

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Фонд оценочных средств

по дисциплине **ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ**

Специальность **31.05.02 Педиатрия**

1. Форма промежуточной аттестации: экзамен.

2. Вид промежуточной аттестации: тестовый контроль (компьютерный), решение ситуационных задач.

Тестовый контроль: зачтено/не зачтено.

Окончательная оценка выставляется по результатам решения ситуационных задач.

3. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина

Код компетенции	Содержание компетенций (результаты освоения ООП)	Содержание элементов компетенций, в реализации которых участвует дисциплина
ОПК-5	Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок: в разделах 1, 2, 3
ОПК-6	Готовность к ведению медицинской документации	Готов к ведению медицинской документации: в разделах 1, 2, 3
ОПК-8	Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач	Готов к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций: в разделах 1, 2, 3
ОПК-9	Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	Способен к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека: в разделах 1, 2, 3
ОПК-11	Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Готов к применению медицинских изделий: в разделах 1, 2, 3
ПК-5	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	Готов к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований: в разделах 1, 2, 3
ПК-6	Способность к определению - у пациентов основных, патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой	Способен к определению - у пациентов основных, патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей

	43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.	Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.: в разделах 1, 2, 3
ПК-8	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	Способен к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами: в разделах 1, 2, 3
ПК-9	Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Готов к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара: в разделах 1, 2, 3
ПК-11	Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Готов к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства: в разделах 1, 2, 3

4. Этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы 31.05.02 Педиатрия

Компетенция	Дисциплины	Семестр
ОПК-5	Медицинская реабилитация	8
	Дерматовенералогия	10
	Неврология, детская неврология	7, 8
	Психиатрия, медицинская психология	10
	Оториноларингология	8
	Офтальмология	7
	Судебная медицина	11
	Акушерство и гинекология	7, 8, 9, 10
	Пропедевтика детских болезней	5, 6
	Факультетская терапия	6, 7
	Госпитальная терапия	8, 9
	Инфекционные болезни	9
	Поликлиническая и неотложная педиатрия	9, 10, 11, 12
	Общая хирургия	4, 5
	Урология	7
	Детская хирургия	9, 10, 11, 12
	Онкология, лучевая терапия	12
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7, 8, 9, 10
	Инфекционные болезни у детей	11, 12
	Паллиативная медицинская помощь детям	12
Орфанные заболевания у детей	7	
Общий уход за больными детьми	1, 2	
ОПК-6	Общественное здоровье и здравоохранение	7,8
	Медицинская реабилитация	8

	Дерматовенералогия	10
	Неврология, детская неврология	7, 8
	Психиатрия, медицинская психология	10
	Оториноларингология	8
	Офтальмология	7
	Судебная медицина	11
	Акушерство и гинекология	7, 8, 9, 10
	Детская гинекология	
	Пропедевтика детских болезней	5, 6
	Факультетская терапия	6,7
	Госпитальная терапия	8,9
	Инфекционные болезни	9
	Поликлиническая и неотложная педиатрия	9,10,11,12
	Общая хирургия	4,5
	Урология	7
	Онкология, лучевая терапия	12
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7,8,9,10
	Инфекционные болезни у детей	11,12
	Паллиативная медицинская помощь детям	12
	Орфанные заболевания у детей	7
	Общий уход за больными детьми	12
ОПК-8	Фармакология	5,6
	Медицинская реабилитация	8
	Клиническая фармакология	11
	Дерматовенералогия	10
	Неврология, детская неврология	7,8
	Психиатрия, медицинская психология	10
	Оториноларингология	8
	Офтальмология	7
	Судебная медицина	11
	Акушерство и гинекология	7,8,9,10
	Детская гинекология	9
	Факультетская терапия	6,7
	Госпитальная терапия	8,9
	Инфекционные болезни	9
	Поликлиническая и неотложная педиатрия	9,10,11,12
	Общая хирургия	4,5
	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия	12
	Урология	7
	Детская хирургия	9,10,11,12
	Онкология, лучевая терапия	12
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7,8,9,10
	Инфекционные болезни у детей	11,12
	ВПХ, ВПТ	7
	Паллиативная медицинская помощь	12

	детям	
	Орфанные заболевания у детей	7
	Общий уход за больными детьми	1,2
ОПК-9	Анатомия	1,2,3
	Топографическая анатомия и оперативная хирургия	6,7
	Гистология, эмбриология, цитология	1,2,3
	Микробиология, вирусология	4,5
	Иммунология	6
	Фармакология	5,6
	Патологическая анатомия	5,6
	Клиническая патологическая анатомия	10
	Патофизиология	5,6
	Дерматовенерология	10
	Неврология, детская неврология	7,8
	Психиатрия, медицинская психология	10
	Оториноларингология	8
	Офтальмология	7
	Судебная медицина	11
	Акушерство и гинекология	7,8,9,10
	Пропедевтика внутренних болезней	4,5
	Пропедевтика детских болезней	5,6
	Факультетская терапия	6,7
	Госпитальная терапия	8,9
	Поликлиническая и неотложная педиатрия	9,10,11,12
	Общая хирургия	4,5
	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия	12
	Урология	7
	Детская хирургия	9,10,11,12
	Онкология, лучевая терапия	12
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7,8,9,10
	Инфекционные болезни у детей	11,12
	Фундаментальная медицина	-
	Паллиативная медицинская помощь детям	12
ОПК-11	Медицинская реабилитация	8
	Дерматовенерология	10
	Неврология, детская неврология	7,8
	Психиатрия, медицинская психология	10
	Оториноларингология	8
	Офтальмология	7
	Акушерство и гинекология	7,8,9,10
	Детская гинекология	9
	Факультетская терапия	6,7
	Госпитальная терапия	8,9
	Поликлиническая и неотложная педиатрия	9,10,11,12
	Общая хирургия	4,5

	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия	12
	Урология	7
	Детская хирургия	9,10
	Онкология, лучевая терапия	12
	Травматология, ортопедия	9
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7,8,9,10
	Инфекционные болезни у детей	11,12
	ВПХ, ВПТ	7
	Паллиативная медицинская помощь детям	12
	Орфанные заболевания у детей	7
	Общий уход за больными детьми	1,2
ПК-5	Клиническая патологическая анатомия	10
	Медицинская реабилитация	8
	Дерматовенерология	10
	Неврология, детская неврология	7,8
	Психиатрия, медицинская психология	10
	Оториноларингология	8
	Офтальмология	7
	Судебная медицина	11
	Акушерство и гинекология	7,8,9,10
	Детская гинекология	9
	Госпитальная хирургия	8,9
	Пропедевтика внутренних болезней	5
	Лучевая диагностика	4
	Пропедевтика детских болезней	5,6
	Факультетская терапия	6,7
	Госпитальная терапия	8,9
	Инфекционные болезни	9
	Фтизиатрия	9
	Поликлиническая и неотложная педиатрия	9,10,11,12
	Общая хирургия	4,5
	Факультетская хирургия	6,7
	Урология	7
	Детская хирургия	9,10,11,12
	Стоматология	10
	Онкология, лучевая терапия	12
	Травматология, ортопедия	9
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7,8,9,10
	Инфекционные болезни у детей	11,12
	ВПХ, ВПТ	7
	Паллиативная медицинская помощь детям	12
	Орфанные заболевания у детей	7
	ПК-6	Медицинская реабилитация
Дерматовенерология		10
Неврология, детская неврология		7,8

	Психиатрия, медицинская психология	10
	Оториноларингология	8
	Офтальмология	7
	Судебная медицина	11
	Акушерство и гинекология	7,8,9,10
	Детская гинекология	9
	Госпитальная хирургия	8,9
	Пропедевтика внутренних болезней	5
	Лучевая диагностика	4
	Пропедевтика детских болезней	5,6
	Факультетская терапия	6,7
	Профессиональные болезни	7
	Госпитальная терапия	8,9
	Инфекционные болезни	9
	Фтизиатрия	9
	Поликлиническая и неотложная педиатрия	9,10,11,12
	Общая хирургия	4,5
	Факультетская хирургия	6,7
	Урология	7
	Детская хирургия	9,10,11,12
	Онкология, лучевая терапия	12
	Травматология, ортопедия	9
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7,8,9,10
	Инфекционные болезни у детей	11,12
	Паллиативная медицинская помощь детям	12
	Орфанные заболевания у детей	7
ПК-8	Медицинская реабилитация	8
	Дерматовенерология	10
	Неврология, детская неврология	7,8
	Психиатрия, медицинская психология	10
	Оториноларингология	8
	Офтальмология	7
	Судебная медицина	11
	Акушерство и гинекология	7,8,9,10
	Детская гинекология	9
	Госпитальная хирургия	8,9
	Пропедевтика внутренних болезней	5
	Факультетская терапия	6,7
	Госпитальная терапия	8,9
	Инфекционные болезни	9
	Фтизиатрия	9
	Поликлиническая и неотложная педиатрия	9,10,11,12
	Общая хирургия	4,5
	Факультетская хирургия	6,7
	Урология	7
	Детская хирургия	9,10,11,12
Онкология, лучевая терапия	12	

	Травматология, ортопедия	9
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7,8,9,10
	Инфекционные болезни у детей	11,12
	ВПХ, ВПТ	7
	Паллиативная медицинская помощь детям	12
	Орфанные заболевания у детей	7
ПК-9	Акушерство и гинекология	7,8,9,10
	Детская гинекология	9
	Госпитальная хирургия	8,9
	Госпитальная терапия	8,9
	Поликлиническая и неотложная педиатрия	9,10,11,12
ПК-11	Поликлиническая и неотложная педиатрия	9,10,11,12
	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия	12
	Детская хирургия	9,10,11,12
	Инфекционные болезни у детей	11,12
	Паллиативная медицинская помощь детям	12

5. Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины «Госпитальная педиатрия»

Разделы дисциплины	Коды формируемых компетенций									
	ОПК - 5	ОПК - 6	ОПК - 8	ОПК - 9	ОПК - 11	ПК-5	ПК-6	ПК-8	ПК-9	ПК-11
Семестр 11, 12										
Раздел 1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Раздел 2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Раздел 3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

6. Текущий контроль

1. Наиболее распространенной мутацией гена CFTR (трансмембранного регулятора муковисцидоза) в России является:

- A) W1282 X
- B) N1303K
- C) 2143 del T
- D) del F 508

ANSWER: D

2. Большое количество нейтрального жира и его преобладание над жирными кислотами в копрограмме обнаруживается при:

- A) лактазной недостаточности
- B) муковисцидозе
- C) при экссудативной энтеропатии
- D) все ответы правильные

ANSWER: B

3. Синдром мальабсорбции определяется как:

- A) комплекс расстройств, связанный с нарушением всасывания в тонкой кишке белков, жиров, углеводов
- B) комплекс расстройств, связанный с нарушением всасывания в толстой кишке нутриентов, витаминов и микроэлементов.
- C) комплекс расстройств, связанный с нарушением всасывания в тонкой кишке нутриентов, витаминов и микроэлементов
- D) комплекс расстройств, связанный с нарушением всасывания в толстой кишке белков, жиров, углеводов

ANSWER: C

4. Функции тонкой кишки все, кроме:

- A) пищеварительная
- B) всасывательная
- C) экскреторная и секреторная,
- D) «эндокринная» (клетки APUD-системы)
- E) выделительная
- F) моторная
- G) барьерная

ANSWER: E

5. Виды вторичного синдрома мальабсорбции все, кроме:

- A) энтерогенный
- B) панкреатогенный
- C) гастрогенный
- D) кологенный
- E) гепатогенный

ANSWER: D

6. Секреторный тип диареи связан:

- A) повышением секреции воды и электролитов в просвет тонкого кишечника
- B) снижением всасывания воды и электролитов при скоплении в просвете тонкого кишечника гиперосмолярного содержимого
- C) сбросом воды и электролитов, а также плазменного белка через поврежденную слизистую оболочку кишки
- D) повышением скорости транзита химуса по кишке

ANSWER: A

7. К вторичным ферментопатиям относят:

- A) Лактазная недостаточность
- B) Глютенная энтеропатия
- C) болезнь Хартнупа
- D) болезнь Крона
- E) энтеропатический акродерматит

ANSWER: D

8. Основными клиническими симптомами лактазной недостаточности являются

все, кроме:

- A) метеоризма
- B) болей в животе
- C) гипертермии
- D) диареи

ANSWER: C

9. В терапии лактазной недостаточности не применяется:

- A) антибиотикотерапия
- B) ферменты
- C) диетотерапия

ANSWER: A

10. Лактазную недостаточность необходимо дифференцировать:

- A) С кишечной формой муковисцидоза
- B) целиакией
- C) непереносимостью белков коровьего молока
- D) со всеми перечисленными заболеваниями

ANSWER: D

11. Конституциональный (взрослый) тип лактазной недостаточности может манифестировать:

- A) в грудном возрасте
- B) школьном возрасте
- C) подростковом периоде
- D) любом возрасте

ANSWER: D

12. Диагноз конституционального (взрослого) типа лактазной недостаточности подтверждается:

- A) результатами гистологического исследования тонкой кишки
- B) плоской сахарной кривой после нагрузки глюкозой
- C) плоской сахарной кривой после нагрузки лактозой
- D) наличием стеатореи за счет жирных кислот
- E) молекулярно-генетическим (LCT-Gen-Test) исследованием

ANSWER: E

13. При непереносимости лактозы ребенку грудного возраста, находящемуся на искусственном вскармливании, оптимальным является назначение следующих смесей:

- A) безлактозных или низколактозных
- B) гипоаллергенных
- C) антирефлюксных
- D) на основе белков сои

ANSWER: A

14. Врожденная лактазная недостаточность проявляется:

- A) после введения прикорма
- B) с рождения
- C) после перехода на искусственное вскармливание
- D) после перенесенной кишечной инфекции

ANSWER: A

15. К клиническим признакам целиакии относятся:

- A) Диарея
- B) Полифекалия
- C) Метеоризм
- D) Увеличение живота
- E) Все перечисленное

ANSWER: E

16. При каких изменениях показателей крови рекомендовано обследование для исключения целиакии:

- A) Лейкоцитоз
- B) Железодефицитная анемия
- C) Повышение СОЭ
- D) Тромбоцитоз

ANSWER: B

17. Состояния, ассоциированные с повышенным риском развития целиакии:

- A) Сахарный диабет 1 типа
- B) Аутоиммунный тиреоидит
- C) Аутоиммунный гепатит
- D) Аутизм
- E) Все перечисленное

ANSWER: E

18. При целиакии характерны все изменения со стороны кожи и слизистых, кроме:

- A) Герпетиформный дерматит
- B) Алопеция
- C) Атопический дерматит
- D) Афтозный стоматит, хейлит
- E) Невус

ANSWER: E

19. Для детей с целиакией характерно все, кроме:

- A) Высокорослость
- B) Низкий рост
- C) Остеопороз
- D) Множественный кариес, дефект зубной эмали

ANSWER: A

20. Серологические маркеры целиакии все, кроме:

- A) антитела к тканевой трансглутаминазе (IgA, IgG),
- B) антитела к эндомизию
- C) антинуклеарные антитела
- D) антиглиадиновые антитела
- E) антитела к деамидированным пептидам глиадина

ANSWER: C

21. Пневмонии новорожденных:

A) острое инфекционное заболевание, вызванное микроорганизмами различной, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких, наличием внутриальвеолярной экссудации, выявляемой при физикальном или инструментальном исследовании, и различной степени выраженности симптомами системного воспаления;

B) острое инфекционное заболевание, вызванное микроорганизмами различной, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких, наличием внутрибронхиальной экссудации, выявляемой при физикальном или инструментальном исследовании, и различной степени выраженности симптомами системного воспаления;

C) острое инфекционное заболевание, вызванное микроорганизмами различной, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся диффузным поражением респираторных отделов легких, наличием внутрибронхиальной экссудации, выявляемой при физикальном или инструментальном исследовании, и различной степени выраженности симптомами системного воспаления.

ANSWER: A

22. К факторам риска развития пневмонии у новорожденных относятся:

- A) ВПС, перинатальное повреждение ЦНС;
- B) нарушения выхаживания (переохлаждения, перегревания);
- C) реанимационные мероприятия, манипуляции, облегчающие инфицирование (ИВЛ, катетеризация сосудов и др.);
- D) все ответы верны.

ANSWER: D

23. Развитию пневмонии способствует большое количество неблагоприятных факторов, действующих на организм плода:

- A) антенатальном периоде;
- B) интранатальном периоде;
- C) постнатальном периоде;
- D) все ответы верны.

ANSWER: D

24. Пневмония у новорожденного может быть:

- A) одним из очагов сепсиса;
- B) первичным заболеванием;
- C) одним из очагов генерализованной вирусной инфекции;
- D) все ответы верны.

ANSWER: D

25. Непосредственными этиологическими агентами пневмонии являются:

- A) бактерии;
- B) вирусы;
- C) пневмоцисты;
- D) все ответы верны;
- E) грибы;
- F) микоплазмы.

ANSWER: D

26. При пневмонии новорожденного возбудитель может попадать в организм:

- A) трансплацентарно;
- B) при аспирации околоплодных вод;
- C) при прохождении по инфицированным родовым путям;
- D) все ответы верны;
- E) воздушно-капельным путем;
- F) при проведении ИВЛ (перемещение из верхних дыхательных путей, ротовой полости, микрофлора увлажнителей, аппаратов ИВЛ).

ANSWER: D

27. В патогенезе пневмонии большую роль играет:

- A) несовершенство центральной регуляции дыхания, наиболее выраженное у недоношенных детей;
- B) незрелость легочной ткани, наиболее выраженное у недоношенных детей;
- C) несовершенство иммунной системы;
- D) все ответы верны.

ANSWER: D

28. При развитии пневмонии в организме возникают следующие события, за исключением:

- A) формируется «порочный круг»: дыхательные нарушения вызывают нарушения гемостаза, что в свою очередь усугубляет нарушения внешнего дыхания;

- В) возникает гипоксия, гиперкапния, дыхательный или смешанный ацидоз;
- С) возникает гипоксия, гипокапния, дыхательный или смешанный алкалоз.

ANSWER: С

29. При врожденной пневмонии с первых часов жизни возможно появление следующих симптомов:

- А) склонность к гипотермии;
- В) бледность и мраморность кожных покровов;
- С) нарушение моторной функции желудочно-кишечного тракта;
- Д) все ответы верны;
- Е) гепатолиенальный синдром.

ANSWER: D

30. Признаки дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности с первых часов жизни могут отмечаться:

- А) при врожденной пневмонии;
- В) при постнатальной пневмонии;
- С) все ответы верны.

ANSWER: A

31. При ИВЛ-ассоциированных пневмониях в этиологии:

- А) высок удельный вес грамотрицательных бактерий - кишечной палочки, клебсиелл, синегнойной палочки и др.;
- В) высок удельный вес грамположительных бактерий - стафилококков, стрептококков и др.;
- С) высок удельный вес вирусов.

ANSWER: A

32. Врожденной считается пневмония, признаки которой проявились не позже чем:

- А) в первые 72 часа после рождения;
- В) в первую неделю после рождения;
- С) сразу после рождения;
- Д) в первые сутки после рождения.

ANSWER: A

33. При врожденной пневмонии аускультативно над легкими:

- А) в первые часы жизни дыхание ослаблено, в последующие часы выслушиваются мелкокалиберные влажные хрипы, локализация и распространенность которых зависит от зрелости легких и характера пневмонии;
- В) в первые часы жизни выслушивается усиленное везикулярное дыхание, в последующие часы выслушиваются сухие свистящие хрипы, локализация и распространенность которых зависит от зрелости легких и характера пневмонии.

ANSWER: A

34. Пневмония, как правило, развивается более остро:

- А) у недоношенных новорожденных;

В) у доношенных новорожденных.

ANSWER: В

35. Ранним симптомами пневмонии являются:

А) одышка (изменение частоты, глубины и ритма дыхания);

В) желтуха;

С) геморрагический синдром.

ANSWER: А

36. У всех новорожденных с пневмонией развивается:

А) дефицит сурфактанта, легочная гипертензия, энергетически-динамическая недостаточность миокарда с перегрузкой правого сердца;

В) гиперпродукция сурфактанта, гиповолемия малого круга кровообращения, энергетически-динамическая недостаточность миокарда с перегрузкой левого сердца.

ANSWER: А

37. Ранние вентиляторассоциированные пневмонии связаны с микробами:

А) с рук персонала и носоглотки больного - стафилококки, эшерихии, гемофильная палочка;

В) живущими в увлажнителях, аппаратах ИВЛ - клебсиеллой, синегнойной палочкой, серрациями, энтерококками.

ANSWER: А

38. Поздние вентиляторассоциированные пневмонии связаны с микробами:

А) с рук персонала и носоглотки больного - стафилококки, эшерихии, гемофильная палочка;

В) живущими в увлажнителях, аппаратах ИВЛ - клебсиеллой, синегнойной палочкой, серрациями, энтерококками.

ANSWER: В

39. Основные диагностические критерии врожденной пневмонии включают следующие признаки, за исключением:

А) очаговые и/или инфильтративные тени на рентгенограмме;

В) высев из родовых путей матери и дыхательных путей или крови ребенка идентичной флоры;

С) наличие пневмонии по данным патологоанатомического исследования, в случае смерти ребенка до конца трех суток жизни;

Д) усиление бронхо-сосудистого рисунка и/или локальное повышение прозрачности на рентгенограмме.

ANSWER: D

40. Дифференциальный диагноз пневмонии новорожденных необходимо проводить с:

А) респираторным дистресс-синдромом новорожденных;

В) синдромом аспирации мекония;

С) синдромом «утечки воздуха»;

Д) аномалиями бронхолегочной системы;

Е) врожденными пороками сердца;

Ф) все ответы верны.

ANSWER: F

41. На степень дыхательной недостаточности у новорожденных влияют следующие факторы, за исключением:

А) несовершенство центральной регуляции дыхания;

В) незрелость легочной ткани;

С) гипербилирубинемия.

ANSWER: С

42. Диагноз пневмония новорожденных устанавливается на основании данных следующих обследований, за исключением:

А) общего анализа крови;

В) определении титров антител к микоплазмам, хламидиям;

С) определения уровня глюкозы крови;

Д) рентгенографии органов грудной клетки.

ANSWER: С

43. Принципы терапии пневмоний у новорожденных включают:

А) оксигенотерапию;

В) нормализацию КОС;

С) антибактериальную терапию;

Д) иммунокорректирующую терапию;

Е) дезинтоксикационную терапию;

Ф) все перечисленное верно.

ANSWER: F

44. Ивл-ассоциированные пневмонии у новорожденных развиваются на:

А) на 1 сутки;

В) на 3 сутки;

С) на 5-8 сутки.

ANSWER: С

45. Предрасполагающими факторами врожденных пневмоний у новорожденных являются следующие, за исключением:

А) хроническая внутриутробная гипоксия плода;

В) пневмопатия;

С) внутриутробные инфекции;

Д) асфиксия с аспирационным синдромом;

Е) геморрагическая болезнь новорожденного.

ANSWER: Е

46. Наиболее часто аспирационная интранатальная пневмония локализуется:

А) слева по всему легкому;

В) с двух сторон;

С) справа в средних отделах.

ANSWER: С

47. Задача.

Больная, 12 лет, школьница. Жалуется на заложенность носа, чихание, обильные слизистые выделения из носа, приступы кашля, которые появляются ежегодно на протяжении последних 4 лет в конце июля и продолжаются до начала сентября, чаще в сухую жаркую ветреную погоду, особенно когда больная выезжает за город. В другие времена года чувствует себя хорошо. Сестра больной страдают рецидивирующей крапивницей. Сама больная до четырехлетнего возраста страдала от атопического дерматита.

Осмотрена отоларингологом - нерезко выявленные явления обострения хронического ринита.

Анализ крови: эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л, Нв - 120 г/л, лейкоциты - $4,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 12%, сегментоядерные - 48%, палочкоядерные - 2%, лимфоциты - 30%, моноциты - 8%, СОЭ - 10мм/ч.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите объем дополнительных методов обследования для уточнения диагноза.
3. Назначьте лечение.
4. Определите прогноз для данного случая.

48. Задача.

Ребенок, 15 лет, страдает аллергическим ринитом в течение многих лет, ранее не лечился. Симптомы заболевания - выделения из носа, заложенность носа, зуд в глазах, слезотечение - появляются в весенне-летний период. Также предъявляет жалобы на нарушение сна, снижение работоспособности. Ухудшение состояния отмечает при поездках на дачу. Занимается футболом. Домашних животных нет. В результате аллергологического исследования выявлена сенсibilизация к аллергенам березы, тимopheевки и шерсти кошки.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте диагноз, какие еще данные анамнеза жизни и заболевания необходимо уточнить.
2. Определите объем дополнительных методов обследования для уточнения диагноза.
3. Назначьте лечение.
4. Определите прогноз для данного случая.

49. Задача.

Девочка, 10 месяцев, поступила в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 6800 г), появление одышки и усиление цианоза при эмоциональном напряжении и физической нагрузке.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, цианотичный оттенок кожных покровов - с 6-месячного возраста. При

кормлении отмечается быстрая утомляемость, вплоть до отказа от груди. Острыми респираторными заболеваниями, бронхитом, пневмонией не болела.

При осмотре: отмечается диффузный цианотичный оттенок кожных покровов и слизистых оболочек, выраженный акроцианоз; симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: левая – в 4 межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – II ребро. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС – 150 в 1 мин, ЧД – 56 в 1 мин. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, второй тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Клинический анализ крови: гематокрит – 49% (норма 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, Эр – $5,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,91, Лейк – $6,1 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 26%, э – 1%, л- 64%, м – 6%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, относительная плотность – 1004, белок, глюкоза – отсутствуют, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0 – 1 в п/зр, эритроциты – отсутствуют, цилиндры – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий 143 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ – 23 Ед/л, АСТ – 19 Ед/л, серомукоид – 0,180 (норма до 0,200)

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 – 62 мм.рт.ст. (норма 80-100), pCO_2 – 50 мм.рт.ст. (норма 36-40), pH- 7,29, BE = -8,5 ммоль/л (норма - 2,0 - +2,0).

Вопросы к задаче.

- 1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.*
- 2. Какова анатомия данного порока?*
- 3. Требуется ли ребёнку дополнительные методы обследования для уточнения диагноза, если да, то какие?*
- 4. Назначьте лечение.*

50. Задача.

Мальчик 1 год 2 месяца, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2 месяцев, отеки на ногах.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался в соответствии с возрастом. Ходит с 11 месяцев, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 год перенес ОРВИ? Со слов мамы, заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными

явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, рвота, температура тела 37,2 - 37, 5⁰С.

С этого времени мальчик стал вялым, часто уставал. Беспокоил влажный кашель, преимущественно по ночам. Значительно снизился аппетит. Участковым педиатром состояние расценено как астенический синдром после перенесенного заболевания.

Амбулаторно выполнен общий анализ крови: Hb – 100 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, п/я -5 %, с- 47%, э – 1%, б- 1%, м - 3%, л – 43%, СОЭ -11 мм/час. Был госпитализирован с диагнозом: «Железодефицитная анемия». Накануне поступления состояние ребенка резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, появились отеки на ногах.

При поступлении: состояние ребенка тяжелое. Вялый, адинамичный, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голенях - отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах - влажные хрипы. ЧД – 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии. Тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС – 160 уд/ мин. Печень + 7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка + 2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Клинический анализ крови: Hb – 100 г/л, эр $4,5 \times 10^{12}$ /л лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, п/я -2%, с/я - 48%, э -1 %, б – 1%, л – 40%, м -8 %, СОЭ 10 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

Вопросы к задаче.

1. *Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.*
2. *Назовите наиболее вероятные этиологические факторы.*
3. *Требуются ли ребёнку дополнительные методы обследования для уточнения диагноза, если да, то какие?*
4. *Назначьте лечение.*

51. Задача

Девочка первых суток жизни находится в роддоме. Из анамнеза: родилась от женщины 24 лет, от второй беременности (I беременность - срочные роды, ребенок 5 лет, здоров), протекавшей в I триместре с токсикозом, 3-дневным эпизодом мелкоочечной сыпи и слабости на 10-й неделе гестации (документирована эпидемия краснухи в школе в этот период), во II-III триместрах с гестозом и угрозой прерывания беременности. В консультацию обратилась на 28-й неделе беременности, от госпитализации отказалась. Роды на 34-й неделе гестации, самопроизвольные, в заднем виде затылочного предлежания. I период - 8 ч, II период - 20 мин, безводный промежуток 7 ч, околоплодные воды зеленые. Масса при рождении 2100 г, длина 45 см, окружность головы 29 см, груди - 30 см. Оценка по

шкале Апгар 4/7 баллов. Кожные покровы бледные с элементами петехиальной сыпи на лице, акроцианозом. Аускультативно: дыхание в легких проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 45 в 1 мин. Границы сердца перкуторно справа - на 0,5 см латеральнее правого края грудины, слева - на 1 см латеральнее среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные 171 в мин, умеренно звучные, над областью сердца прослушивается дующий систолический шум, наиболее отчетливый в точке Боткина-Эрба. Пальпаторно: печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка - на 1 см. Стул был, меконий. Мочился.

Общий анализ крови: Нв-180 г/л, Эр - $4,7 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,9, тромб. - $240 \times 10^9/л$, лейкоциты - $8 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с/я - 57%, Э - 1%, Л - 25%, М - 12%, СОЭ - 4 мм/ч.

Вопросы к задаче.

1. Ваш предполагаемый диагноз.

2. Какие исследования надо провести для дифференциальной диагностики и мониторинга состояния?

3. План лечения.

52. Проявлением всех перечисленных заболеваний могут быть срыгивания и рвота, кроме:

- A) везикулопустулез
- B) пилоростеноз
- C) менингоэнцефалит
- D) адреногенитальный синдром

ANSWER: A

53. Гастро-эзофагеальному рефлюксу у новорожденных способствуют:

- A) все ответы верны
- B) слабая выраженность изгибов пищевода
- C) недостаточность кардиального отдела желудка
- D) гипертонус антрального отдела желудка
- E) слабость сфинктерного аппарата кишечника

ANSWER: A

54. К функциональным нарушениям пищеварения, согласно Римским критериям относится все, кроме:

- A) младенческая дисхезия
- B) младенческая регургитация
- C) лактазная недостаточность

- D) синдром циклической рвоты
- E) синдром младенческой руминации

ANSWER: C

55. Срок эвакуации пищи из желудка новорожденного:

3-4

- A) женское молоко находится в желудке ребёнка 2-3 ч, а адаптированные смеси —
- B) женское молоко и адаптированные смеси находятся в желудке ребёнка 2 ч
- C) женское молоко и адаптированные смеси находятся в желудке ребёнка 1 ч
- D) женское молоко находится в желудке ребёнка 4 ч, а адаптированные смеси — 2

ч

ANSWER: A

56. В какие сроки после рождения появляется характерная рвота при пилоростенозе?

- A) через 2–3 недели после рождения
- B) на 2-е сутки
- C) через 40 дней
- D) срок не имеет значения

ANSWER: A

57. Дифференциально-диагностический симптом между пилоростенозом и пороком развития 12-перстной кишки является:

- A) присутствие желчи в рвотных массах
- B) гипотрофия
- C) характер стула
- D) объем рвотных масс

ANSWER: A

58. При пилоростенозе желчь в рвотных массах:

- A) не присутствует
- B) присутствует постоянно
- C) присутствует непостоянно
- D) зависит от характера питания

ANSWER: A

59. Срыгивания по типу «подтекания пищи» из угла рта характерно для:

- A) халазии пищевода
- B) пилоростеноза
- C) ахалазии пищевода
- D) аэрофагии

ANSWER: A

60. Рвота «фонтаном» может наблюдаться при:

- A) пилоростенозе
- B) халазии пищевода
- C) перекармливании ребенка

D) аэрофагии

ANSWER: A

61. Для пилоростеноза характерно:

A) срыгивания небольшим объемом после каждого кормления

B) срыгивания большим объемом, рвота «фонтаном»

C) рвота съеденной пищей

D) примесь прожилок крови в рвотных массах

ANSWER: A

62. Для ахалазии кардии характерно:

A) пищеводная рвота

B) рвота с примесью крови

C) приступы апноэ во время кормления

D) постоянные срыгивания желудочным содержимым

ANSWER: A

63. Методами обследования для постановки диагноза пилоростеноз являются все, кроме:

A) ирригография

B) глубокая пальпация брюшной полости

C) фиброгастроскопия

D) рентгенологическое исследование ЖКТ с контрастом по Левину

E) УЗИ брюшной полости

ANSWER: A

64. Аппетит при пилоростенозе:

A) повышен

B) снижен

C) удовлетворительный

ANSWER: A

65. Симптомы, характерные для инфекционного процесса все, кроме:

A) удовлетворительный аппетит

B) срыгивания, рвота

C) вялость

D) отказ от еды

ANSWER: A

66. Какой метод рентгенологического исследования должен быть применен первым при подозрении на врожденную кишечную непроходимость у новорожденного ребенка?

A) обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении

B) обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости в горизонтальном положении

ANSWER: A

67. Методом лечения пилоростеноза является:

- A) операция пилоромиотомия
- B) операция гастротомия
- C) применение спазмолитиков
- D) применение прокинетиков

ANSWER: A

68. К осложнениям операции пилоромиотомии относятся все, кроме:

- A) развитие стеноза пищевода
- B) кровотечение
- C) развитие повторно пилоростеноза
- D) расхождение швов

ANSWER: A

69. К антирефлюксным смесям относится все, кроме:

- A) Симилак Комфорт
- B) Нутрилон AP
- C) Энфамил AP
- D) Фрисовом

ANSWER: A

70. Укажите основную причину первичной лактазной недостаточности у новорожденных:

- A) генетический дефект синтеза лактазы
- B) мутация генов 7-ой хромосомы
- C) генетический дефект ферментов, ответственных за синтез галактоз
- D) все ответы верны

ANSWER: A

71. Основными клиническими симптомами дисахаридазной недостаточности у новорожденных являются следующие, за исключением:

- A) учащенный водянистый стул с обилием газов
- B) срыгивания, рвота, беспокойство
- C) снижение аппетита, падение массы
- D) густой кашицеобразный зловонный стул

ANSWER: D

72. Укажите причину врожденной хлоридной диареи у новорожденных:

- A) генетический дефект всасывания хлора в кишечнике
- B) врожденное избыточное всасывание хлора в кишечнике
- C) генетический дефект синтеза лактазы
- D) мутация генов 7-ой хромосомы

ANSWER: A

73. Основными клиническими симптомами хлоридной диареи у новорожденных являются следующие, за исключением:

- A) частый жидкий стул
- B) рвота «фонтаном» после каждого кормления
- C) парез кишечника, дегидратация, гипотрофия
- D) обширные отеки, признаки застойной сердечной недостаточности

ANSWER: D

74. Основными лабораторными критериями хлоридной диареи являются все следующие, за исключением:

- A) повышение экскреции хлоридов с калом
- B) снижение уровня хлора, натрия, калия в крови
- C) повышение уровня хлора, натрия, калия в крови
- D) выраженный алкалоз за счёт абсорбции бикарбонатов

ANSWER: C

75. Укажите основной этиологический фактор некротизирующего энтероколита у новорожденных:

- A) клостридии
- B) салмонеллы
- C) дизентерия
- D) ротавирусы

ANSWER: A

76. Основными причинами дисбиоза кишечника у новорожденных являются следующие, за исключением:

- A) осложненное течение беременности и родов
- B) наличие пограничных состояний у новорожденных
- C) позднее прикладывание ребенка к груди матери
- D) заболевания периода новорожденности

ANSWER: B

77. Основными микроорганизмами, относящимися к облигатной микрофлоре кишечника у новорожденных, являются следующие, за исключением:

- A) бифидобактерии
- B) лактобактерии
- C) кишечная палочка
- D) протей

ANSWER: D

78. Защитными факторами грудного молока являются следующие, за исключением:

- A) секреторный иммуноглобулин А
- B) лизоцим
- C) малое количество лактозы
- D) лимфоциты

ANSWER: C

79. Основными функциями бифидофлоры кишечника являются следующие:

- A) защитная
- B) антагонистическая
- C) участие в переваривании пищи
- D) все вышеперечисленное

ANSWER: D

80. К пребиотикам относятся все, кроме:

- A) парааминобензойная кислота (памба)
- B) хилак-форте
- C) нормазе
- D) бифиформ

ANSWER: D

81. Критерием диагностики агаммаглобулинемии является суммарное количество сывороточных иммуноглобулинов

- A) Менее 100 г/л
- B) Менее 10 г/л
- C) менее 2,0 г/л
- D) менее 1,0 г/л

ANSWER: C

82. Базисной терапией агаммаглобулинемии с дефицитом В-клеток является

A) ежегодный курс полиоксидония 6 мг внутримышечно N10
B) заместительная терапия препаратами иммуноглобулинов для внутривенного введения

- C) терапия рекомбинантными интерферонами
- D) применение колониестимулирующих факторов

ANSWER: B

83. В лечении первичных иммунодефицитов не используются

- A) иммуноглобулины для внутривенного введения
- B) трансплантация костного мозга
- C) генноинженерная терапия
- D) иммуномодуляторы

ANSWER: D

84. Какой ПИДС можно заподозрить при возникновении остита или генерализованного заболевания после вакцинации БЦЖ :

- A) комбинированный иммунодефицит
- B) дефицит В-клеточного звена
- C) селективный дефицит IgA

ANSWER: A

85. Какие клинические проявления характерны для дефицита компонентов классического пути активации системы комплемента C1, C2, C4?

- A) Болезни иммунных комплексов
- B) Тяжелые бактериальные инфекции
- C) Тяжелые аллергические реакции
- D) Склонность к онкологическим заболеваниям

ANSWER: A

86. Какой класс иммуноглобулинов преимущественно содержится в иммуноглобулинах для внутривенного введения?

- A) IgA
- B) IgG
- C) IgM
- D) IgE

ANSWER: B

87. К 10-тистораживающим признакам первичных иммунодефицитов относится:

A) Более 4 отитов в год.
B) Рецидивирующие грибковые поражения кожи и слизистых у детей первого года жизни.

- C) Более 2 пневмоний в течение жизни.
- D) Более 2 отитов в год

ANSWER: A

88. Какой из перечисленных факторов не играет существенной роли в иммунном ответе на вирусные инфекции

- A) нейтрофилы
- B) Т-лимфоциты
- C) В-лимфоциты
- D) антитела
- E) цитокины

ANSWER: A

89. Для первичного иммунодефицита с недостаточностью фагоцитоза характерны следующие клинические проявления:

A) Развитие пиогенных и грибковых инфекций, а также к инфекций, вызванных внутриклеточными микроорганизмами.

- B) Высокая чувствительность к энтеровирусам
- C) Склонность к развитию аутоиммунных заболеваний
- D) Повышенная частота возникновения онкологических заболеваний
- E) Все перечисленное верно

ANSWER: A

90. К неинфекционным проявлениям первичных иммунодефицитов относят:

- A) Аутоиммунные заболевания
- B) Лимфоидная гиперплазия

- С) Лимфоидная гипоплазия
 - Д) Онкологические заболевания
 - Е) Все перечисленное
- ANSWER: E

91. Критерием диагноза синдрома Вискотта-Олдрича НЕ является:

- А) тромбоцитопения, уменьшение размеров тромбоцитов
- В) экзема
- С) мужской пол
- Д) комбинированный ИДС
- Е) телеангиэктазии на бульбарной конъюнктиве

ANSWER: E

92. Наиболее частым клиническим проявлением недостаточности иммунного ответа является (укажите правильный ответ)

- А) инфекционный синдром
- В) аллергический синдром
- С) аутоиммунный синдром
- Д) пролиферативный синдром

ANSWER: A

93. Назовите патогенетическую терапию В-клеточных иммунодефицитов

- А) трансплантация тимуса
- В) введение тимических гормонов
- С) введение иммуноглобулинов
- Д) введение антибиотиков

ANSWER: C

94. Первые клинические проявления ПИДС с преимущественным дефицитом антителообразования появляются

- А) с 1-го месяца жизни
- В) во втором полугодии жизни
- С) на втором году жизни
- Д) в подростковом периоде

ANSWER: B

95. При врожденном иммунодефиците возможна вакцинация (укажите правильный ответ)

- А) живой полиомиелитной вакциной
- В) инактивированной полиомиелитной вакциной
- С) невозможна вакцинация

ANSWER: B

96. Противопоказанием для заместительной терапии препаратами иммуноглобулинов является (укажите правильный ответ)

- А) болезнь Брутона

- В) общая вариабельная иммунная недостаточность
 - С) селективный дефицит IgA
 - Д) тяжелый инфекционный процесс при синдроме Джоба
- ANSWER: С

97. Развитие вакциноассоциированного полиомиелита после полиомиелитной вакцины характерно для:

- А) гуморальных иммунодефицитов.
- В) дефектов фагоцитоза
- С) дефект системы комплемента

ANSWER: А

98. Рецидивирующий кандидоз слизистых является проявлением (укажите правильный ответ)

- А) дефицита фагоцитоза
- В) дефицита В-клеточного звена
- С) дефицита системы комплемента
- Д) дефицита Т-клеточного звена (комбинированного иммунодефицита)

ANSWER: D

Синдром Луи – Бар, атаксии-телеангиэктазии, является маркером (укажите правильный ответ)

- А) первичного иммунодефицита системы комплемента
- В) комбинированного дефицита Т- и В-системы иммунитета
- С) иммунодефицита В-лимфоцитов
- Д) дефекта системы фагоцитоза

ANSWER: В

99. Что не является характеристикой вторичных иммунодефицитов:

- А) Не связаны с генетическими дефектами
- В) Возникают в результате воздействия первичного фактора
- С) Корректируются при устранении фактора, вызвавшего развитие ВИДС
- Д) Являются самостоятельным заболеванием

ANSWER: D

100. Острая сердечная недостаточность — это клинический синдром, характеризующийся:

- А) быстрым возникновением симптомов;
- В) нарушением систолической и/ или диастолической функции сердца;
- С) всем перечисленным.

ANSWER: С

101. Синдром малого сердечного выброса развивается при следующих состояниях, за исключением:

- А) острой тампонаде сердца;
- В) гемодинамически нестабильных аритмиях;
- С) напряженном пневмотораксе;

D) отеке легких.

ANSWER: D

102. При оказании неотложной медицинской помощи при брадиаритмическом шоке используют следующее, за исключением:

A) атропина сульфат;

B) добутамин;

C) электрокардиостимуляция (при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии);

D) лидокаин.

ANSWER: D

103. При оказании неотложной медицинской помощи при наджелудочковой тахикардии используют нижеперечисленное, за исключением:

A) атропина сульфат;

B) прокаинамид;

C) АТФ.

ANSWER: A

104. Причинами развития нарушения диастолической функции миокарда (уменьшение наполнения полостей сердца во время диастолы) являются следующие состояния, за исключением:

A) жесткость миокарда (гипертрофическая и рестриктивная кардиомиопатия);

B) нарушение расслабления миокарда в диастоле (констриктивный перикардит);

C) уменьшение объема полостей сердца (опухоль);

D) значительное укорочение диастолы (тахисистолические формы нарушения ритма сердца);

E) снижением сократительной функции миокарда.

ANSWER: E

105. Охарактеризуйте I стадию хронической сердечной недостаточности по Василенко-Стражеско:

A) выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения;

B) выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек);

C) признаки сердечной недостаточности отсутствуют в покое;

D) умеренные нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения.

ANSWER: C

106. Охарактеризуйте IIВ стадию хронической сердечной недостаточности по Василенко-Стражеско:

A) выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения;

B) выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек);

C) признаки сердечной недостаточности отсутствуют в покое;

D) умеренные нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения.

ANSWER: A

107. Клиническими проявлениями хронической левожелудочковой сердечной недостаточности являются следующие симптомы, за исключением:

- A) тахикардия;
- B) одышка;
- C) кашель;
- D) быстрая утомляемость;
- E) вынужденное положение (ортопноэ);
- F) периферические отеки.

ANSWER: F

108. Клиническими проявлениями хронической правожелудочковой сердечной недостаточности являются следующие симптомы, за исключением:

- A) набухание вен шеи;
- B) гепатомегалия;
- C) периферические отеки;
- D) выпот в серозные полости;
- E) кашель.

ANSWER: E

109. Что такое синдром Плеша:

- A) набухание или увеличение пульсации вен шеи при надавливании на печень;
- B) болезненность при пальпации между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа, боль иррадирует вниз;
- C) болезненность при поколачивании краем ладони по краю реберной дуги при задержке вдоха;
- D) гиперэстезия кожи грудной клетки при острых воспалительных заболеваниях сердца.

ANSWER: A

110. Согласно закону Франка-Старлинга при увеличении степени растяжения миокарда во время диастолы:

- A) возрастает его напряжение во время систолы (увеличивается сердечный выброс);
- B) снижается его напряжение во время систолы (уменьшается сердечный выброс);
- C) сохраняется без изменений его напряжение во время систолы (сердечный выброс остается постоянным).

ANSWER: A

111. Для усиления сократительной функции миокарда при СН назначают:

- A) сердечные гликозиды;
- B) диуретики;
- C) ингибиторы АПФ;
- D) периферические вазодилататоры;
- E) блокаторы рецепторов ангиотензина II.

ANSWER: A

112. К препаратам, улучшающим трофику и метаболизм, а также энергетический потенциал клетки относят следующие, за исключением:

- A) фосфокреатин;
- B) цитохром С;
- C) левокарнитин;
- D) препараты калия и магния;
- E) лозартан.

ANSWER: E

113. К бета-блокаторам относят:

- A) атенолол;
- B) каптоприл;
- C) спиронолактон;
- D) лозартан.

ANSWER: A

114. Основные направления терапии острой застойной сердечной недостаточности, за исключением:

- A) усиление сократительной способности миокарда за счет кардиотонического и кардиостимулирующего эффекта;
- B) борьба с гиперволемией и отеками;
- C) снижение сосудистого сопротивления с одновременным улучшением периферического и коронарного кровообращения;
- D) кардиотрофическая терапия, кислород (панангин, ККБ, глюкоза);
- E) уменьшение сократительной способности миокарда с целью улучшения энергосбережения миокарда.

ANSWER: E

115. Задача

Девочка П., от II беременности, протекавшей с вегетососудистой дистонией по гипотоническому типу, анемией, 1-х родов на 42 неделе гестации. Первый период родов – 8 часов, второй – 45 минут, безводный период – 9 часов, околоплодные воды – мекониальные. Роды осложнённые: отмечалась вторичная слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином, двукратное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Плацента с множественными петрификатами. Масса тела ребёнка при рождении 2950 г., длина тела 50 см, окружность головы 35 см, окружность грудной клетки 33 см, оценка по шкале Апгар в конце 1-й минуты жизни – 3 балла.

После проведенной в течение 20 минут первичной реанимации состояние ребенка тяжелое, стонет, срыгивает околоплодными водами, крик слабый. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком, дистальный цианоз.

Тепло удерживает плохо. Одышка до 80 в минуту с втяжением уступчивых мест грудной клетки, диафрагмы, яремной ямки. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно: справа под лопаткой укорочение легочного звука, слева - звук с коробочным оттенком. Аускультативно: справа на фоне ослабленного дыхания выслушиваются средне- и мелкопузырчатые хрипы, слева хрипов нет, дыхание проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 168 в минуту. Живот умеренно вздут, доступен пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не пальпируется.

Рентгенограмма органов грудной клетки: отмечается наличие апневматоза неправильной формы справа, отходящего от корня лёгкого, на фоне участков эмфиземы, диафрагма уплощена.

Кислотно-основное состояние: pO_2 – 42 мм рт.ст., pCO_2 – 78 мм рт.ст., pH – 7,18, BE – -18 ммоль/л, AB – 8 ммоль/л, SB – 9 ммоль/л, BB – 19 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза.
3. Окажите неотложную помощь новорождённому.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какова тактика ведения новорождённого?

Ответ: Мекониальная аспирация (после перенесенной анте- и интранатальной асфиксии)

116. Задача.

Мальчик 1 месяца находится в стационаре.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет. Беременность первая, протекала с токсикозом в 1-м триместре, в 24-26 недель гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Роды на 37 неделе, в головном предлежании. Первый период родов - 8 часов, второй - 25 минут, безводный промежуток – 9 часов, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 2700 г., длина тела 48 см, окружность головы 35 см, грудной клетки – 32 см. Выписан из родильного дома на 7 день жизни.

Дома ребенок был вялым, сосал по 60-70 мл за одно кормление. Прибавка в массе за первый месяц составила 200 г. При посещении поликлиники выявлено увеличение размеров головы, для обследования ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Кожа бледно-розовая, сухая. Питание понижено, подкожно-жировой слой истончен. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы – 40 см, грудной клетки – 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный – на 0,2 см, большой родничок выбухает, 4 x 4 см, малый родничок – 0,5 x 0,5 см. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Преобладает тонус разгибателей. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка на 1 см.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – мутная, белок 16,6 г/л, цитоз – 32/3: нейтрофилы – 5%, лимфоциты – 27%.

РСК с токсоплазменным антигеном: у ребенка – 1:64, у матери 1:192.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Каковы принципы лечения данного заболевания?

Ответ: Гидроцефалия (после перенесенного внутриутробного токсоплазмоза)

117. Задача.

На приеме у педиатра девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребёнка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребёнка мать кормила до 3 месяцев. При этом «для улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком, мёдом. С 3 месяцев ребёнок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые). Ребёнок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2–3 месяца. У матери ребёнка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад. Она курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить.

Объективно: масса девочки – 12500 г, при осмотре возбуждена, осмотреть себя дате с трудом, не контактна. Подкожно-жировой слой развит достаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулезные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются

множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под рёберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день.

Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,98, лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1014, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, слизь – немного.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту для наружной терапии в составе комбинированной терапии?
5. Возможно ли проведение вакцинации данному ребёнку после стихания обострения?

Ответ: Атопический дерматит, младенческая форма, период обострения

118. При выявлении у новорожденного прямой гипербилирубинемии необходимо исключить:

- А) атрезию желчевыводящих путей
- Б) целиакию
- В) болезнь Вискотта-Олдрича
- Г) желтуху Ариаса

119. **Задача**

На приёме врача-педиатра мама с мальчиком 1 года, с жалобами на отсутствие прибавки в массе, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания: в 6 месяцев ребёнок стал получать в прикорм овсяную кашу. С 7 месяцев перестал прибавлять в массе, стал бледным, исчез аппетит, увеличился в объёме живот.

Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, масса при рождении 3200 г. С 2 месяцев переведён на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями.

Наследственность: у папы псориаз, у бабушки по линии матери сахарный диабет I типа.

Объективно: состояние средней тяжести. Негативен, плаксив, бледен. Самостоятельно не сидит, не стоит. Отёков нет. Рост 72 см, вес тела – 8,2 кг. Большой родничок 1,0×1,5 см, не напряжен. Кожа сухая, бледная. Саливация снижена. Зев розовый. Зубная формула: 1/2. Снижен тургор тканей, исчезновение подкожно-жирового слоя, мышечная гипотония. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 35 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту, АД – 80/50 мм рт. ст. Живот вздут, урчит по ходу восходящего и нисходящего отделов толстой кишки. Печень + 1,0 см из-под края рёберной дуги, край ровный, безболезненный, эластической консистенции. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

ОАК (общий анализ крови): WBC–5,6×10⁹/л, RBC–3,2×10¹²/л, HGB–82 г/л, HCT–32 %, MCV–69,0мкм³, MCH – 22,0 пг, MCHC – 319,0 г/л, RDW –18,6 %, PLT – 340,0×10⁹/л, NEU- 30 %, LYM- 60 %, MONO- 8 %, EOS- 2 %, СОЭ – 2 мм/час.

ОАМ (общий анализ мочи): относительная плотность - 1010, реакция - слабокислая, белок - отрицательный, сахар - отрицательный, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0, эпителий- плоский 0-1-3 в поле зрения.

Копрограмма: консистенция – кал жидкий, с резким запахом; жирные кислоты +++++, мыла +, перевариваемая клетчатка ++, йодофильные бактерии +++, слизь ++.

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: органы без патологии. Выраженный метеоризм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы диеты и медикаментозной терапии данного заболевания
5. Диспансерное наблюдение и реабилитация ребёнка после выписки из стационара.

Ответ: Целиакия, типичная форма, активный период (клиническая манифестация).

120. Задача.

Мать с ребенком 1 года 2 месяцев на приёме у врача-педиатра предъявляет жалобы на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, кашель, одышку у сына.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребёнок развивался в соответствии с возрастом, сидит с 6 месяцев, ходит самостоятельно с 10 месяцев.

В возрасте 11,5 месяцев перенёс острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями, диспепсическими явлениями (боли в животе, жидкий стул, рвота), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней.

Через 2–3 недели после выздоровления родители отметили, что ребёнок стал быстро уставать, во время игр отмечалась одышка.

Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик похудел, обращало на себя внимание появление бледности кожных покровов. Температура не повышалась.

Ребёнок направлен на госпитализацию для обследования и лечения. При поступлении состояние расценено как тяжёлое, аппетит снижен, неактивен. Вес 10 кг. Кожные покровы бледные. Частота дыхания – 48 в минуту, в лёгких выслушиваются единичные, влажные хрипы в нижних отделах слева по передней поверхности. Область сердца: визуально – небольшой сердечный левосторонний горб, перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по передней подмышечной линии, верхняя – II межреберье. Аускультативно: ЧСС – 146 ударов в минуту, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке. На верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, короткий, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +4 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Отмечаются отёки в области лодыжек. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

В общем анализе крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 109 г/л; лейкоциты – $8,4 \times 10^9/л$; эозинофилы – 1%; базофилы – 1%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 27%; лимфоциты – 63%; моноциты – 6%; СОЭ – 34 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: СРБ – 64 ЕД; КФК – 275 ЕД/л (референтные значения активности 55–200 ЕД/л); КФК-МВ – 10 мкг/л (референтные значения менее 5 мкг/л); К – 5,2 ммоль/л; Na – 140 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.
4. Назовите основные группы препаратов для лечения данного заболевания с учетом осложнения.

5. Назовите возможные симптомы гликозидной интоксикации у данного ребёнка.

Ответ: Миокардит приобретенный, тяжёлое течение, НК (СН) II б ст.

121. Задача.

Вася С., 9 лет, поступил в стационар для обследования с жалобами на одышку, постоянный влажный кашель с мокротой.

Анамнез заболевания: впервые перенес пневмонию в 6 лет, длительно лечился в стационаре, однако после выписки сохранялись кашель и субфебрильная температура. Каждый год отмечались повторные пневмонии, также протекавшие длительно. В периоды улучшения стойко сохранялся по утрам влажный кашель с обильной гнойной мокротой.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом во II половине, 2 срочных родов, масса тела при рождении 2300, длина 48 см. Развивался с отставанием от сверстников. До года дважды (в 6 и 10 месяцев) перенес гнойный отит с постоянным гноетечением из уха, развитием микробной экземы. С 5 лет страдает рецидивирующим фурункулезом, рецидивирующим гнойным синуситом. В 7 лет перенес остеомиелит малоберцовой кости слева.

Наследственность: Старший брат пробанда страдал частыми пневмониями, комплексно не обследован, умер в возрасте 16 лет при явлениях дыхательной недостаточности.

При осмотре: состояние тяжелое. Мальчик отстает в физическом развитии, пониженного питания, бледен, под глазами синева, цианоз носогубного треугольника. При осмотре кожи выявлены проявления экземы. Отмечается влажный кашель с желтой обильной мокротой.

АД 110/60 мм рт.ст. Грудная клетка несколько уплощенная, при дыхании отстает левая половина. Пальцы в виде «барабанных палочек», деформация ногтей по типу «часовых стекол». В покое ЧД 28 в 1 минуту, ЧСС 102 уд/мин. Над легкими при перкуссии звук с коробочным оттенком, слева под углом лопатки и справа в нижних отделах притупление.

При аускультации легких - рассеянные сухие хрипы, почти исчезающие после откашливания, слева под углом лопатки и справа в нижних отделах стойко выслушиваются крепитирующие хрипы. Границы сердца не изменены, тоны ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Нв 155 г/л, эр. $5,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $6,5 \times 10^9/л$, п/я 4%, с/я 58%, лимф. 26%, эоз. 6%, мон. 6%. СОЭ 14 мм/ч.

2. Биохимический анализ крови: белок 78 г/л, альбумины 44 г/л, глобулины: а1 5%, а2 8%, в 10%, г6%, мочевины 4,5 ммоль/л, креатинин 68 мкмоль/л, холестерин 4,1 ммоль/л, калий 4,2 ммоль/л, серомукоид 0,800 ед.

3. Анализ мочи общий: отн. плотн. – 1012, белок – нет, эр.– нет, лейкоц. 1-3 в п/зр.

4. Иммуноглобулины сыворотки: IgA 40 МЕ (N=65-240), IgM 120 МЕ (N=44-260), IgG 125 МЕ (N=636-1425).

5. Рентгенография органов грудной клетки: выраженное затемнение нижнего отдела и медиальной зоны левого легочного поля, деформация сосудистого рисунка в нижне-медиальных отделах справа. Корень легкого справа расширен, слева не дифференцируется. Правый контур сердца и правый купол диафрагмы не прослеживаются.

6. Анализ мокроты: в микроскопическом препарате нейтрофилы до 20-25 в п/зр. Посев на флору: рост *Ps.aeruginosa*, обсемененность IV степени.

7. ФВД: Объемные и скоростные показатели значительно снижены. Выраженное нарушение вентиляционной функции легких по смешанному типу (обструкция преимущественно на уровне периферических воздухоносных путей). Проба с физической нагрузкой и с беродуалом отрицательная.

9. Бронхоскопия: диффузный гнойный эндобронхит.

Вопросы

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. План дополнительного обследования, ожидаемые результаты.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
4. Основные направления терапии: группы используемых лекарственных средств, дозы, длительность курсов, контроль эффективности.
5. Ближайший и отдаленный прогноз заболевания у данного пациента.

Ответ: ПИДС. Бронхотатическая болезнь

7. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

	Уровни сформированности компетенций		
	<i>Пороговый</i>	<i>Достаточный</i>	<i>Высокий</i>

Критерии	Компетенция сформирована. Демонстрируется пороговый, удовлетворительный уровень устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности, устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности, высокая адаптивность практического навыка
----------	--	---	--

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания форм контроля:

Шкала оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	Отлично (зачтено)
81-90	Хорошо (зачтено)

71-80	Удовлетворительно (зачтено)
Менее 71	Неудовлетворительно (не зачтено)

Ситуационных задач:

Отметка	Описание
отлично	Демонстрация полного понимания проблемы. Способность анализировать ситуацию, делать выводы Демонстрация уверенных навыков решения ситуации Демонстрация профессионального мышления
хорошо	Демонстрация значительного понимания проблемы. Способность анализировать ситуацию Демонстрация навыков решения ситуаций Демонстрация профессионального мышления
удовлетворительно	Демонстрация частичного понимания проблемы. Демонстрация недостаточной способности анализировать ситуацию Демонстрация недостаточных навыков решения ситуаций
неудовлетворительно	Демонстрация непонимания проблемы. Не было попытки решить задачу.

Критерии оценивания при зачёте

Отметка в зачётке	Описание
зачтено	Отметкой "ЗАЧТЕНО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
не зачтено	Отметкой "НЕ ЗАЧТЕНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание процессов изучаемой предметной области, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ЧЕК-ЛИСТ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ ПРОЦЕДУРЫ

№	Экзаменационное мероприятие - экзамен	Баллы
1	Тестовый контроль	Зачтено/не зачтено
2	Ситуационная задача №1	50

3	Ситуационная задача №2	50
Итого за экзаменационную процедуру максимальное кол-во баллов:		100

* Указываются конкретные виды, этапы проведения экзаменационной процедуры, баллы за каждый из этапов, из расчета max 100 баллов в целом за экзаменационную процедуру.

ЧЕК-ЛИСТ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ ПРОЦЕДУРЫ

(чек-лист для второй (комиссионной) пересдачи в случае, если изучение дисциплины завершается зачётом, дифференцированным зачётом, экзаменом)

№	Экзаменационное мероприятие - экзамен	Баллы
1	Тестовый контроль	Зачтено/не зачтено
2	Ситуационная задача №1	50
3	Ситуационная задача №2	50
Итого за экзаменационную процедуру максимальное кол-во баллов:		100

* Указываются конкретные виды, этапы проведения экзаменационной процедуры, баллы за каждый из этапов, из расчета max 100 баллов в целом за экзаменационную процедуру.

8. Перечень тем рефератов для студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Госпитальная педиатрия»

1. Клинические рекомендации в ревматологии
2. Гемодиализ – аппарат «искусственной почки»
3. Проблема трансплантологии в России – пересадка почки ребёнку
4. Проблема трансплантологии в России – пересадка печени ребёнку
5. Проблема трансплантологии в России – пересадка сердца ребёнку
6. Проблема трансплантологии в России – пересадка костного мозга ребёнку
7. Онкогематология – наиболее вероятные «маски»
8. Плазмоферез. Гемосорбция. Лимфосорбция
9. Выхаживание недоношенных с ЭМНТ (подбор смесей)
10. Врождённая краснуха: причины и следствия
11. Современные препараты, применяемые в детской ревматологии
12. Современные цитостатики
13. Современные антигистаминные препараты: обзор
14. Колоноскопия. Ректороманоскопия – применение в педиатрии.

И многие другие темы.

Примечание:

Методические рекомендации и критерии оценивания реферата

Реферат – краткая запись идей, содержащихся в одном или нескольких источниках, которая требует умения сопоставлять и анализировать различные точки зрения.

Реферат – одна из форм интерпретации исходного текста или нескольких источников. Поэтому реферат, в отличие от конспекта, является новым, авторским текстом. Новизна в данном случае подразумевает новое изложение, систематизацию материала, особую авторскую позицию при сопоставлении различных точек зрения.

Реферирование предполагает изложение какого-либо вопроса на основе классификации, обобщения, анализа и синтеза одного или нескольких источников.

Специфика реферата:

- не содержит развернутых доказательств, сравнений, рассуждений, оценок,
- дает ответ на вопрос, что нового, существенного содержится в тексте.

Виды рефератов

По полноте изложения	Информативные (рефераты-конспекты).
	Индикативные (рефераты-резюме).
По количеству реферируемых источников	Монографические.
	Обзорные.

Структура реферата:

- 1) титульный лист;
- 2) план работы с указанием страниц каждого вопроса, подвопроса (пункта);
- 3) введение;
- 4) текстовое изложение материала, разбитое на вопросы и подвопросы (пункты, подпункты) с необходимыми ссылками на источники, использованные автором;
- 5) заключение;
- 6) список использованной литературы;
- 7) приложения, которые состоят из таблиц, диаграмм, графиков, рисунков, схем (необязательная часть реферата).

Приложения располагаются последовательно, согласно заголовкам, отражающим их содержание.

Реферат оценивается научным руководителем исходя из установленных кафедрой показателей и критериев оценки реферата.

Критерии и показатели, используемые при оценивании учебного реферата

Критерии	Показатели
1. Новизна реферированного текста Макс. - 20 баллов	- актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - наличие авторской позиции, самостоятельность суждений.
2. Степень раскрытия сущности проблемы Макс. - 30 баллов	- соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы; - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы.

3. Обоснованность выбора источников Макс. - 20 баллов	- круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т.д.).
4. Соблюдение требований к оформлению Макс. - 15 баллов	- правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев.
5. Грамотность Макс. - 15 баллов	- отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль.

Оценивание реферата

Реферат оценивается по 100 балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

- 86 – 100 баллов – «отлично»;
- 70 – 75 баллов – «хорошо»;
- 51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;
- мене 51 балла – «неудовлетворительно».

При оценивании реферата в системе «зачтено»-«не зачтено», «зачтено» ставится за реферат от 51 балла.