Опишите тактику неонатолога
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Как осуществляется верификация диагноза?
4. Принципы лечения ребенка
5. Перечислите антенатальные признаки, позволяющие заподозрить заболевание при проведении УЗИ скрининга.

#### Эталон ответа:

1. Установить желудочный зонд, провести пробу Элефанта
2. Атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем
3. Верификация - после рентгенологического исследования
4. Установить желудочный зонд, обеспечить регулярную санацию содержимого, придать положение Фаулера (с приподнятым изголовьем на 45-60°), исключить масочной ИВЛ и СРАР, при наличии дыхательных нарушений – интубация и ИВЛ. Лечение ребенка хирургическое, перевод ребенка в специализированный стационар.
5. Антенатальными признаками атрезии пищевода является отсутствие визуализации желудка или уменьшенный размер желудка в сочетании с многоводием.

#### **Задача №10.**

Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Матери 22 года. Первый триместр беременности протекал с токсемией и ОРВИ, с 22 недели – бактериальный вагиноз, в третьем триместре на 36 неделе мать перенесла бронхит с температурой 38°С. Роды срочные на сроке гестации 38 недель. Безводный промежуток 10 часов, задние воды зеленые, с неприятным запахом. Масса тела 3400, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Выписан домой в удовлетворительном состоянии на грудном

вскармливания. На 6 сутки пуповинный остаток отпал самостоятельно. При осмотре на следующие сутки пупочная ранка под корочкой, наблюдается скудное серозное отделяемое. Температура 36,7°C. Сосет активно, самостоятельно. На 8-е сутки жизни появилась субфебрильная температура, вялость, ухудшение аппетита, срыгивания. При клиническом обследовании со стороны внутренних органов и нервной системы патологии не выявлено. Отмечается отёк и гиперемия пупочного кольца, взбухание пупка и гнойное отделяемое из пупочной ранки. Ребенок осмотрен участковым педиатром и дано направление на стационарное лечение. В приемном отделении: ОАК: Hb - 167 г/л, Эр -  $4,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты -  $240 \times 10^9$  /л, Лейк -  $24,4 \times 10^9$  /л, миелоциты - 4%, п/я - 10%, с - 41%, л - 34%, м - 6%, СОЭ - 12 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие факторы риска привели к заболеванию?
3. Есть ли показания для назначения антибактериальной терапии?
4. Опишите признаки интоксикации у ребенка?
5. К какой группе здоровья относится ребенок?

Эталонный ответ:

1. Омфалит
2. Неблагоприятное течение беременности на фоне ОРВИ и бронхита, бактериального вагиноза способствовало инфицированию плода. В родах отмечается безводный промежуток 10 часов, воды с запахом. Произошла реализация внутриутробного инфицирования в виде омфалита.
3. Лечение омфалита – назначение антибактериальной терапии.
4. К признакам интоксикации у данного ребенка относятся: субфебрильная температура, вялость, ухудшение аппетита, срыгивания.
5. Ребенок после выздоровления, при отсутствии осложнений, относится ко второй группе здоровья

**Задача №11.**

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом и анемией средней степени тяжести в первом триместре, гестозом в третьем триместре, первых преждевременных оперативных родов на фоне эклампсии и гипоксии плода, на сроке гестации 29 недель 4 дня. Был обнаружен истинный узел пуповины. Масса тела при рождении 1400 г, рост 40 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Состояние ребенка после рождения было тяжелым, за счет перенесенной асфиксии, дыхательных нарушений, незрелости. После оказания реанимационных мероприятий - переведен в ОРИТН. Находился на назальном СРАР, вводился экзогенный сурфактант, получал парентеральное питание, энтеральное питание пре-смесью в объеме трофического с постепенным увеличением объема. На 10 сутки жизни, когда объем одного кормления достиг 12 мл, появилось застойное отделяемое с зеленью по желудочному зонду в объеме 1/2 кормления, вздутие живота, примесь зелени и слизи в стуле (отхождение стула после стимуляции, самостоятельного стула не было в течение суток). В общем анализе крови на 1 сутки жизни: гемоглобин - 167 г/л, лейкоциты -  $25,6 \times 10^9$  /л, нейтрофилы сегментоядерные - 62%, лимфоциты - 24%, моноциты - 12%, эозинофилы - 2, тромбоциты -  $170,0 \times 10^9$  /л. СОЭ 5 мм/час. На 10 сутки жизни гемоглобин - 147 г/л, лейкоциты -  $27,9 \times 10^9$  /л, нейтрофилы сегментоядерные - 68%, лимфоциты - 20%, моноциты - 10%, эозинофилы - 2, тромбоциты -  $110 \times 10^9$  /л. СОЭ 7 мм/час В биохимическом анализе крови на 10 сутки жизни глюкоза - 6,6 ммоль/л, общий белок 41 г/л, креатинин 100 ммоль/л, мочевины 6,8 ммоль/л, АСТ 76, АЛТ 201 Ед/л, общий билирубин 105 мкмоль /л, прямой - 12 мкмоль/л,



Na 122 ммоль/л, калий 6,0 ммоль/л. КОС на 10 сутки жизни: рН - 7,28, рО<sub>2</sub> - 72 мм рт.ст., рСО<sub>2</sub> - 36 мм рт.ст., ВЕ = - 5,8. На УЗИ органов брюшной полости на 10 сутки жизни – газ в системе воротной вены отсутствует.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Каким состоянием осложнилось течение основного заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику и какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Патогенез нарушений ЖКТ?
5. Принципы нутритивной поддержки в данной клинической ситуации?

**Эталон ответа:**

1. Асфиксия умеренной степени. РДС недоношенных средней степени тяжести, ателектазы легких. Недоношенность, срок гестации 29 недель.
2. Некротизирующий энтероколит.
3. Кишечная непроходимость, пневмония, поздний неонатальный сепсис. Для проведения дифференциального диагноза необходимо рентгенологическое исследование, СРБ и прокальцитонин, посев крови.
4. Развитие некротизирующего энтероколита связано с ишемией кишечника (гестоз, асфиксия при рождении, РДС), и нарушением заселения кишечной микрофлоры (искусственное вскармливание)
5. Прекращение энтерального вскармливания и полное парентеральное питание

**Задача №12.**

Акушерский диагноз: «Роды вторые, запоздалые на сроке 42 недели. В родах – упорная слабость родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода. Кесарево сечение». Околоплодные воды – густые мекониальные. Родился ребенок, мальчик вес 4200 гр, длина 57 см, с признаками переносимости. При рождении крика и дыхания нет, пульсация пуповины есть. Кожные покровы бледные, оболочки прокрашены меконием. Начаты реанимационные мероприятия. Через 1 минуту после рождения оценка по Апгар 4 балла (сердцебиение больше 100 в мин, дыхание типа гаспинг, гримаса в ответ на санацию). Кожные покровы цианотичные на бледном фоне. Через 5 минут оценка по Апгар 6 баллов, SpO<sub>2</sub> – 82%. Дыхание стонущее, проводится по всем полям, с выраженным участием вспомогательной мускулатуры, втяжение нижней апертуры и межреберий, множественные разнокалиберные хрипы по всем полям, ЧД 68 в минуту. Тоны сердца ритмичные, 136 в минуту. Проводится ИВЛ. Кожные покровы розовые, акроцианоз. Дыхание аппаратное, проводится по всем полям, разнокалиберные хрипы по всем полям, ЧД 50 в минуту. По интубационной трубке санируются мекониальные околоплодные воды. Тоны сердца ритмичные, 138 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2см. Отходит меконий.

**Вопросы:**

1. Продемонстрируйте этапы первичных реанимационных мероприятий.
2. Обоснуйте показания или противопоказания для интубации трахеи сразу после рождения в родильном зале
3. Оцените степень дыхательных нарушений.
4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
5. Обоснуйте необходимость проведения ИВЛ через интубационную трубку.

**Эталонный ответ:**

1. Начальные действия (30 сек): Пересечение пуповины и перенос ребенка на столик под источник лучистого тепла. Обтирание, удаление пеленок. Подключение датчика пульсоксиметра предуктально. Необходимо избегать гипоксемии и гиперкапнии, поддерживая сатурацию гемоглобина кислородом (SpO<sub>2</sub>) более 95%. Следует помнить, что доказательства эффективности применения СРАР у новорожденных с САМ отсутствуют. Кроме того, СРАР при САМ может увеличивать риск развития пневмоторакса. При проведении ИВЛ предпочтительнее использовать пациент-триггерную вентиляцию SIMV;
2. Не рекомендуется рутинная интубация и санация трахеи через интубационную трубку, если на момент рождения у новорожденного ЧСС более 100 ударов в минуту, спонтанное дыхание эффективное, хороший мышечный тонус.
3. Оценка по шкале Доунса – 6 баллов.
4. Асфиксия средней тяжести. Синдром мекониальной аспирации, ДН II-III ст.
5. Решение вопроса об аппаратной ИВЛ по показателям КОС и/или степени выраженности дыхательной недостаточности: оценка по шкале Доунса более 6 баллов, рСО<sub>2</sub> более 60 мм рт ст

### **Задача №13.**

Новорожденная девочка 7 дней, от третьей беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в 1-й половине, вторых срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу, к груди приложена в родильном зале. Выписана на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3050 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, из сосков выделяется беломолочная жидкость; пуповинный остаток мумифицируется. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает изпод края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавшими комочками, прожилками слизи. Общий анализ крови: НЬ – 186 г/л, Эр –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты –  $16,4 \times 10^9$  /л, п/я – 2%, с – 45, э – 1%, л – 45%, м – 7%, СОЭ – 2 мм/час.

Вопросы:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?
3. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
4. С чем связано изменение характера стула?
5. Оцените результаты общего анализа крови.

Эталон ответа:

1. Физиологическая убыль первоначальной массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника.
2. Ребенок должен восстановить первоначальную массу тела к 12-14 дню жизни.
3. Нагрубание молочных желез – состояние, появляющееся у 2/3 новорожденных детей, связано с высоким уровнем половых гормонов в крови матери и пуповинной крови ребенка и женском молоке (прогестерон, эстрадиол, эстриол, пролактин), достигает

максимума к 8-10 дню, затем постепенно степень нагрубания уменьшается. Консультация хирурга необходима при подозрении на развитие мастита

4. Изменение частоты и характера стула связано с транзиторным катаром и дисбактериозом кишечника. Происходит заселение кишечника транзиторной микрофлорой и переход на лактотрофный тип питания (бифидумфактор женского молока), в норме он продолжается в течение первой-второй недели жизни. Экстренной коррекции не требует.

5. В ОАК возрастная норма

#### **Задача №14.**

Новорожденная девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине, первых срочных родов на сроке гестации 40 недель. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 30 минут после рождения, сосала хорошо. На 2-е сутки появилась иктеричность кожных покровов. Уровень билирубина по билитесту 170 мкмоль/л. При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, иктеричные (3 зона по Крамеру), пуповинный остаток мумифицируется. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется.

Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус не изменен. Стул переходный. Группа крови ребенка A(II) Rh-положительная. Группа крови матери 0(I) Rh-положительная. Общий анализ крови: НЬ – 196 г/л, Эр –  $5,9 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 1,5%, Ц.п. – 0,94, Лейк —  $9,0 \times 10^9$  /л, п/я – 5%, с – 42%, э – 1%, л – 47%, м – 5%, СОЭ – 2 мм/час. Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок – 52,4 г/л, билирубин: непрямой – 280 мкмоль/л, прямой – 14 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, АЛТ – 25 ммоль/л, АСТ – 88 ммоль/л

#### Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
3. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?
4. Что такое ядерная желтуха?
5. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка?

#### Эталон ответа:

1. DS: Неонатальная желтуха.
2. Гипербилирубинемия.
3. В данном случае возможно развитие гемолитической болезни новорожденного, связанной с несовместимостью по ABO системе.
4. Билирубиновая энцефалопатия развивается при высоких цифрах непрямого билирубина. Средними показателями билирубина, при которых развивается ядерная желтуха считаются 340 мкмоль/л у доношенных и 170 мкмоль/л у недоношенных. Однако эти цифры могут варьировать. Для клиники ядерной желтухи характерно: спастичность, ригидность затылочных мышц, вынужденное положение тела с опистотонусом, периодическое возбуждение и резкий мозговой крик, выбухание большого родничка, подергивание мышц лица, крупноразмашистый тремор рук, судороги, симптом заходяще солнца, нистагм, симптом Грефе, брадикардия, летаргия, повышение температуры тела.

5. Лечение – проведение фототерапии. Показаний для проведения операции заменного переливания крови нет.

#### **Задача №15.**

Доношенный мальчик родился 4 дня назад. Матери 32 года, беременность и роды вторые, в женской консультации на учете не состояла. Группа крови матери 0(I) Rh-отрицательная. Первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, Поступила в родильный дом во втором периоде родов. Роды в приемном отделении. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричал сразу, крик громкий. Общее состояние удовлетворительное. В возрасте 12 часов появилось желтушное прокрашивание кожи. Уровень билирубина 125 мкмоль/л. Уровень гемоглобина 160 г/л. Проводилась интенсивная фототерапия. Через 4 часа уровень билирубина 167 мкмоль/л. Сосет активно. Дыхание проводится по всем полям, пуэрильное, 42 в минуту. Тоны сердца ритмичные, 138 в минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Отходит меконий. Общий анализ крови: НЬ – 160 г/л, Эр –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , ретикулоциты – 6%, Лейк –  $12,0 \times 10^9 /л$ , п/я – 6%, с – 49%, э – 1%, л – 36%, м – 8%, СОЭ – 2 мм/час. Группа крови ребенка А(II) Rh-положительная. Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза?
3. Какие осложнения могут возникнуть при проведении заменного переливания крови?
4. Тактика ведения ребенка. Назначьте лечение.
5. Схема вакцинации ребенка на первом году жизни?

#### Эталон ответа:

1. Гемолитическая болезнь новорожденного, несовместимость по АВО, Rh несовместимости, желтушная форма, тяжелой степени.
2. Для подтверждения диагноза необходимо провести реакцию Кумбса и определить титр антител в крови.
3. Объемная перегрузка, сердечная недостаточность, тромбоцитопения, нейтропения, инфекционные, гипогликемия, гипокальциемия, тромбозы, гипотермия.
4. Проведение заменного переливания крови и фототерапии под контролем уровня билирубина через 12 часов после заменного переливания крови и далее каждые 24 часа. Увеличение количества жидкости на 20% от физиологической потребности.
5. Ребенок не подлежит вакцинации против туберкулеза после проведения заменного переливания крови в неонатальном периоде. Проведение профилактических прививок проводится согласно национальному календарю прививок.

#### **Задача №16.**

Мальчик Д., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «Геморрагическая болезнь новорожденного. Кишечное кровотечение». Матери 38 лет, беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 10-12, 24-26, 32-34 недели, стационарное лечение. Получала препарат «клексан». Роды на 38-й неделе. 1-й период – 15 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 4 часа. Задние воды с кровью. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как средней тяжести за счет неврологической симптоматики. К груди приложен на первые сутки, у матери гипогалактия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью «кофейной гущи». Проба Апта отрицательная. На 4 день мелена, однократно рвота с примесью «кофейной

гуши». При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледно-субиктеричные. По желудочному зонду отделяемого нет. В легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе – ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук. Общий анализ крови: НЬ – 160 г/л, Эр –  $4,4 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $310 \times 10^9$ /л, Лейк –  $15,9 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 51%, л – 38%, м – 8%, СОЭ – 2 мм/час. Время кровотечения по Дюке – 2 минуты. Время свертывания по Бюркеру: начало – 3,5 минуты, конец – 7 минут. Коагулограмма: каолиновое время – 100" (норма – 40-60"), АЧТВ – 90" (норма – 40-60"), протромбиновое время по Квику – 26" (норма – 12-15"), тромбиновое время – 30" (норма – 28-32"), протромбиновый индекс – 25%. Биохимический анализ крови: общий белок – 48,4 г/л, билирубин: непрямо́й – 196 мкмоль/л, прямо́й – 2,5 мкмоль/л, мочеви́на – 4,2 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 150 ммоль/л, АСТ – 98 ед., АЛТ – 42 ед.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Как верифицируется диагноз «геморрагическая болезнь»? Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
3. Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга?
4. Назначьте лечение.
5. Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая форма, желудочно-кишечное кровотечение.
2. Диагноз «геморрагическая болезнь новорожденного» верифицируется на основании наличия факторов риска, геморрагического синдрома и данных лабораторных методов исследования. В данном случае развитие геморрагической болезни может быть вызвано течением беременности (прием препарата клексан), течение раннего неонатального периода (смешанное вскармливание).
3. Нет, при купировании геморрагического синдрома на фоне проводимой адекватной терапии.
4. Лечение витамин К (викасол) в/м и СЗП в/в. Симптоматическая терапия сопутствующих заболеваний.
5. Вакцинация (против гепатита В и туберкулеза) детям с геморрагической болезнью в периоде новорожденности не рекомендуется. Новорожденные, перенесшие геморрагическую болезнь новорожденных, подлежат стандартной диспансеризации на амбулаторном этапе.

**Задача №17.**

Новорожденная девочка 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Матери 24 лет, в анамнезе генитальный герпес. Беременность первая, протекала с обострением герпеса на 36-37 неделях гестации. Роды срочные, в головном предлежании. 1-й период – 7 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 12 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см, окружность головы – 35 см, грудной клетки – 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, диастаз сагиттального шва на 0,4 см, большой родничок 2×2 см, малый – 0,3×0,3 см. На 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, на 5-й день жизни в состоянии средней тяжести переведена в стационар. На 13-й день жизни на

туловище, конечностях, слизистой оболочке полости рта появились везикулярные высыпания с плотной покрывкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,8°C, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги. Общий анализ крови на 6-й день жизни: НЬ – 172 г/л, Эр –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,94, тромб –  $190,0 \times 10^9$  /л, Лейк –  $10,0 \times 10^9$  /л, п/я – 1%, с – 30%, л – 54%, м – 15%, СОЭ – 2 мм/час. На 13 день жизни: НЬ – 162 г/л, Эр –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, Тромб –  $130 \times 10^9$  /л, Лейк –  $17,0 \times 10^9$  /л, п/я – 4%, с – 27%, л – 59%, м – 10%, СОЭ – 8 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 40,0 г/л, билирубин: общий – 310 мкмоль/л, непрямой – 268 мкмоль/л, прямой – 32 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, АСТ 169 Ед/л. Исследование спинномозговой жидкости на 12-й день жизни: прозрачность – мутная, белок – 1650 г/л, реакция Панди – +++, цитоз – 350 в 3 мкл: нейтрофилы – 25%, лимфоциты – 75%.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Каковы пути инфицирования плода и новорожденного?
3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
4. Оцените результаты общего анализа крови.
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1. Врожденная герпесвирусная инфекция, герпетический менингоэнцефалит.
2. Антенатально плод чаще всего заражается трансплацентарно или интранатально. После родов возможно заражение ребенка при контакте с больным персоналом, осуществляющим уход за ребенком.
3. Для верификации диагноза необходимо провести исследование ликвора, содержимого везикул вирусологическим методом и ПЦР. Проведение ИФА с определением авидности в парных сыворотках в динамике.
4. В общем анализе крови в динамике тромбоцитопения, лимфоцитоз
5. Менингит, энцефалит, гепатит, везикулопустулез, ветряная оспа, пузырчатка новорожденных.

### Задача №18.

Мальчик, 4 сутки жизни, от матери 34 лет. Беременность вторая (первая – выкидыш), протекала с токсикозом в первом триместре, во втором и третьем триместрах выявлен гестационный сахарный диабет, компенсировался диетой, в третьем триместре преэклампсия. Роды преждевременные на 36-й неделе, слабость родовой деятельности, индукция окситоцином. 1-й период – 13 часов, 2-й – 1 час, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела при рождении 4500 г, длина тела 55 см, окружность головы – 37,5 см, грудной клетки – 36,5 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. После рождения состояние расценено как тяжелое. Крик слабый, стонущий. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: короткая шея, лунообразное лицо, широкие плечи, избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки на лице и верхнем плечевом поясе. Лануго, низко расположенное пупочное кольцо. Кожные покровы с цианотичным оттенком, дистальный цианоз, периоральный цианоз. Пастозность мягких тканей. В легких дыхание проводится по всем полям, жестковатое, хрипов нет, частота дыхания 50 в мин. Сердечные тоны приглушены, 148 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у реберного края. В неврологическом статусе отмечалось угнетение рефлексов, гиподинамия. Уровень глюкозы крови

после рождения – 1,4 ммоль/л. В первые сутки жизни – уровень гемоглобина крови - 254 г/л, эритроциты –  $6,7 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 68%. Общий анализ крови на 3-и сутки: НЬ – 222 г/л, Эр –  $6,6 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $10,2 \times 10^9$  /л, п/я – 3%, с – 56%, э – 1%, л – 33%, м – 7%, СОЭ – 2 мм/час. Глюкоза крови: через час после рождения – 2,0 ммоль/л, в возрасте 3 дней – 2,9 ммоль/л (на фоне инфузионной терапии). Биохимический анализ крови: общий белок – 51,0 г/л, билирубин: непрямой – 270 мкмоль/л, прямой – 2,8 мкмоль/л, мочевины – 5,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, кальций – 1,02 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Оцените динамику уровня глюкозы крови у новорожденного?
3. Какие изменения можно выявить при проведении ЭхоКГ и ЭКГ-исследовании ребенка?
4. Какие осложнения возможны в течении этого заболевания?
5. Назначьте лечение. Каков прогноз у этого ребенка?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Синдром новорожденного, рожденного от матери с гестационным сахарным диабетом. Гипогликемия.
2. У новорожденного ребенка в крови отмечается гипогликемия, которая сохраняется в течение трех суток жизни и на момент перевода ребенка в отделение патологии новорожденных.
3. При проведении ЭХО-КГ и ЭКГ возможно выявление различных вариантов врожденных пороков сердца, а также ишемическое поражение миокарда и нарушение проводимости. Частым вариантом патологии является легочная гипертензия.
4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.
5. Тактика лечения данного ребенка – посиндромная терапия выявленных нарушений. Коррекция гипогликемии осуществляется при уровне глюкозы крови менее 2,6 ммоль/л. В периферические вены возможно введение раствора глюкозы концентрацией не более 12,5%. При гипокальциемии коррекция введением 10% глюконата кальция. Не прекращается естественное вскармливание.

### Задача №19.

Матери 21 год. Настоящая беременность первая, многоплодная, монохориальная двойня, протекала без патологии. Роды преждевременные, на 35-й неделе гестации, двойней. 1-й период родов – 8 часов 15 минут, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела первого близнеца 1950 г, длина – 42 см, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов; второго – 2300 г, 46 см и 6/7 баллов соответственно. При первичном осмотре у первого ребенка обращали на себя внимание бледность кожных покровов, снижение подкожно-жирового слоя, вялость, снижение рефлексов. Дыхание проводится по всем полям, ослабленное в задних отделах, единичные крепитирующие хрипы, ЧД до 68 в минуту. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Оценка по Сильверман 3-4 балла. Тоны сердца ритмичные, приглушены 128 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Признаки недоношенности. У второго ребенка кожные покровы эритематозные, акроцианоз, подкожно-жировой слой развит достаточно, со стороны нервной системы – умеренный синдром угнетения. Дыхание проводится по всем полям, тахипноэ до 70 в минуту. Втяжение нижней апертуры грудной клетки при дыхании. Сильверман 2 балла. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 142 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под

края реберной дуги на 2см. Отходит меконий. Дополнительные данные исследования: При исследовании по cito периферической крови: у 1-го ребенка НЬ 126 г/л, Нt – 38%; у 2-го ребенка НЬ 263 г/л, Нt – 78%.

Вопросы:

1. О какой патологии можно думать в данном случае?
2. Сформулируйте предварительный диагноз первого ребенка
3. Сформулируйте предварительный диагноз второго ребенка
4. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.
5. Какой объем дополнительных исследований необходимо провести?

Эталон ответа:

1. Фето-фетальная трансфузия
2. Асфиксия умеренной степени. РДС недоношенных легкой степени. Синдром фето-фетальной трансфузии. Анемия. Недоношенность (срок гестации 35 недель). ЗВУР по типу гипотрофии. Первый ребенок из двойни.
3. Асфиксия умеренной степени. РДС недоношенных легкой степени. Синдром фето-фетальной трансфузии. Полицилемия. Недоношенность (срок гестации 35 недель). ЗВУР по типу гипотрофии. Второй ребенок из двойни.
4. Тактика мероприятий в отношении первого ребенка: режим обогреваемой кровати, дыхательная поддержка, инфузионная терапия, организация вскармливания (грудное молоко и смесь для недоношенных новорожденных), переливание компонентов крови (эритроцитарной массы).
5. Тактика мероприятий в отношении второго ребенка: режим обогреваемой кровати, дыхательная поддержка, инфузионная терапия, организация вскармливания (грудное молоко и смесь для недоношенных новорожденных), частичное заменное переливание крови.
5. Биохимический анализ крови, КОС, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, ЭХО-КС, ОАК в динамике, ОАМ.

**Задача №20.**

Новорожденная девочка 3 суток жизни, от третьей беременности, протекавшей с угрозой прерывания и анемией в третьем триместре беременности, вторых преждевременных родов на сроке гестации 30 недель. Масса тела при рождении 1670 г, рост 40 см, оценка по Апгар 7/8 баллов. Состояние ребенка при рождении было расценено как средне-тяжелое, за счет незрелости. Ребенок получал инфузионную терапию в палате интенсивной терапии, в первые сутки жизни был кислородзависимый, кормился через зонд, питание усваивал. При осмотре на третий день жизни выявлено ухудшение состояния за счет явлений интоксикации. Ребенок вялый, неактивный. срыгнул с примесью желчи. При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Дыхание аритмичное – чередование тахипноэ с апноэ. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в V точке. ЧСС 160 ударов в мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка +1,0 см из-под реберной дуги. Стула при осмотре нет. В неврологическом статусе: взор «плавающий», крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голеней и предплечий. Ригидности затылочных мышц нет. Большой родничок 1×1 см, не напряжен. Общий анализ крови по cito!: НЬ – 150 г/л, Лейкоциты –  $26,3 \times 10^9$  /л, миелоциты – 6%, метамиелоциты – 6%, п/я – 17%, с – 50%, л – 17%, м – 4%, СОЭ – 30



мм/час. Кислотно-основное состояние крови:  $pO_2$  – 36,2 мм рт.ст.,  $pCO_2$  – 44,6 мм рт.ст.,  $pH$  – 7,33,  $BE$  = – 10,2 ммоль/л. Биохимический анализ крови: общий белок – 60,0 г/л, глюкоза – 6,5 ммоль/л, калий – 4,28 ммоль/л, натрий – 132,1 ммоль/л, кальций – 0,73 ммоль/л (ионизированный). Общий анализ мочи: реакция кислая, белок – 0,66%, лейкоциты – сплошь все поля зрения, цилиндры зернистые 3-5 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные методы обследования показаны данному ребенку? Как лабораторно Вы можете подтвердить Ваш предполагаемый диагноз?
3. Показана ли ребенку люмбальная пункция?
4. Наметьте основные принципы антибактериальной терапии данной патологии.
5. Каковы особенности течения данного заболевания у недоношенных?

Эталон ответа:

1. Ранний неонатальный сепсис. Менингоэнцефалит. Пневмония. Пиелонефрит. Недоношенность (срок гестации 34 недели)
2. Посев крови, мочи. ПЦР диагностика. СРБ, прокальцитонин. рентгенография, НСГ, ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ брюшной полости.
3. Ребенку показана люмбальная пункция для верификации диагноза
4. Комбинация из двух бактерицидных антибиотиков: аминогликозиды и «защищенные» пенициллины. Смена антибактериальных препаратов в зависимости от чувствительности микрофлоры.
5. У недоношенных сепсис диагностируется чаще по сравнению с доношенными, характерно подострое течение, в виде септицемии, чаще развитие осложнений.

**Задача №21.**

Матери 22 года, здорова. Отец – 25 лет, здоров, профессиональных вредностей нет. Женщина наблюдалась в женской консультации с 7 недель беременности. Отмечался легкий токсикоз в первой половине беременности. Артериальное давление стойкое 110/ 70 мм.рт.ст. В сроке 32 недель отмечена анемия тяжелой степени, принимала 3 недели препараты железа. Прибавка в весе – 6 кг. В конце беременности отмечались отеки. Ребенок родился в срок 40 недель гестации с массой 3750 г. Закричал сразу. Приложен к груди в первые сутки, грудь взял хорошо, сосал активно. На третьи сутки жизни масса тела 3600 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета. Ребенок на грудном вскармливании.

Вопросы:

1. Какие транзиторные состояния выявлены у новорожденного?
2. Нужна ли коррекция питания?
3. Возможно ли проведение профилактических прививок? В какие сроки?
4. Нужны ли дополнительные методы обследования?
5. Существует ли риск развития анемии у новорожденного?

Эталонный ответ:

1. Токсическая эритема, мочекишечный инфаркт
2. Необходимости в коррекции питания нет, ребенок находится на грудном вскармливании, патологической убыли массы тела нет.
3. Профилактические прививки проводятся в декретированные сроки, противопоказаний нет.

4. Показаний для дополнительного обследования ребенка нет.
5. Риск развития анемии у ребенка существует, учитывая наличие анемии тяжелой степени у матери и неадекватную коррекцию анемии у матери

#### **Задача №22.**

Новорожденный мальчик, родился от пятой беременности, четвертых срочных родов. Мать на учете в женской консультации не состояла, не обследовалась. Поступила в конце первого периода родов. Родился ребенок, массой 2200 грамм, ростом 48 см, оценка по Апгар 5/7 баллов. Задние воды мекониальные. Оказаны реанимационные мероприятия. При санации трахеи – меконий в количестве 4 мл. Состояние ребенка при переводе из родильного зала оценено как тяжелое, за счет перенесенной асфиксии, дыхательных нарушений. Кожные покровы сухие, с шелушением, смазки нет. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, распределена равномерно. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, проводится по всем полям, разнокалиберные хрипы, ЧД до 64 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены 128 в минуту. Живот гипотоничный, увеличен в объеме. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Не мочился. Переведен в ОРИТН, начата интенсивная терапия. В течение первых суток жизни диурез составил 0,5 мл/кг/час. Мошонка отечна, увеличена в размерах.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести данному ребенку?
3. Есть ли показания для проведения антибактериальной терапии?
4. С чем связаны дыхательные нарушения у данного ребенка?
5. Оцените весо-ростовые показатели ребенка.

#### Эталон ответа:

1. Асфиксия умеренной степени. Синдром аспирации меконием. Маловесный к гестационному возрасту.
2. Ребенку необходимо провести следующие исследования: ОАК, ОАМ, НСГ, УЗИ брюшной полости, биохимический анализ крови, СРБ.
3. Учитывая высокий риск реализации внутриутробного инфицирования (пневмония) ребенку рекомендуется начать антибактериальную терапию.
4. Дыхательные нарушения связаны с аспирацией мекониальными водами и/или развитием пневмонии.
5. Согласно центильным таблицам, масса ребенка находится в коридоре ниже 10 центиля, рост выше 50 центиля

#### **Задача №23.**

Ребенок от первой беременности, ЭКО, протекавшей с угрозой прерывания в первом триместре, первых срочных родов, с оценкой по Апгар 8/8 баллов, приложен к груди в родильном зале, активный сосательный рефлекс. Переведен в палату совместного пребывания. К концу вторых суток жизни мать обращается с жалобами на вялость ребенка и отказ от груди в течение 4 последних часов. При осмотре: Ребенок вялый, неактивный. Температура тела 36,3°C. Кожные покровы цианотичные, кисти и стопы холодные. Легкое втяжение нижней апертуры грудной клетки. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум с максимумом на верхушке, ЧСС 158 в минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Мочится. Сатурация 88%.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для верификации диагноза?
3. Тактика ведения ребенка
4. Назовите причины, которые привели к ухудшению состояния ребенка
5. Возможна ли антенатальная диагностика данного состояния?

**Эталон ответа:**

1. Дуктусзависимый врожденный порок сердца (ТМА?)
2. Для верификации диагноза необходимо провести ЭХО-КГ, рентгенологическое исследование. Для исключения патологии надпочечников – УЗИ надпочечников, биохимический анализ крови, КОС, газы крови.
3. Перевод ребенка в отделение реанимации или интенсивной терапии, титрование простагландинов E, перевод в отделение кардиохирургии.
4. Закрытие открытого артериального протока при отсутствии ДМЖП или ДМПП вызывает нарастание сердечной недостаточности.
5. Транспозиция магистральных артерий является пороком сердца, который должен диагностироваться внутриутробно. Однако выявляемость этого порока антенатально не превышает 75%.

**Задача №24.**

Ребенок в возрасте 21 дня поступил в стационар с диагнозом «Конъюгационная желтуха». Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с ОРВИ в первом триместре и бессимптомной бактериурией в третьем триместре, первых срочных быстрых родов. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Масса ребенка 3360 грамм, рост 53 см. Выписан из родильного дома с массой 3300 грамм на пятый день жизни, в удовлетворительном состоянии. Уровень билирубина по билитесту при выписке составил 190 мкмоль/л. После выписки из родильного дома ребенок находился на грудном вскармливании. Со слов матери, примерно 1-2 раза в сутки ребенок срыгивал створоженным молоком. Стул желтого цвета 3-4 раза в сутки. Желтуха нарастает с 15 дня жизни. Уровень билирубина по билитесту в день осмотра - 280 мкмоль/л. Масса тела ребенка 3400 грамм. При поступлении в стационар состояние ребенка средней степени тяжести, за счет интоксикации, на осмотр реагирует несколько вяло. Кожные покровы иктеричные, чистые. Тургор тканей умеренно снижен, подкожный жировой слой выражен недостаточно. В лёгких дыхание проводится над всеми полями, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 138 в минуту. Живот доступен глубокой пальпации во всех отделах, мягкий, безболезненный. Патологических образований и симптомов раздражения брюшины нет. Печень увеличена (правая доля +2,5-3 см от края рёберной дуги), край её ровный, умеренно уплотнен. Селезёнка увеличена (+1 см от края рёберной дуги), подвижная, незначительно уплотнена. Почки не пальпируются. ОАК Нв – 110 г/л, эр. –  $3,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9, л. –  $6,7 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 69%, э. – 2%, мон. – 11%, лимф. – 17%, СОЭ – 12 мм/час. Биохимический анализ крови: билирубин общий 198 мкмоль/л, прямой билирубин – 124 мкмоль/л, непрямой – 74 мкмоль/л, АсАТ – 1,15 ед., АлАТ – 1,94 ед., щелочная фосфатаза – 280 ед./л (норма до 70-140 ед./л).

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие факторы могли стать причиной данного заболевания?
3. Развитие каких осложнений возможно в данном случае?

4. Консультация каких специалистов необходима для верификации диагноза?

5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для проведения дифференциальной диагностики?

Эталонный ответ:

1. Врожденный порок развития, атрезия желчных протоков.

2. К формированию порока приводит действие различных неблагоприятных факторов в первом триместре беременности, чаще всего это следствие врожденной инфекции.

3. Возможно развитие печеночной недостаточности, геморрагического синдрома, инфекционных осложнений, анемии, поражение ЦНС.

4. Хирург, инфекционист.

5. Для дифференциальной диагностики необходимы: биохимический анализ крови, исследование мочи на уробилин, исследование кала на стеркобилин, УЗИ печени и желчного пузыря, гепатосцинтиграфия.

#### **Задача №25.**

Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с гестозом в третьем триместре беременности на фоне ожирения второй степени. Роды первые, запоздалые на сроке гестации 41 неделя. Роды затяжные, первый период 26 часов, второй период 40 минут. Слабость родовой деятельности, родостимуляция окситоцином. Ребенок родился с массой тела 4500 г, длина тела 54 см. Закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. Однократное нетугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Околоплодные воды зеленоватые. Состояние ребенка при первичном осмотре удовлетворительное, переведен в палату совместного пребывания. На третий день жизни на осмотре состояние с отрицательной динамикой. При осмотре в отделении новорожденных – состояние средней тяжести. Мышечный тонус снижен в левой руке. Безусловные рефлексы с левой руки ослаблены. При пальпации ключиц слева определяется припухлость, крепитация. Левое надплечье короче правого. Левую руку щадит.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие мероприятия необходимо провести в родильном доме?

3. Можно ли проводить профилактические прививки?

4. Нуждается ли ребенок в дополнительных консультациях специалистов?

5. Показан ли перевод ребенка в отделение патологии новорожденных?

Эталонный ответ:

1. Перелом ключицы слева

2. Иммобилизация конечности, обезболивание

3. Вакцинация по календарю профилактических прививок

4. При наличии осложненного перелома – консультация ортопеда

5. При наличии осложненного перелома по рекомендации ортопеда или при развитии осложнений показан перевод в ОПН

#### **Задача №26.**

Ребенок, от второй беременности, первых родов при сроке 38 недель гестации. Первая беременность закончилась выкидышем в сроке 9 недель. Данная беременность протекала на фоне вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу. В 20-24 недели диагностирована анемия средней тяжести. В 26 недель отмечалась лейкоцитурия до 80-100 лейкоцитов в поле зрения, диагностирован гестационный пиелонефрит. Проводилось

лечение. Масса тела при рождении 2700 г., длина тела 47 см., окр. головы 31 см., окр. груди 30 см. Оценка по Апгар 8/8 б. В первые сутки жизни у ребенка была диагностирована гипогликемия (уровень глюкозы крови 2,0 ммоль/л), в связи с чем проводилась инфузионная терапия. Кормился через соску, сосал активно. Через 3 часа после рождения отошел меконий. В конце первых суток жизни у ребенка на фоне беспокойства отмечается срыгивание содержимым желудка, без патологических примесей. В возрасте 28 часов состояние ребенка тяжелое, срыгивает в объеме 5 мл, с примесью желчи. Выражены беспокойство, мышечная дистония, рефлексы оживлены. Дыхание проводится по всем полям, 46 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные 35-138 в минуту. Живот вздут, доступен пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Мочится. Меконий отходит. Глюкоза крови 4,8 ммоль/л. При проведении рентгенологического исследования: симптом «двойного пузыря».

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования показаны для верификации диагноза?
4. Тактика неонатолога
5. Принципы лечения?

Эталон ответа:

1. Непроходимость двенадцатиперстной кишки (Врожденная высокая кишечная непроходимость).
2. Дифференциальную диагностику проводят с другими видами кишечной непроходимости, функциональными нарушениями ЖКТ.
3. ОАК, КОС, рентгенография брюшной полости в вертикальном положении, иригография
4. Установить зонд в желудок, прекратить кормление, полное парентеральное питание, перевод в хирургический стационар
5. Лечение хирургическое, объем вмешательства определяется индивидуально.

**Задача №27.**

Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, без осложнений, вторая беременность срочными родами, без патологии, ребенку 5 лет, здоров. Перерыв между второй и настоящей беременностью три года. Матери 34 года, больна хроническим пиелонефритом. Отмечалось обострение во время данной беременности в 26-28 недель, лечилась в стационаре. Беременность протекала с токсикозом первой половины в течение трех недель. В конце беременности были отеки на ногах. Роды срочные, быстрые. Первый период 3 часа, второй 10 минут. Безводный период 2 часа. После рождения состояние ребенка расценено как удовлетворительное, приложен к груди. Находился в палате совместного пребывания. Выписан на пятый день жизни. На второй день пребывания дома появилось беспокойство, срыгивание, подъем температуры до 37,8°. Осмотрен участковым врачом и направлен в стационар. При осмотре в приемном покое возбужден, отказывается от груди. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. На коже передней брюшной стенки, пузыри овальной и округлой формы, наполненные прозрачным желтоватым содержимым с венчиком гиперемии вокруг размером 5-10 мм. Симптом Никольского положительный. На месте одного пузыря – эрозивная поверхность с остатками эпидермиса. Температура тела 38°C. В анализе

крови Нв 160 г/л, эритроциты  $4,6 \times 10^{12}$ /л, СОЭ 15 мм в час, лейкоциты  $28 \times 10^9$  /л, п – 5%, с – 49%, э – 1%, л – 40%, м – 5%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Этиология заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

4. Тактика лечения ребенка

5. Прогноз?

Эталонный ответ:

1. Пузырчатка новорожденных.
2. Возбудителями заболевания чаще всего являются стрептококки и стафилококки.
3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с сифилитической пузырчаткой, эпидермолизом, ветряной оспой, эксфолиативным дерматитом Риттера.
4. Госпитализация в стационар, изоляция в боксе, антибактериальная терапия, инфузионная терапия при наличии интоксикации, местная терапия.
5. При своевременном начале лечения прогноз благоприятный

**Задача №28.**

Новорожденный мальчик от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания в первом триместре, обострения хронического пиелонефрита в третьем триместре. Оценка по шкале Апгар 7/7 б. Масса тела 3200 г., длина 51 см. Выписан домой на 5 день жизни в удовлетворительном состоянии. В возрасте 20 дней стали отмечаться срыгивания створоженным молоком через 1-1,5 часа после кормления, единичные прожилки крови. В течение последних 3-х дней мать отметила, что стул и мочеиспускание у ребёнка стали реже. Ребёнок был направлен на госпитализацию в отделение патологии новорождённых в возрасте 24 дней жизни с диагнозом «Пилороспазм». При поступлении состояние средней тяжести. Ребёнок беспокоен, раздражителен. Масса тела 3200 г., умеренные признаки дегидратации. Кожа розовая, слегка снижен тургор подкожножировой клетчатки. При беспокойстве лёгкий периоральный цианоз. В лёгких пузырьное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 130 в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, справа чуть выше пупка пальпируется плотный тяж. Печень + 2 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Кормится грудью матери дробно через 3 часа, сосёт охотно по 90 мл. Перед очередным кормлением срыгивает створоженным молоком, дважды за первые сутки пребывания в стационаре отмечалась рвота «фонтаном». Лабораторные показатели в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Причины развития заболевания у ребенка?
3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра
4. Дифференциальная диагностика?
5. Принципы лечения

Эталон ответа:

1. Пилоростеноз
2. Заболевание чаще развивается у мальчиков, считается, что предрасполагают к развитию заболевания неблагоприятное течение беременности, такие как – болезни эндокринной системы у матери, вирусные заболевания в первом триместре беременности, наследственная предрасположенность.

3. С диагнозом «пилороспазм» ребенок был направлен в ОПН для лечения. Согласно данным анамнеза и клинического осмотра в данном случае диагноз должен быть выставлен «пилоростеноз» и ребенок направлен на госпитализацию в хирургическое отделение.

4. Пилороспазм дифференцируют с пилоростенозом: пилороспазм манифестирует в первые дни болезни, а пилоростеноз на 2–3 недели жизни. Для пилоростеноза характерна перистальтика желудка в виде «песочных часов». При пилоростенозе можно пропальпировать привратник. При пилороспазме при рентгеноконтрастном исследовании проходимость не нарушена, а для пилоростеноза характерна задержка контраста в желудке до 24–72 ч. При пилоростенозе привратник закрыт длительно, при рентгенографии виден суженный пилорический канал. При пилороспазме привратник закрыт 15–20 мин, после открытия контрастная масса большими порциями переходит в двенадцатиперстную кишку; суженный пилорический канал виден редко.

5. Лечение заболевания только хирургическое. Если ребенок поступает в состоянии дегидратации, проводится инфузионная терапия с целью восполнения, назначается парентеральное питание. После оперативного вмешательства – период реабилитации.

#### **Задача №29.**

Дежурного врача неонатолога в 24:15 срочно вызывают в палату совместного пребывания, где мать сообщает, что ребенок посинел, кратковременно перестал дышать на фоне срыгивания. Объективно: ребенок возбужден, крик болезненный, кожные покровы розовые, акроцианоз, сатурация 96%. Голову при осмотре тянет назад, большой родничок на уровне костей свода черепа. Дыхание самостоятельное, легкое втяжение нижней апертуры, проводится по всем полям, непостоянные крепитирующие хрипы, ЧД 58 в минуту. Тоны сердца ритмичные, чуть приглушены, 158 в минуту. Живот доступен пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Отходит переходный стул. При санации ротоглотки – створоженное молоко без примеси желчи. Из анамнеза: ребенок недоношенный, родился на сроке 36 недель, с массой тела 2900 гр, длиной 48 см. Оценка по Апгар 8/8баллов. Ребенок на грудном вскармливании, мать отмечает прилив молока. Сегодня 5 день жизни, период адаптации протекал без особенностей.

#### Вопросы:

1. Чем может быть вызвано ухудшение состояния ребенка?
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести в данном случае?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Обоснуйте необходимость назначения антибактериальной терапии
5. Составьте план ведения ребенка.

#### Эталонный ответ:

1. Ухудшение состояния ребенка вызвано гипоксией на фоне аспирации молока.
2. Рентгенографию органов грудной клетки, нейросонографию, ОАК
3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с перинатальным поражением ЦНС, судорожным синдромом, пневмонией, врожденной инфекцией, метаболическими нарушениями.
4. При подтверждении диагноза пневмонии необходимо проводить антибактериальную терапию.

	<p>5. Ребенок нуждается в переводе в палату интенсивной терапии. В плане лечения антибактериальная терапия, оксигенотерапия (по показаниям), симптоматическая инфузионная терапия.</p> <p><b>Задача №30.</b></p> <p>Девочка 4000 г родилась в умеренной асфиксии. Околоплодные воды мутные, с запахом. После оказания реанимационных мероприятий и перевода в ПИТ состояние тяжелое, цианоз, исчезающий при даче 40% O<sub>2</sub>, одышка 70 в минуту, легкое втяжение межреберий при дыхании, притупление перкуторного звука в задне-нижних отделах легких, ослабленное дыхание, влажные хрипы.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте предварительный диагноз</li> <li>2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для верификации диагноза?</li> <li>3. Проведите оценку выраженности дыхательной недостаточности по шкале Downes.</li> <li>4. Каков объем мониторинга?</li> <li>5. Плановая терапия.</li> </ol> <p><u>Эталон ответа:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Врожденная пневмония.</li> <li>2. Общий анализ крови, рентгенография органов грудной клетки, биохимический анализ крови (в том числе – СРБ, прокальцитонин), анализ крови на КОС и электролиты</li> <li>3. Оценка по шкале Downes 4 балла</li> <li>4. Мониторинг SpO<sub>2</sub>, ЧД, ЧСС, АД, контроль показателей КОС в динамике, контроль диуреза.</li> <li>5. Антибактериальная терапия, инфузионная терапия, кормление сцеженным грудным молоком или адаптированной гипоаллергенной смесью; при нарастании дыхательной недостаточности – решение вопроса о необходимости ИВЛ.</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

#### 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 «НЕОНАТОЛОГИЯ»**

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование		РЗС – 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	
ОПК	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	
	7	12,18,20,35-44,55		3,5,7,9	7-24	
	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 «ПЕДИАТРИЯ»:**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<b>Б1.В.ОД.2.1 Раздел 1 «Питание детей раннего возраста»</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оценка отечественных и импортных смесей «заменителей» грудного молока. Диетотерапия белково-энергетической недостаточности. (ОПК5)</li> <li>2. Естественное вскармливание детей первого года жизни. Десять принципов успешного грудного вскармливания. Правила и техника кормления грудью. Затруднения при кормлении грудью. Пищевые продукты и прикормы. (ОПК5)</li> <li>3. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста. Причины (антенатальные и постнатальные). Патогенез. Клиника. Классификация. Лечение в зависимости от варианта и степени дистрофии. (ОПК5)</li> </ol>
<b>Б1.В.ОД.2.2 Раздел 2 «Физиология и патология детей раннего возраста»</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Рахит. Современные представления о патогенезе рахита. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Классификация. Современные подходы в лечении и профилактике рахита. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>5. Первичные иммунодефицитные состояния. Классификация. Диагностические критерии. Современные возможности коррекции иммунного статуса. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>6. Синдром рвоты и срыгиваний. Причины, клиника, принципы лечения. Постуральная терапия. Антирефлюксные смеси. (ОПК4, ОПК5)</li> <li>7. Хронические расстройства питания. Гипотрофия, паратрофия, гиповитаминозы. Диагностика, лечение, профилактика. Принципы лечебного питания. (ОПК4, ОПК5)</li> </ol>

	<p>8. Распространенные дерматозы у детей раннего возраста. Атопический дерматит: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика, прогноз. (ОПК4, ОПК5, ОПК6, ОПК8)</p> <p>9. Внебольничная пневмония у детей – этиология, клиническая картина, возрастные особенности, диагностические критерии. Показания к госпитализации детей с пневмонией. Выбор медикаментозной терапии. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>10. Нозокомиальная пневмония у детей – этиология, клиническая картина, возрастные особенности, критерии постановки диагноза. Выбор медикаментозной терапии. Показания для респираторной поддержки. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>11. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Диагностические критерии. Классификация. Ступенчатый подход к фармакотерапии. Критерии контроля бронхиальной астмы. Диспансерное наблюдение. (ОПК4, ОПК5, ОПК6)</p> <p>12. Острый ларинготрахеит у детей - этиология, клиническая картина, диагностика, возможные осложнения, медикаментозная тактика. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>13. Синдром вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы. Этиопатогенез. Классификация. Клинические варианты нарушения артериального давления. Показания и выбор фармакотерапии. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>14. Симптоматическая (вторичная) артериальная гипертензия у детей – причины, критерии диагностики, лечение. (УК1, ОПК4, ОПК5)</p> <p>15. Нарушения ритма сердца. Нарушения проведения импульса: синоатриальная блокада, атриовентрикулярная, внутрижелудочковая блокады. Диагностика. Использование препаратов с доказанной клинической эффективностью. (УК1, ОПК4, ОПК5)</p> <p>16. Нарушение сердечного ритма. Нарушение импульсообразования и эктопическая активность: синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярная диссоциация, парасистолия, синдром преждевременного возбуждения желудочков, экстрасистолии. Этиология. Диагностика. Особенности медикаментозной терапии. (УК1, ОПК4, ОПК5)</p> <p>17. Анемии у детей старшего возраста и подростков. Дифференциальный диагноз, способы коррекции анемий. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>18. Тромбоцитопатии. Роль тромбоцитов в микроциркуляторном гомеостазе. Классификация. Патогенез кровоточивости. Алгоритм сбора анамнеза для установления типа кровоточивости. Лабораторная диагностика. Клиника, диагностика и лечение болезни Виллебранда, Гланцмана, аномалии Бернара Сулье. Выбор заместительной терапии при кровотечениях. (УК1, ОПК4, ОПК5)</p> <p>19. Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение. (ОПК4, ОПК5)</p> <p>20. Нефротический синдром у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение. Прогноз нефротического синдрома. Реабилитация. (ОПК4, ОПК5, ОПК7)</p> <p>21. Инфекция мочевых путей (ИМВП) у детей. Классификация, диагностика, лечение соответственно современным клиническим рекомендациям. Профилактика и диспансерное наблюдение. (ОПК4, ОПК5, ОПК6)</p>
<p><b>Б1.В.Од.2.3 Раздел 2 «Поликлиника»</b></p>	<p>22. Понятие о группах здоровья у детей. Работа педиатра с детьми группы риска. (ОПК8, ОПК9)</p> <p>23. Демографическая ситуация в РФ. Состояние здоровья детского населения на современном этапе. Пути снижения показателей детской смертности и заболеваемости. (ОПК2, ОПК8)</p> <p>24. Часто болеющие дети. Причины заболеваемости. Современные методы оздоровления. (ОПК8)</p> <p>25. Национальный календарь профилактических прививок. Принципы «догоняющей» вакцинации. Абсолютные и относительные противопоказания к</p>

	специфической иммунопрофилактике детей, возможные побочные эффекты при применении вакцин. Вакцинация детей с хронической патологией. (ОПК8)
<b>Б1.В.ОД.2.4 Раздел 2 «Неотложные состояния»</b>	26. Судорожный синдром. Причины судорог. Клинические варианты. Неотложная помощь. Показания к срочной госпитализации. (ОПК10) 27. Гипогликемические состояния. Неотложная помощь. (ОПК10) 28. Гипертермический синдром у детей. Причины. Неотложная помощь. (ОПК10) 29. Неотложная помощь при острых аллергических реакциях (ОПК10) 30. Гипертермический синдром. Неотложная помощь. (ОПК10)

### **Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

1. Сепсис у новорожденных. Классификация. Дифференциальная диагностика сепсиса и малых форм гнойной инфекции у доношенных и недоношенных детей. Современные подходы в тактике ведения новорожденных с септическим процессом. (ОПК5)
2. Анафилактический шок. Неотложная помощь. (ОПК10)
3. Асфиксия новорожденных. Причины. Клиника. Неотложная помощь. Особенности неотложной помощи при внутренних кровотечениях. (ОПК4, ОПК10)
4. Неотложная помощь при астматическом статусе у детей и подростков. (ОПК10)
5. Клинические варианты нарушения артериального давления. Дифференциальная диагностика синдрома артериальной гипертензии. (ОПК4)
6. Клинические особенности в зависимости от локализации язвенного дефекта. Современные методы диагностики и лечения. Реабилитация и диспансерное наблюдение. (ОПК4, ОПК7)
7. Диффузные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит) Основные клинические и лабораторные критерии диагностики. Основные принципы и методы лечения. (ОПК4, ОПК5)
8. Клинико-лабораторные критерии различных вариантов декомпенсации углеводного обмена. Современные принципы диетотерапии и инсулинотерапии сахарного диабета. (ОПК4, ОПК5)
9. Острая почечная недостаточность (ОПН). Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение ОПН. (ОПК4, ОПК10)
10. Особенности медикаментозной терапии при нарушениях сердечного ритма. (ОПК5)
11. Показания к электроимпульсной терапии, хирургическому лечению. (ОПК5)
12. Гипертермический синдром у детей. Неотложная помощь. (ОПК10)
13. Аденогенитальный синдром, его формы. Клиника. Лабораторная диагностика. Неонатальный скрининг. (ОПК4)
14. Современные лабораторно-инструментальные методы диагностики нефритов. Особенности медикаментозного лечения. (ОПК4, ОПК5)
15. Коматозные состояния при сахарном диабете. Дифференциальная диагностика. Неотложная терапия. (ОПК10)
16. Острая и хроническая недостаточность кровообращения (левожелудочковая, правожелудочковая). Диагностика. Современные принципы лечения. (ОПК4, ОПК5)
17. Острые лейкозы. Современные представления об этиологии и патогенезе. Классификация. (УК1)
18. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Критерии диагноза. Классификация. (УК1, ОПК4)
19. Современные представления о патогенезе рахита. Диагностика и дифференциальная диагностика. Классификация. Современные подходы в лечении и профилактике рахита. (УК1, ОПК4, ОПК5, ОПК8)

20. Гемолитическая болезнь новорожденных. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. (ОПК4)

**Банк тестовых заданий (с ответами)**

<p><b>Б1.В.ОД.2.1 Раздел 1 «Питание детей раннего возраста»</b></p>	<p>1 Искусственное вскармливание ребенка первого года жизни тяжелой формой атопического дерматита целесообразно проводить (ОПК5)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. высоко гидролизованными смесями.</li> <li>2. адаптированными смесями на основе коровьего молока;</li> <li>3. соевыми смесями;</li> <li>4. смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки;</li> <li>5. кисломолочными смесями;</li> </ol> <p>2 Грудное вскармливание недоношенных детей невозможно при наличии (ОПК5)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. постконцептуального возраста менее 32 недель</li> <li>2. центрального венозного катетера</li> <li>3. постконцептуального возраста 34 недели</li> <li>4. потребности в фототерапии</li> </ol> <p>3 Для приготовления пищи при глютен – индуцированной целиакии рекомендуется использовать: (ОПК5)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. кукурузную муку.</li> <li>2. пшеничную муку;</li> <li>3. ржаную муку;</li> <li>4. овсяные хлопья;</li> <li>5. манную крупу.</li> </ol>
<p><b>Б1.В.ОД.2.2 Раздел 2 «Физиология и патология детей раннего возраста»</b></p>	<p>4. Практически не встречается в раннем детском возрасте: (УК1)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. лобарная пневмония;</li> <li>2. бронхопневмония;</li> <li>3. аспирационная пневмония;</li> <li>4. абсцедирующая пневмония;</li> <li>5. пневмоцистная пневмония.</li> </ol> <p>5. Из перечисленных признаков не характерен для муковисцидоза: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гипернатриемия;</li> <li>2. полифекалия;</li> <li>3. мекониальный илеус;</li> <li>4. стеаторея;</li> <li>5. ателектазы.</li> </ol> <p>6. Наследственные нарушения обмена веществ передаются по следующему типу наследования: (УК1)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. по аутосомно-рецессивному</li> <li>2. по аутосомно-доминантному</li> <li>3. по доминантному, сцепленному с X-хромосомой</li> <li>4. по рецессивному, сцепленному с X-хромосомой</li> </ol> <p>7. При фенилкетонурии доминирует: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. неврологическая симптоматика;</li> <li>2. поражение кишечника и нарастающая гипотрофия;</li> <li>3. депрессия гемопоэза;</li> <li>4. экзема и альбинизм;</li> <li>5. нефропатия.</li> </ol> <p>8. К клиническим формам ДЦП относится: (УК1)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гипотонически-гиперкинетическая</li> <li>2. гипертонически-гиперкинетическая</li> <li>3. гемиплегическая</li> </ol> <p>9. Лечить косопласть необходимо обязательно с возраста: (ОПК5) первых дней жизни;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 6-ти месяцев;</li> <li>2. 1 года;</li> <li>3. 3-х лет;</li> <li>4. 5-ти лет.</li> </ol> <p>10. Проявления атопического дерматита чаще всего начинаются: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 с 3-месячного возраста;</li> <li>2 с рождения;</li> <li>3 после года;</li> </ol>

	<p>4 в дошкольном возрасте; 5 в школьном возрасте.</p> <p>11. Ослабленное дыхание при аускультации легких определяется при (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Пневмонии</li> <li>2 Обструктивном бронхите</li> <li>3 Ларингите</li> <li>4 Ринофарингите</li> </ol> <p>12. Решающее значение в диагностике пневмонии у детей имеет (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Рентгенография легких</li> <li>2 Общий анализ крови</li> <li>3 Посев мокроты</li> <li>4 Общий анализ мочи</li> </ol> <p>13. К врожденным порокам сердца, которые лечат, оперативно в первые годы жизни ребенка, обычно не относится: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. открытое овальное окно;</li> <li>2. открытый артериальный проток;</li> <li>3. коарктация аорты;</li> <li>4. транспозиция крупных сосудов;</li> <li>5. тетрада Фалло.</li> </ol> <p>14. К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности не относится: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гиперемия кожи;</li> <li>2. бледность кожных покровов;</li> <li>3. нитевидный пульс;</li> <li>4. падение артериального давления;</li> <li>5. одышка.</li> </ol> <p>15. Не является причиной гипохромной анемии: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гемолиз;</li> <li>2. дефицит железа;</li> <li>3. нарушение порфиринового обмена;</li> <li>4. нарушение структуры цепей глобина;</li> <li>5. свинцовая интоксикация.</li> </ol> <p>16. Спленомегалия не характерна для: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ветряной оспы</li> <li>2. инфекционного мононуклеоза;</li> <li>3. болезни кошачьих царапин;</li> <li>4. цитомегалии;</li> <li>5. токсоплазмоза.</li> </ol> <p>17. Высокий риск развития патологии пищевода при: (УК1)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. недостаточности эзофагокардиального отдела;</li> <li>2. спастическом запоре;</li> <li>3. гепатите;</li> <li>4. дисфункции билиарного тракта;</li> <li>5. панкреатите.</li> </ol> <p>18. Среди осложнений при упорной рвоте не наблюдается: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. полиурии;</li> <li>2. нарушений электролитного обмена;</li> <li>3. алкалоза;</li> <li>4. эксикоза;</li> <li>5. кетоацидоза.</li> </ol> <p>19. Паренхиматозная желтуха не наблюдается при: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. болезни Минковского — Шоффара;</li> <li>2. вирусном гепатите;</li> <li>3. раке печени;</li> <li>4. циррозе печени;</li> <li>5. всех перечисленных заболеваниях.</li> <li>6. копрограмма.</li> </ol> <p>20. При подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки не следует проводить: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. дуоденальное зондирование;</li> <li>2. исследование кала на скрытую кровь;</li> <li>3. эзофагогастродуоденоскопию;</li> </ol>
--	--

	<p>4. биохимический анализ крови; 5. клинический анализ крови.</p> <p>21. Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. кровотечение;</li> <li>2. перфорация;</li> <li>3. пенетрация в поджелудочную железу;</li> <li>4. малигнизация;</li> <li>5. непроходимость.</li> </ol> <p>22. Концентрационную функцию почек не характеризует (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. белок и белковые фракции</li> <li>2. проба Зимницкого</li> <li>3. относительная плотность мочи</li> <li>4. осмолярность мочи</li> <li>5. электролиты крови</li> </ol> <p>23. Для почечной гипертензии характерны следующие изменения артериального давления (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. более значимое повышение диастолического давления</li> <li>2. равномерное повышение систолического и диастолического</li> <li>3. повышение систолического и снижение диастолического</li> </ol> <p>повышение диастолического и снижение систолического</p> <p>24. Основная причины развития ХБП у детей (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. обструктивные нефропатии</li> <li>2. хронический гломерулонефрит</li> <li>3. хронический пиелонефрит</li> <li>4. поликистоз почек дисплазия почек</li> </ol>
<p><b>Б1.В.ОД.2.3 Раздел 2 «Поликлиника»</b></p>	<p>25. Уровень резистентности организма ребенка определяется: (ОПК8)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. кратностью острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру;</li> <li>2. кратностью острых респираторных заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру;</li> <li>3. тяжестью острых заболеваний;</li> <li>4. длительностью и тяжестью заболеваний;</li> <li>5. числом обострений хронических заболеваний.</li> </ol> <p>26. Специальные занятия гимнастикой и массаж здоровому ребенку необходимо проводить: (ОПК8)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. с полутора месяцев;</li> <li>2. с рождения;</li> <li>3. не нужны;</li> <li>4. с 2-х месяцев;</li> <li>5. с 6 месяцев.</li> </ol> <p>27. Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему острое респираторное заболевание можно разрешить после выздоровления не ранее, чем через: (ОПК8)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 недели;</li> <li>2. 1 месяц;</li> <li>3. 2 месяца;</li> <li>4. 3 месяца;</li> <li>5. 3,5 месяца.</li> </ol> <p>28. Разрешить проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему инфекционный гепатит можно после выздоровления не ранее чем через: (ОПК6)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 месяц;</li> <li>2. 2 месяца;</li> <li>3. 3 месяца;</li> <li>5. 5 месяцев;</li> <li>4. 12 месяцев.</li> </ol> <p>29. Ребенка в возрасте 2-х лет можно считать часто болеющим, если: (ОПК6)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. острые респираторные заболевания отмечались 6 раз.</li> <li>2. острые заболевания в течение второго года жизни отмечались 7 раз;</li> </ol>

	<p>3 обострения бронхиальной астмы наблюдались два раза в год и острые заболевания также два раза в год;</p> <p>4 на фоне рахита в стадии реконвалесценции отмечались острые заболевания три раза в течение 2-го года жизни;</p> <p>5 у него имеется хронический отит с обострениями 3 раза в год.</p> <p>30. Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации со сниженными функциональными возможностями относятся к группе здоровья: (ОПК6)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 четвертой;</li> <li>2 первой;</li> <li>3 второй;</li> <li>4 третьей;</li> <li>5 пятой.</li> </ol> <p>31. У мальчиков первым пубертатным изменением является: (ОПК4)</p> <p>мутация голоса;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 увеличение щитовидного хряща;</li> <li>2 оволосение лобка;</li> <li>3 оволосение лица;</li> <li>4 оволосение подмышечных впадин.</li> </ol> <p>32. Средняя длительность полового созревания составляет: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5 лет;</li> <li>1 3 года;</li> <li>6 лет;</li> <li>2 10 лет;</li> <li>3 11 лет.</li> </ol> <p>33. Максимальный уровень общей заболеваемости детей в РФ регистрируется в возрасте: (ОПК2)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 3-4 года;</li> <li>2 до 1 года;</li> <li>3 1-2 года;</li> <li>4 5-6 лет;</li> <li>5 7-9 лет.</li> </ol>
<p><b>Б1.В.ОД.2.4 Раздел 2 «Неотложные состояния»</b></p>	<p>34. Из перечисленных клинических признаков для клеточной дегидратации наиболее характерен: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. жажда;</li> <li>2. мышечная гипотрофия;</li> <li>3. судороги;</li> <li>4. отеки;</li> <li>5. повышение артериального давления.</li> </ol> <p>35. Развитию гипокальциемического судорожного синдрома способствует: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гиповентиляция.</li> <li>2. ацидоз;</li> <li>3. алкалоз;</li> <li>4. гиперкалиемия;</li> <li>5. гипопротейнемия;</li> </ol> <p>36. Для синдрома внезапной смерти у детей характерно: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. семейная предрасположенность к внезапной смерти.</li> <li>2. синдром чаще встречается у детей старше 3 лет;</li> <li>3. смерть наступает в дневной период бодрствования ребенка;</li> <li>4. всегда обнаруживают конкретную причину смерти;</li> <li>5. всегда имеются клиничко-морфологические признаки незрелости;</li> </ol> <p>37. Ребенок 2 лет. Тяжелое состояние, температура 39 С, сомнолентность, ригидность мышц затылка и небольшие кожные кровоизлияния. В ликворе 600 клеток, почти все гранулоциты, сахар снижен, белок повышен. Наиболее вероятный возбудитель менингита: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. менингококк;</li> <li>2. пневмококк;</li> <li>3. микобактерия туберкулеза;</li> <li>4. вирус кори;</li> <li>5. вирусы группы Коксаки.</li> </ol> <p>38. Цианоз слизистых и кожных покровов нарастает при беспокойстве у детей с перечисленными заболеваниями, кроме: (ОПК4)</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. метгемоглобинемии;</li> <li>2. врожденного порока сердца;</li> <li>3. пневмонии;</li> <li>4. ателектаза;</li> <li>5. крупа.</li> </ol> <p>39. Появление геморрагической сыпи у ребенка с сепсисом обусловлено в большей степени: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. развитием ангиитов и тромбоваскулитов</li> <li>2. сенсibilизацией организма</li> <li>3. нерациональной антибиотикотерапией</li> <li>4. повышенной ломкостью сосудов</li> </ol> <p>40. К открытой черепно-мозговой травме относится травма (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. с повреждением апоневроза</li> <li>2. с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза</li> <li>3. с переломом костей свода черепа</li> <li>4. с переломом костей основания черепа без ликвореи</li> <li>5. все перечисленное</li> </ol> <p>41. Какой симптом не характерен для сотрясения мозга (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. афазия</li> <li>2. утрата сознания</li> <li>3. рвота</li> <li>4. головокружение</li> <li>5. головная боль</li> </ol> <p>42. Основная задача начального этапа инфузионной терапии при большинстве патологических состояний заключается в: (ОПК5)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. восстановление объема циркулирующей плазмы;</li> <li>2. восстановление объема экстрацеллюлярной жидкости;</li> <li>3. дезинтоксикация;</li> <li>4. восстановление объема циркулирующих эритроцитов;</li> <li>5. устранение дефицита калия.</li> </ol> <p>43. Оптимальным раствором для обеспечения организма ионами калия является: (ОПК5)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. смесь 20% раствора глюкозы и 7,5% раствора хлорида калия;</li> <li>2. 0,3 % раствор хлорида калия;</li> <li>3. 1% раствор хлорида калия;</li> <li>4. раствор фосфата калия;</li> <li>5. 10% раствора хлористого калия.</li> </ol> <p>44. Оптимальным раствором для замещения потерь жидкости из желудочно-кишечного тракта на начальном этапе инфузионной терапии при кишечных инфекциях является: (ОПК5)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. раствор Рингера;</li> <li>2. 7% раствор хлорида натрия;</li> <li>3. 0,9% раствор хлорида натрия;</li> <li>4. маннитол;</li> <li>5. рефортан.</li> </ol> <p>45. Мальчик 6 лет, вялый, бледный, распространенные отеки. Врач скорой помощи должен выяснить: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сколько выделяет мочи;</li> <li>2. снижен ли аппетит;</li> <li>3. контакты с корью;</li> <li>4. какие перенес детские инфекции;</li> <li>5. какая температура в течение последней недели.</li> </ol> <p>46. Нормальное АД при травматическом шоке у детей поддерживается в результате всего перечисленного, кроме: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. перераспределения крови;</li> <li>2. сосудистого спазма;</li> <li>3. гиперфункции симпатического отдела ЦНС;</li> <li>4. снижения температуры;</li> <li>5. интенсификации работы сердца.</li> </ol> <p>47. При отравлении бледной поганкой развивается: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. острая печеночная недостаточность;</li> <li>2. судорожный синдром;</li> </ol>
--	--



	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. отек легких;</li> <li>4. острая почечная недостаточность;</li> <li>5. геморрагический синдром.</li> </ol> <p>48. Наиболее частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. энцефалитические реакции при вирусных инфекциях;</li> <li>2. гнойный менингит;</li> <li>3. острое отравление;</li> <li>4. эпилепсия;</li> <li>5. травма головного мозга.</li> </ol> <p>49. У мальчика 5 лет утомляемость, усиление пульсации левого желудочка, дрожание во 2-ом межреберье, на ЭКГ перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме - гиперволемиа малого круга, увеличение левого желудочка. Ваш предварительный диагноз: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. открытый артериальный проток;</li> <li>2. стеноз легочной артерии;</li> <li>3. дефект межжелудочковой перегородки;</li> <li>4. субаортальный стеноз;</li> <li>5. коарктация аорты.</li> </ol> <p>50. При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются все перечисленные признаки, за исключением: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. судорог;</li> <li>2. одышки и непереносимости физической нагрузки;</li> <li>3. повторных пневмоний;</li> <li>4. акцента второго тона на легочной артерии;</li> <li>5. тахикардии.</li> </ol> <p>51. Препаратом выбора для купирования приступа одышки у ребенка 8 лет, страдающим бронхиальной астмой: (ОПК5)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сальбутамол;</li> <li>2. аминофиллин;</li> <li>3. ипратропия бромид;</li> <li>4. будесонид;</li> <li>5. преднизолон.</li> </ol> <p>52. Инвагинация чаще встречается в возрасте: (ОПК4)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. до 2-х лет;</li> <li>2. у новорожденных;</li> <li>3. в школьном возрасте;</li> <li>4. у подростков;</li> <li>5. до 7 лет.</li> </ol>
--	---

### Банк ситуационных клинических задач:

<p><b>Б1.В.ОД.2.1 Раздел 1 «Питание детей раннего возраста»</b></p>	<p><b>Задача 1 (ОПК5)</b> Ребенок И., 11 месяцев (искусственное вскармливание с 6 месяцев, получает прикорм с 8 месяцев), наблюдается с 3-месячного возраста у педиатра, аллерголога и гастроэнтеролога с диагнозом «Атопический дерматит, распространенная форма, тяжелое течение». Вопросы: составьте план питания ребенка с учетом его возраста и тяжести заболевания.</p> <p><b>Задача 2 (ОПК4, ОПК5)</b> Мать 3,5-месячного ребенка обратилась к участковому врачу за советом, как правильно организовать питание ребенка. При контрольном взвешивании до и после кормления оказалось, что он высосал за одно кормление в пределах 100 мл грудного молока, т. е. за сутки ребенок получает 600 мл. Мать кормит ребенка 6 раз в день. Масса при рождении 3200 г. В настоящее время - 5100 г. Вопросы: 1. Соответствует ли масса ребенка должествующей? 2. Определите суточный объем и количество пищи на одно кормление. 3. Какая потребность в белках, жирах, углеводах при данном способе вскармливания?</p>
---	--

**Б1.В.ОД.2.2 Раздел 2  
«Физиология и  
патология детей  
раннего возраста»**

**Задача 3 (ОПК4, ОПК5, ОПК6)**

Мальчик С., 2 года, на приеме у гастроэнтеролога с жалобами матери на недостаточную прибавку ребенка в весе, задержку физического развития, полифекалию, сниженный аппетит. Анамнез заболевания: с 6-месячного возраста у ребенка появилась плаксивость, вялость, которая иногда сменялась беспокойством. С этого же времени участился стул, замедлилась прибавка массы тела, появилась мышечная гипотония. После введения печенья в 8 месяцев отмечено резкое ухудшение состояния: появилась полифекалия, признаки рахита, частичный регресс приобретенных навыков. Объективно: состояние ребенка тяжелое. Вес 11,9 кг, рост 89 см. выражены бледность и сухость кожных покровов, костные деформации, мышечная гипотония. Со стороны легочной и сердечно-сосудистой систем патологических отклонений не выявлено. Живот увеличен в размерах, вздут, при глубокой пальпации отмечается «урчание» по ходу кишечника. Стул 4-5 раз в сутки, зловонный, полифекалия.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения. Прогноз для выздоровления и жизни.

**Задача 4. (ОПК4, ОПК5)**

Больной, 4 года. Жалобы на приеме: подъем температуры до 38°C в течение 3-х дней, снижается на фоне приема парацетамола, кашель сухой, снижение аппетита, вялость, слабость, головокружение, боль в правом подреберье.

Из анамнеза: посещает детский сад, занимается плаванием. В семье больных нет.

При осмотре: ребенок вялый, температура 38,20С. Дыхание шумное. Катаральных изменений нет. Носовое дыхание свободное. Кашель малопродуктивный. ЧД - 38 в 1 мин. Кожа бледная. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. В легких дыхание проводится по всем полям, жесткое.

Выслушиваются сухие рассеянные хрипы, ослабление дыхания справа в подлопаточной области. Перкуторно - притупление легочного звука справа по задней поверхности под углом лопатки. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: эр. - 4,8 x 10<sup>12</sup>/л, Нв - 120 г/л, лейкоц. - 15,2 x 10<sup>9</sup>/л, э - 2%, с - 65%, п - 10%, л - 20%, м - 5%, СОЭ - 20 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику ведения больного.
3. Какие дополнительные исследования должны быть проведены?
4. Предположите этиологический фактор заболевания.

**Задача 5. (ОПК4, ОПК5, ОПК10)**

Мальчик 10 лет поступил в больницу с жалобами на головную боль, тошноту, вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Раннее развитие без особенностей; до года страдал атопическим дерматитом, после года часто болел ОРВИ, трижды – ангинами. Три недели назад перенес ангину, неделю назад выписан в школу. В течение последних двух дней появились головная боль, тошнота, потеря аппетита, стал мало мочиться, моча была темно-коричневого цвета, мутная. В связи с этими жалобами направлен на госпитализацию. При осмотре ребенок бледный, вялый, жалуется на головную боль. Отмечаются одутловатость лица, отеки на голенях. АД 145/90 мм.рт. ст. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии расширены влево. Тоны приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 58/ в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +2,5 см, край мягкий. За сутки выделили 300 мл мочи; моча красно-коричневого цвета, мутная. Общий анализ мочи: относительная плотность 1024, белок 1,5 г/л, эритроциты-измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты –4-6 в поле зрения. Посев мочи – результат отрицательный. Клинический анализ крови: Нв - 105 г/л; лейкоц. - 9,2x10<sup>9</sup>, п/я - 7%, с/я - 71%, эоз. - 1%, лимф. - 18%, мон. - 3%, тромб. - 530x10<sup>9</sup>,

СОЭ 25 мм/час Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, мочевины 15 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л, АСЛ:О 1:1000, калий 5,1 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л. УЗИ почек - почки увеличены в размерах, контуры ровные, топка обычная. Дифференцировка слоев паренхимы нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена. Чашечно-лоханочная система без деформаций.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый диагноз.
2. Как Вы оцениваете функцию почек у больного?
3. Составьте план обследования.
4. Ваша тактика лечения? Показано ли проведение инфузионной терапии?
5. Каков прогноз заболевания?

**Задача 6. (ОПК4, ОПК5, ОПК7)**

Девочка 8 лет, поступила в больницу с жалобами на боли в поясничной области и учащенное мочеиспускание. Данные анамнеза: ребенок от I-й беременности, родился в срок. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. Часто болеет ОРВИ. Из дополнительного анамнеза известно, что девочку периодически беспокоят боли в животе; часто на этом фоне повышается температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание. Данные объективного осмотра: при поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, температура 38°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие. Частота сердечных сокращений 88 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Данные проведенного обследования: Общий анализ крови: Нв – 114 г/л, эр – 4,5x10<sup>12</sup>/л, лейкоц. – 18,5x10<sup>9</sup> /л, п/я – 10%, с – 70%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 30 мм/час. Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок 0,06 г/л, лейкоциты – сплошь в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения, бактерии – много.

УЗИ МВС: почки расположены правильно, размеры левой почки больше нормы. Чашеч-но-лоханочная система расширена с обеих сторон, D – 7 мм, S – 8 мм. Подозрение на удвоение левой почки. Мочевой пузырь не наполнен.

Вопросы:

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

**Задача 7. (ОПК4, ОПК5)**

Девочка Н., 9 лет, поступила с жалобами на боли в верхней половине живота вскоре после приема пищи (сразу или через 10 - 15 минут), иногда сильные, иногда умеренные, но кратковременные. Периодически возникает отрыжка воздухом, пищей или "тухлым", имеется неприятный запах изо рта, отмечается урчание в животе, неустойчивый стул, изредка беспокоит тошнота. Ребенок болен в течение 3-х лет. Лечилась только амбулаторно с временным эффектом.

Объективно: девочка пониженного питания, с суховатыми бледно-серыми кожными покровами. Язык обложен беловатым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпации отмечается болезненность по всей поверхности эпигастрия, с иррадиацией в левое и правое подреберья. Поколачивание в эпигастрии болезненно, вызывает даже тошноту. Проведено обследование: в общем анализе крови - Эр - 3,8x10<sup>12</sup>/л, Нв - 98 г/л. Общий анализ мочи без патологии.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие должны быть проведены дополнительные исследования для уточнения диагноза?
3. Назовите принципы терапии заболевания.

**Задача 8. (ОПК4, ОПК5)**

	<p>Больная И., 12 лет. Заболевание началось с озноба, резкой общей слабости, повышения температуры тела до 38°C, головной боли, схваткообразных болей в животе, тошноты, рвоты, затем присоединился жидкий обильный водянистый стул до 6 раз за 1-е сутки болезни. На 2-й и 3-й день болезни рвота не повторялась, стул стал скудный с прожилками слизи и крови. Частота стула до 20 раз за сутки. Объективные данные на 5-й день болезни: Состояние тяжелое. Температура тела 39,0°C. Дыхание в легких жесткое, ЧДД 29 в мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС 128 в мин. При пальпации живота - болезненность, урчание, спазмированность толстого отдела кишечника, преимущественно в области сигмовидной кишки. Стул скудный, бескаловый, слизисто-кровянистый, по типу «ректального плевка». Диурез снижен.</p> <p>Эпиданамнез: Накануне заболевания ела домашнюю сметану, купленную на рынке.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз и его обоснование</li> <li>2. Специфическая диагностика</li> <li>3. Лечение</li> </ol> <p><b>Задача 9. (ОПК4, ОПК5)</b></p> <p>Больная Л., 16 лет, обратилась к врачу в связи с потемнением мочи и пожелтением склер. Заболела 6 дней назад: повысилась температура тела до 38,0°C, появились озноб и тошнота. В последующие дни температура тела нормализовалась, но исчез аппетит, беспокоила слабость. Объективно: состояние удовлетворительное. Умеренно выраженная желтушность склер и кожи. Печень эластичной консистенции, выступает на 2 см из-под реберной дуги. Моча коричневого цвета, кал светло-желтой окраски.</p> <p>Эпиданамнез: Младшая сестра больной находится в инфекционном отделении с желтухой.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз и его обоснование</li> <li>2. Специфическая диагностика</li> <li>3. Лечение</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 «ПЕДИАТРИЯ»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
<b>УК</b>	<b>1</b>	4,6,8,17		17-19	14-16, 18
<b>ОПК</b>	<b>2</b>	33			23
	<b>4</b>	5,7,10-16, 18-24, 31,32,34-41,45, 46-50,52	2-9	3,5-9,13,14,16,18-20	4-21
	<b>5</b>	1-3,9,42-44,51	1-9	1,7,8,10,11,14,16,19	1-21,
	<b>6</b>	28-30	3		8,11,21
	<b>7</b>		6	6	20
	<b>8</b>	25-27		19	8,22-25
	<b>9</b>				22
	<b>10</b>		5	2-4,9,12,15	26-30