

№ПЕД-15

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Северо-Осетинская государственная медицинская академия* Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №1

УТВЕРЖДЕНО
протоколом заседания
Центрального координационного учебно-методического совета «23» мая 2023 г. №5

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ПЕДИАТРИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов _____ 4, 5 курсов _____

по специальности _____ 31.05.02 Педиатрия _____

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «16» мая 2023 г. (протокол № 10)

Заведующая кафедрой детских болезней №1,

д.м.н., профессор Т.Т. Бораева Т.Т. Бораева

г. Владикавказ 2023 г.

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензии на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных материалов:
 - вопросы к модулю
 - вопросы к экзамену
 - банк ситуационных задач
 - банк практических заданий
 - банк деловых игр
 - эталоны тестовых заданий
 - экзаменационные билеты

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-
ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

на оценочные материалы

**по дисциплине Факультетская педиатрия, эндокринология
для студентов 4, 5 курсов
по специальности 31.05.02 Педиатрия**

Оценочные материалы составлены на кафедре детских болезней №1 на основании рабочей программы дисциплины Факультетская педиатрия, эндокринология 2023 г. и соответствуют требованиям ФГОС ВО.

Оценочные материалы включают в себя тестовые задания, вопросы к модулю, вопросы к экзамену, банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр, экзаменационные билеты.

Вопросы для оценки практических навыков позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки студентов по дисциплине Факультетская педиатрия, эндокринология.

Банк тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины Факультетская педиатрия, эндокринология и охватывают все разделы. Сложность заданий варьирует. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопросов в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям.

Количество экзаменационных билетов составляет 60, что достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включают в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Вопросы одного билета относятся к различным разделам программы, позволяют более полно охватить материал дисциплины. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр. Ситуационные задачи дают возможность объективно оценить уровень усвоения студентом теоретического материала при текущем контроле.

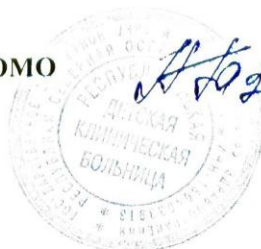
Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет. В целом, оценочные материалы по дисциплине Факультетская педиатрия, эндокринология способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными, общепрофессиональными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине Факультетская педиатрия, эндокринология могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации у студентов 4, 5 курсов педиатрического факультета.

Рецензент:

**Заместитель главного врача по КЭР и ОМО
ГБУЗ РДКБ МЗ РСО-Алания**

«18 мая 2023»



А.А. Газданова

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

на оценочные материалы

по дисциплине **Факультетская педиатрия, эндокринология**
для студентов 4, 5 курсов
по специальности **31.05.02 педиатрия**

Оценочные материалы составлены на кафедре детских болезней №1 на основании рабочей 2020 г. программ учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС 3++.

Оценочные материалы включают в себя билеты для оценки практических навыков, банк тестовых заданий, экзаменационные билеты, вопросы к модулю, банк ситуационных задач практических заданий/деловых игр. Билеты для оценки практических навыков позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки студентов по дисциплине.

Количество билетов составляет 60. Вопросы в билетах разнообразны и отражают весь объем практических навыков дисциплины **Факультетская педиатрия, эндокринология**.

Банк тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины **госпитальная педиатрия** и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам. Количество экзаменационных билетов составляет 60, что достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества.

Экзаменационный билет включают в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относятся к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты, рентгенограммы, электрокардиограммы и практических заданий/ деловых игр. Ситуационные задачи (и др.) дают возможность объективно оценить уровень усвоения студентом теоретического материала при текущем, промежуточном, итоговом контроле. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет. В целом, оценочные материалы по дисциплине **факультетская педиатрия, эндокринология** способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине **факультетская педиатрия, эндокринология** могут быть рекомендованы к текущей и промежуточной аттестации на педиатрии у студентов 4,5 курсов.

Рецензент:

Председатель ЦУМК по педиатрии
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

д.м.н., профессор

В. А. Сидорова 2023 г.



Т.Т. Бораева Т.Т. Бораева

Паспорт оценочных материалов
по дисциплине **Факультетская педиатрия, эндокринология**

№п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/ модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Входной контроль знаний		тестовые задания
Вид контроля	Текущий контроль успеваемости		
1	Ранний возраст	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр
2	Старший возраст	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр
3	Неонатология	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр
4	Гематология	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр

5	Эндокринология	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр
Вид контроля	Промежуточная аттестация		
1	Ранний возраст	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	вопросы к экзамену, билеты к экзамену
2	Старший возраст	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	вопросы к экзамену, билеты к экзамену
3	Неонатология	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	вопросы к экзамену, билеты к экзамену
4	Гематология	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	вопросы к экзамену, билеты к экзамену
5	Эндокринология	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5	вопросы к экзамену, билеты к экзамену

		ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	
--	--	---	--

ВОПРОСЫ К МОДУЛЮ

Вопросы к модулю №1

1. Рахит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика. Лечение.
2. Рахит недоношенных. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика. Особенности лечения.
3. Спазмофилия как синдром гипокальциемии на фоне острого рахита. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Исходы.
4. Гипервитаминоз Д. Причины. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Профилактика. Лечение. Исходы. Профилактика.
5. Атопический дерматит. Детская экзема. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Основные методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии. Течение. Исходы.
6. Понятие о конституции. Аномалии конституции. Экссудативно-катаральная аномалия конституции. Лимфатико-гипопластическая аномалия конституции. Проявления. Прогноз. Нервно-артритическая аномалия конституции. Проявления. Прогноз. Современные направления профилактики развития заболеваний, связанных с аномалиями конституции.
7. Неинфекционная диарея. Острые расстройства пищеварения у детей раннего возраста. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
8. Токсикоз с эксикозом. Этиология. Патогенез. Виды и степень обезвоживания. Клиника. Диагностика. Осложнения. Исходы. Основные направления терапии. Оральная и парентеральная регидратация. Программа диетической коррекции больных с различной степенью эксикоза. Профилактика.
9. Хронические расстройства питания. Классификация (паратрофия, гипотрофия, гипостатура). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Показания к назначению современных ферментных препаратов, биопротекторов и пробиотиков. Программы диетической коррекции. Использование специальных лечебных продуктов питания. Профилактика.
10. Железодефицитная анемия (ЖДА). Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Новые лекарственные формы препаратов, используемых в терапии ЖДА у детей раннего возраста. Использование специальных продуктов (для кормящих матерей и младенцев) с целью профилактики ЖДА.

Вопросы к модулю №2

1. Острые пневмонии. Классификация. Внебольничные и внутрибольничные пневмонии. Типичные и атипичные пневмонии. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические особенности очаговой, сегментарной, интерстициальной пневмоний. Течение. Осложнения.
2. Особенности клиники, рентгенологических изменений при легочной деструкции в зависимости от этиологии пневмонии (клебсиеллезная, стафилококковая, стрептококковая, пневмококковая, синегнойная). Критерии тяжести. Исходы.
3. Особенности течения пневмоний у детей первого года жизни, страдающих рахитом, атопическим дерматитом, гипотрофией.
4. Показания к госпитализации. Лечение. Особенности антибактериальной терапии внутри- и внебольничных пневмоний. Профилактика.
5. Первичный инфекционный токсикоз. Причины. Патогенез. Клинические синдромы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания и особенности инфузионной терапии. Коррекция сердечно-сосудистых расстройств и дыхательной недостаточности.
6. Врожденные пороки сердца. Классификация.

7. Пороки бледного типа. Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Вариант Толочинова-Роже. ДМЖП в мембранозной части. Клинические проявления; сроки выявления. Гемодинамические осложнения порока (синдром Эйзенменгера). Диагностика. Показания к раннему паллиативному варианту хирургического лечения. Сроки проведения радикальной кардиохирургической коррекции порока.
8. Открытый артериальный проток (ОАП). Особенности гемодинамических нарушений. Клинические проявления. Показатели инструментального обследования. Показания к хирургической коррекции.
9. Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП). Сроки выявления. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Исходы.
10. Атрио-вентрикулярная коммуникация. Полная и неполная формы.
11. Пороки сердца синего типа.
12. Тетрада Фалло. Анатомические составляющие порока. Сроки выявления. Клиника. Причины отсутствия сердечной недостаточности. Изменения показателей периферической крови. Диагностика. Сроки появления цианоза. Лечение. Купирование одышно-цианотических приступов. Показания к кардиохирургической коррекции. Исходы.
13. Полная транспозиция магистральных сосудов. Сроки выявления. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Сроки хирургического лечения. Исходы.
14. Стеноз аорты. Гемодинамические нарушения. Клиника. Диагностика. Прогноз.
15. Стеноз легочной артерии. Гемодинамические нарушения. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Прогноз.

Вопросы к модулю №3

1. Введение в неонатологию. Понятие о периодах внутриутробного развития плода, перинатальном и неонатальном периоде. Критерии живорожденности и жизнеспособности. Критерии доношенности, недоношенности и переношенности. Критерии морфофункциональной зрелости. Структура перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности
2. Ранняя неонатальная адаптация, метаболические и клинические аспекты. Физиологические (пограничные) состояния адаптационного периода. Патогенез. Клинические проявления. Мероприятия по профилактике и коррекции.
3. Оценка состояния ребенка при рождении. Шкала Апгар, Дубовитца, Баллард. Оценка степени зрелости. Первичный туалет и последующий туалет новорожденного.
4. Вскармливание новорожденных в родильном доме. Неонатальный скрининг на ФКУ и гипотиреоз. Выписка из родильного дома, сроки, показания. Показания и противопоказания к проведению БЦЖ.
5. Внутриутробная гипоксия. Понятие об острой и хронической гипоксии плода и новорожденного. Хроническая внутриутробная гипоксия. Причины. Патогенез.
6. Внутриутробная гипоксия. Методы пренатальной диагностики и коррекции. Острая внутриутробная гипоксия. Причины. Патогенез.
7. Клиника и диагностика острого и восстановительного периодов гипоксии. Роль нейросонографии (НСГ), ЭЭГ, биохимических и иных методов исследования в диагностике и реабилитации детей, перенесших внутриутробную гипоксию. Течение. Осложнения. Исходы.
8. Реанимация новорожденных в родильном доме. Реанимация и интенсивная терапия в остром периоде. Восстановительном периоде. Лечение и особенности наблюдения в восстановительном периоде.
9. Интра- и перивентрикулярные кровоизлияния. Этиология. Патогенез. Клиника. Степени кровоизлияний. Понятие о перивентрикулярной лейкомаляции. Фазы её развития. Диагностика.
10. Роль НСГ, люмбальной пункции, компьютерной томографии (КТ) и ядерно-магнитного резонанса (ЯМР) в диагностике и дифференциальной диагностике интра- и

перивентрикулярных кровоизлияний и перивентрикулярной лейкомаляции. Лечение в остром и восстановительном периодах. Показания к хирургической коррекции. Прогноз. Исходы. Осложнения.

11. Внутречерепная родовая травма. Клиника. Диагностика. Роль НСГ, КТ, ЯМР в диагностике поражения мозга ребенка. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Показания к хирургической коррекции. Исходы. Прогноз.
12. Родовая травма спинного мозга. Особенности клиники. Диагностика. Значение рентгенологических методов диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение.
13. Родовая травма периферической нервной системы. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Реанимация и интенсивная терапия в остром периоде. Лечение в восстановительном периоде. Реабилитация.
14. Задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР). Определение. Причины. Патогенез. Классификация. Клиника. Методы пренатальной и постнатальной диагностики ЗВУР плода. Лечение в пренатальном и постнатальном периодах. Особенности постнатального развития детей с ЗВУР.
15. Пренатальная (внутриутробная) гипотрофия, как наиболее частая форма ЗВУР. Клиника. Степени гипотрофии. Диагностика. Лечение. Профилактика.
16. Цитомегаловирусная инфекция. Распространенность вируса. Эпидемиология. Патогенез. Роль иммунного ответа в формировании особенностей клинических проявлений. Диагностика. Иммуноферментный, иммунофлюоресцентный методы, полимеразная цепная реакция (ПЦР). Дифференциальный диагноз. Лечение. Этиопатогенетические и паллиативные методы терапии.
17. Врожденная герпесвирусная инфекция. Эпидемиология. Роль герпес-вируса I типа (HVI) и II типа (HVII). Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Противовирусные препараты, иммуноглобулины и интерфероны в терапии герпесвирусной инфекции.
18. Врожденная краснуха. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика.
19. Врожденный хламидиоз. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Локальные и генерализованные формы. Течение. Иммунологические методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение.
20. Врожденный микоплазмоз. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Локальные и генерализованные формы. Течение. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение.
21. Врожденный листериоз. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
22. Врожденный токсоплазмоз. Распространенность. Особенности заражения. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Современные схемы терапии.
23. ГБН на почве резус-конфликта. Патогенез. Клинические формы. Пре- и постнатальная диагностика. Дифференциальный диагноз.
24. ГБН на почве резус-конфликта. Пренатальные и постнатальные методы лечения. Заменное переливание крови (ЗПК). Внутриутробное проведение ЗПК. Показания. Осложнения. Постнатальные ЗПК. Показания. Осложнения.
25. ГБН на почве резус-конфликта. Консервативные методы терапии (фототерапия, медикаментозная). Исходы. Специфическая профилактика.
26. ГБН на почве конфликта по другим эритроцитарным антигенам (ABO). Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения. Осложнения. Исходы. Профилактика.
27. Синдром дыхательных расстройств (СДР) и массивная аспирация у новорожденных. Этиология СДР. Роль системы сурфактанта и системы альвеолярных макрофагов в патогенезе СДР.

28. СДР. Клиника отечно-геморрагического синдрома, рассеянных ателектазов, болезни гиалиновых мембран. Использование шкалы Сильвермана. Диагностика. Рентгенографические признаки СДР. Дифференциальный диагноз. Течение.
29. СДР. Осложнения. Лечение. Естественные и синтетические сурфактанты. Особенности искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Осложнения терапии СДР. Исходы. Прогноз. Пренатальная профилактика.
30. Массивная аспирация легких. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Роль дренажа бронхиального дерева, ИВЛ. Показания к назначению антибиотиков. Прогноз.
31. Геморрагическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез. Представление о становлении витамин-К-зависимого звена коагуляции. Клиника.
32. Геморрагическая болезнь новорожденных. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
33. Инфекционно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Везикулопустулез, пузурчатка, абсцессы, эксфолиативный дерматит, панариций, паронихий, флегмона. Этиология. Клиника.
34. Инфекционно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Рациональный выбор антибиотиков. Профилактика.
35. Свищи и кисты. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к хирургической коррекции.
36. Омфалит, тромбофлебит, артериит пупочных сосудов, гангрена пупочного канатика. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
37. Пневмонии новорожденных. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника.
38. Пневмонии новорожденных. Особенности врожденной и постнатальной пневмонии. ИВЛ-ассоциированные постнатальные пневмонии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
39. Сепсис новорожденных. Определение. Этиология. Патогенез. Влияние системы цитокинов на формирование клинических вариантов сепсиса.
40. Сепсис новорожденных. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
41. Сепсис новорожденных. Течение. Лечение. Принципы рациональной антибиотикотерапии. Терапия иммуноглобулинами, принципы иммунокоррекции и детоксикации. Особенности противошоковой терапии у новорожденных. Прогноз. Профилактика.
42. Понятие о недоношенности. Причины недоношивания. Критерии недоношенности. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка в зависимости от гестационного возраста. Факторы, способствующие повышенной заболеваемости и летальности недоношенных. Физическое и нервно-психическое развитие недоношенных детей.
43. Выхаживание и вскармливание недоношенных детей с различной массой тела в родильном доме и на втором этапе выхаживания. Режим. Принципы кувезного содержания. Особенности ухода. Расчет питания. Методика вскармливания. Используемые смеси.
44. Онтогенетические особенности иммунной системы недоношенных детей в зависимости от гестационного возраста, влияющие на течение инфекционного процесса. Особенности клиники, течения, диагностики и лечения инфекционных заболеваний (врожденных инфекций, пневмонии, гнойно-септических заболеваний).
45. Выхаживание и вскармливание больных недоношенных новорожденных. Особенности клиники, течения, диагностики и лечения гипоксии и родовой травмы у недоношенных новорожденных. Выхаживание. Вскармливание.
46. Охрана здоровья детей – важнейшая отрасль здравоохранения. Современное состояние здоровья детей и педиатрии в России.
47. Актуальные проблемы совершенствования неонатальной и перинатальной помощи в России.

Вопросы к модулю №4

1. Гемофилия. Классификация. Этиология. Патогенез.
2. Критерии тяжести гемофилии. Клинические проявления в разные возрастные периоды. Диагностика.
3. Гемофилия. Течение. Дифференциальный диагноз. Лечение (препараты факторов свертывания, подходы к лечению гемартрозов). Неотложная помощь при кровотечениях. Осложнения. Прогноз.
4. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
5. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Течение. Осложнения. Исходы. Лечение. Неотложная помощь при кровотечениях. Показания к спленэктомии. Другие методы хирургической коррекции. Прогноз.
6. Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника в зависимости от формы геморрагического васкулита.
7. Капилляротоксический нефрит. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение.
8. Наследственный сфероцитоз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь при гемолитическом кризе. Показания к спленэктомии и рентгенэндоваскулярной окклюзии сосудов селезенки. Осложнения. Прогноз.
9. Лейкозы. Современные представления об этиопатогенезе злокачественных образований кроветворной системы. Классификация. Диагностика лейкозов (морфологические, цитохимические, цитогенетические методы, метод иммунофенотипирования).
10. Острый лимфобластный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение (программная полихимиотерапия, лучевая и сопроводительная терапия). Профилактика и лечение нейрорлейкоза. Показания к трансплантации костного мозга (ТКМ).Прогноз.
11. Острый миелобластный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Особенности терапии. Прогноз.
12. Хронический миелолейкоз (ХМЛ). Клиника в зависимости от стадии заболевания. Диагностика. Генетический маркер ХМЛ. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Показания к ТКМ. Прогноз.
13. Хронический миелоцитарный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Прогноз.

Вопросы к модулю №5

1. Сахарный диабет у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.
2. Коматозные состояния при сахарном диабете. Диагностика. Лечение.
3. Лечение сахарного диабета.
4. Болезни щитовидной железы. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.
5. Болезни паращитовидной железы. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.
6. Нарушения роста у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.
7. Ожирение у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.
8. Болезни надпочечников. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.
9. Нарушение полового развития. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Гемофилия. Классификация. Этиология. Патогенез.
2. Критерии тяжести гемофилии. Клинические проявления в разные возрастные периоды. Диагностика.
3. Гемофилия. Течение. Дифференциальный диагноз. Лечение (препараты факторов свертывания, подходы к лечению гемартрозов). Неотложная помощь при кровотечениях. Осложнения. Прогноз.
4. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
5. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Течение. Осложнения. Исходы. Лечение. Неотложная помощь при кровотечениях. Показания к спленэктомии. Другие методы хирургической коррекции. Прогноз.
6. Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника в зависимости от формы геморрагического васкулита.
7. Капилляротоксический нефрит. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение.
8. Наследственный сфероцитоз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь при гемолитическом кризе. Показания к спленэктомии и рентгенэндоваскулярной окклюзии сосудов селезенки. Осложнения. Прогноз.
9. Лейкозы. Современные представления об этиопатогенезе злокачественных образований кроветворной системы. Классификация. Диагностика лейкозов (морфологические, цитохимические, цитогенетические методы, метод иммунофенотипирования).
10. Острый лимфобластный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение (программная полихимиотерапия, лучевая и сопроводительная терапия). Профилактика и лечение нейрорлейкоза. Показания к трансплантации костного мозга (ТКМ). Прогноз.
11. Острый миелобластный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Особенности терапии. Прогноз.
12. Хронический миелолейкоз (ХМЛ). Клиника в зависимости от стадии заболевания. Диагностика. Генетический маркер ХМЛ. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Показания к ТКМ. Прогноз.
13. Хронический миелоцитарный лейкоз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Прогноз.
14. Введение в неонатологию. Понятие о периодах внутриутробного развития плода, перинатальном и неонатальном периоде. Критерии живорожденности и жизнеспособности. Критерии доношенности, недоношенности и переносимости. Критерии морфофункциональной зрелости. Структура перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности
15. Ранняя неонатальная адаптация, метаболические и клинические аспекты. Физиологические (пограничные) состояния адаптационного периода. Патогенез. Клинические проявления. Мероприятия по профилактике и коррекции.
16. Оценка состояния ребенка при рождении. Шкала Апгар, Дубовитца, Баллард. Оценка степени зрелости. Первичный туалет и последующий туалет новорожденного.
17. Вскармливание новорожденных в родильном доме. Неонатальный скрининг на ФКУ и гипотиреоз. Выписка из родильного дома, сроки, показания. Показания и противопоказания к проведению БЦЖ.
18. Внутриутробная гипоксия. Понятие об острой и хронической гипоксии плода и новорожденного. Хроническая внутриутробная гипоксия. Причины. Патогенез.
19. Внутриутробная гипоксия. Методы пренатальной диагностики и коррекции. Острая внутриутробная гипоксия. Причины. Патогенез.

20. Клиника и диагностика острого и восстановительного периодов гипоксии. Роль нейросонографии (НСГ), ЭЭГ, биохимических и иных методов исследования в диагностике и реабилитации детей, перенесших внутриутробную гипоксию. Течение. Осложнения. Исходы.
21. Реанимация новорожденных в родильном доме. Реанимация и интенсивная терапия в остром периоде. Восстановительном периоде. Лечение и особенности наблюдения в восстановительном периоде.
22. Интра- и перивентрикулярные кровоизлияния. Этиология. Патогенез. Клиника. Степени кровоизлияний. Понятие о перивентрикулярной лейкомаляции. Фазы её развития. Диагностика.
23. Роль НСГ, люмбальной пункции, компьютерной томографии (КТ) и ядерно-магнитного резонанса (ЯМР) в диагностике и дифференциальной диагностике интра- и перивентрикулярных кровоизлияний и перивентрикулярной лейкомаляции. Лечение в остром и восстановительном периодах. Показания к хирургической коррекции. Прогноз. Исходы. Осложнения.
24. Внутрочерепная родовая травма. Клиника. Диагностика. Роль НСГ, КТ, ЯМР в диагностике поражения мозга ребенка. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Показания к хирургической коррекции. Исходы. Прогноз.
25. Родовая травма спинного мозга. Особенности клиники. Диагностика. Значение рентгенологических методов диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение.
26. Родовая травма периферической нервной системы. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Реанимация и интенсивная терапия в остром периоде. Лечение в восстановительном периоде. Реабилитация.
27. Задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР). Определение. Причины. Патогенез. Классификация. Клиника. Методы пренатальной и постнатальной диагностики ЗВУР плода. Лечение в пренатальном и постнатальном периодах. Особенности постнатального развития детей с ЗВУР.
28. Пренатальная (внутриутробная) гипотрофия, как наиболее частая форма ЗВУР. Клиника. Степени гипотрофии. Диагностика. Лечение. Профилактика.
29. Цитомегаловирусная инфекция. Распространенность вируса. Эпидемиология. Патогенез. Роль иммунного ответа в формировании особенностей клинических проявлений. Диагностика. Иммуноферментный, иммунофлюоресцентный методы, полимеразная цепная реакция (ПЦР). Дифференциальный диагноз. Лечение. Этиопатогенетические и паллиативные методы терапии.
30. Врожденная герпесвирусная инфекция. Эпидемиология. Роль герпес-вируса I типа (HVI) и II типа (HVII). Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Противовирусные препараты, иммуноглобулины и интерфероны в терапии герпесвирусной инфекции.
31. Врожденная краснуха. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика.
32. Врожденный хламидиоз. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Локальные и генерализованные формы. Течение. Иммунологические методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение.
33. Врожденный микоплазмоз. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Локальные и генерализованные формы. Течение. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение.
34. Врожденный листериоз. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
35. Врожденный токсоплазмоз. Распространенность. Особенности заражения. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Современные схемы терапии.
36. ГБН на почве резус-конфликта. Патогенез. Клинические формы. Пре- и постнатальная диагностика. Дифференциальный диагноз.

37. ГБН на почве резус-конфликта. Пренатальные и постнатальные методы лечения. Заменное переливание крови (ЗПК). Внутритробное проведение ЗПК. Показания. Осложнения. Постнатальные ЗПК. Показания. Осложнения.
38. ГБН на почве резус-конфликта. Консервативные методы терапии (фототерапия, медикаментозная). Исходы. Специфическая профилактика.
39. ГБН на почве конфликта по другим эритроцитарным антигенам (ABO). Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения. Осложнения. Исходы. Профилактика.
40. Синдром дыхательных расстройств (СДР) и массивная аспирация у новорожденных. Этиология СДР. Роль системы сурфактанта и системы альвеолярных макрофагов в патогенезе СДР.
41. СДР. Клиника отечно-геморрагического синдрома, рассеянных ателектазов, болезни гиалиновых мембран. Использование шкалы Сильвермана. Диагностика. Рентгенографические признаки СДР. Дифференциальный диагноз. Течение.
42. СДР. Осложнения. Лечение. Естественные и синтетические сурфактанты. Особенности искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Осложнения терапии СДР. Исходы. Прогноз. Пренатальная профилактика.
43. Массивная аспирация легких. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Роль дренажа бронхиального дерева, ИВЛ. Показания к назначению антибиотиков. Прогноз.
44. Геморрагическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез. Представление о становлении витамин-К-зависимого звена коагуляции. Клиника.
45. Геморрагическая болезнь новорожденных. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
46. Инфекционно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Везикулопустулез, пузырчатка, абсцессы, эксфолиативный дерматит, панариций, паронихий, флегмона. Этиология. Клиника.
47. Инфекционно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Рациональный выбор антибиотиков. Профилактика.
48. Свищи и кисты. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к хирургической коррекции.
49. Омфалит, тромбофлебит, артериит пупочных сосудов, гангрена пупочного канатика. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
50. Пневмонии новорожденных. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника.
51. Пневмонии новорожденных. Особенности врожденной и постнатальной пневмонии. ИВЛ-ассоциированные постнатальные пневмонии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
52. Сепсис новорожденных. Определение. Этиология. Патогенез. Влияние системы цитокинов на формирование клинических вариантов сепсиса.
53. Сепсис новорожденных. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
54. Сепсис новорожденных. Течение. Лечение. Принципы рациональной антибиотикотерапии. Терапия иммуноглобулинами, принципы иммунокоррекции и детоксикации. Особенности противошоковой терапии у новорожденных. Прогноз. Профилактика.
55. Понятие о недоношенности. Причины недоношивания. Критерии недоношенности. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка в зависимости от гестационного возраста. Факторы, способствующие повышенной заболеваемости и летальности недоношенных. Физическое и нервно-психическое развитие недоношенных детей.
56. Выхаживание и вскармливание недоношенных детей с различной массой тела в родильном доме и на втором этапе выхаживания. Режим. Принципы кузовного содержания. Особенности ухода. Расчет питания. Методика вскармливания. Используемые смеси.
57. Онтогенетические особенности иммунной системы недоношенных детей в зависимости от гестационного возраста, влияющие на течение инфекционного процесса. Особенности

- клиники, течения, диагностики и лечения инфекционных заболеваний (врожденных инфекций, пневмонии, гнойно-септических заболеваний).
58. Выхаживание и вскармливание больных недоношенных новорожденных. Особенности клиники, течения, диагностики и лечения гипоксии и родовой травмы у недоношенных новорожденных. Выхаживание. Вскормливание.
 59. Охрана здоровья детей – важнейшая отрасль здравоохранения. Современное состояние здоровья детей и педиатрии в России.
 60. Актуальные проблемы совершенствования неонатальной и перинатальной помощи в России.
 61. Рахит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика. Лечение.
 62. Рахит недоношенных. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика. Особенности лечения.
 63. Спазмофилия как синдром гипокальциемии на фоне острого рахита. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Исходы.
 64. Гипервитаминоз Д. Причины. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Профилактика. Лечение. Исходы. Профилактика.
 65. Атопический дерматит. Детская экзема. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Основные методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии. Течение. Исходы.
 66. Понятие о конституции. Аномалии конституции. Экссудативно-катаральная аномалия конституции. Лимфатико-гипопластическая аномалия конституции. Проявления. Прогноз. Нервно-артритическая аномалия конституции. Проявления. Прогноз. Современные направления профилактики развития заболеваний, связанных с аномалиями конституции.
 67. Неинфекционная диарея. Острые расстройства пищеварения у детей раннего возраста. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
 68. Токсикоз с эксикозом. Этиология. Патогенез. Виды и степень обезвоживания. Клиника. Диагностика. Осложнения. Исходы. Основные направления терапии. Оральная и парентеральная регидратация. Программа диетической коррекции больных с различной степенью эксикоза. Профилактика.
 69. Хронические расстройства питания. Классификация (паратрофия, гипотрофия, гипостатура). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Показания к назначению современных ферментных препаратов, биопротекторов и пробиотиков. Программы диетической коррекции. Использование специальных лечебных продуктов питания. Профилактика.
 70. Железодефицитная анемия (ЖДА). Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Новые лекарственные формы препаратов, используемых в терапии ЖДА у детей раннего возраста. Использование специальных продуктов (для кормящих матерей и младенцев) с целью профилактики ЖДА.
 71. Острые пневмонии. Классификация. Внебольничные и внутрибольничные пневмонии. Типичные и атипичные пневмонии. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические особенности очаговой, сегментарной, интерстициальной пневмоний. Течение. Осложнения.
 72. Особенности клиники, рентгенологических изменений при легочной деструкции в зависимости от этиологии пневмонии (клебсиеллезная, стафилококковая, стрептококковая, пневмококковая, синегнойная). Критерии тяжести. Исходы.
 73. Особенности течения пневмоний у детей первого года жизни, страдающих рахитом, атопическим дерматитом, гипотрофией.
 74. Показания к госпитализации. Лечение. Особенности антибактериальной терапии внутри- и внебольничных пневмоний. Профилактика.
 75. Первичный инфекционный токсикоз. Причины. Патогенез. Клинические синдромы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания и особенности инфузионной терапии. Коррекция сердечно-сосудистых расстройств и дыхательной недостаточности.

76. Врожденные пороки сердца. Классификация.
77. Пороки бледного типа. Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Вариант Толочинова-Роже. ДМЖП в мембранозной части. Клинические проявления; сроки выявления. Гемодинамические осложнения порока (синдром Эйзенменгера). Диагностика. Показания к раннему паллиативному варианту хирургического лечения. Сроки проведения радикальной кардиохирургической коррекции порока.
78. Открытый артериальный проток(ОАП). Особенности гемодинамических нарушений. Клинические проявления. Показатели инструментального обследования. Показания к хирургической коррекции.
79. Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП). Сроки выявления. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Исходы.
80. Атрио-вентрикулярная коммуникация. Полная и неполная формы.
81. Пороки синего типа.
82. Тетрада Фалло. Анатомические составляющие порока. Сроки выявления. Клиника. Причины отсутствия сердечной недостаточности. Изменения показателей периферической крови. Диагностика. Сроки появления цианоза. Лечение. Купирование одышно-цианотических приступов. Показания к кардиохирургической коррекции. Исходы.
83. Полная транспозиция магистральных сосудов. Сроки выявления. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Сроки хирургического лечения. Исходы.
84. Стеноз аорты. Гемодинамические нарушения. Клиника. Диагностика. Прогноз.
85. Стеноз легочной артерии. Гемодинамические нарушения. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Прогноз.
86. Хирургическое лечение пороков с препятствием кровотоку.
87. Острые пневмонии. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника очаговой, сегментарной, лobarной (крупозной), интерстициальной пневмоний. Течение. Осложнения. Критерии тяжести. Особенности клинического течения у подростков. Диагностика. Показания к госпитализации. Лечение. Особенности антибактериальной терапии внутрибольничных и внебольничных пневмоний. Исходы. Профилактика.
88. Бронхиты. Этиология. Роль инфекционных, физических и химических факторов в развитии бронхитов. Роль загрязнения атмосферного воздуха, пассивного и активного курения. Классификация. Острые бронхиты: острый (простой) бронхит, острый бронхиолит, рецидивирующий бронхит, обструктивный бронхит. Первичные и вторичные бронхиты. Хронический бронхит, облитерирующий бронхит. Патогенез бронхитов. Особенности клинической картины. Течение бронхитов. Особенности у подростков. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к бронхологическому обследованию. Лечение. Показания к антибактериальной терапии. Муколитическая терапия. Физиотерапия. Массаж. ЛФК. Исходы. Профилактика.
89. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления в приступном периоде. Патогенез и клиника астматического статуса. Осложнения в приступном периоде. Клиника в послеприступном периоде. Осложнения при длительном течении астмы, протекающей с частыми рецидивами. Особенности течения бронхиальной астмы в пубертатном периоде. Диагностика. Аллергологические кожные пробы. Определение общего и специфических IgE. Функция внешнего дыхания. Принципы лечения. Неотложная помощь в приступном периоде. Базисная терапия. Показания к назначению ингаляционных, системных кортикостероидов. Немедикаментозные методы лечения. Специфическая гипосенсибилизация. Исходы.
90. Ревматизм. Этиология. Современные взгляды на патогенез заболевания. Морфологическая основа функциональных нарушений. Значение неспецифического экссудативного компонента воспаления, определяющего остроту течения процесса.
91. Основные критерии диагноза. (Киселя-Джонса-Нестерова). Дополнительные критерии диагноза. Критерии активности ревматического процесса.

92. Классификация ревматизма. Основные клинические проявления: кардит, полиартрит, хорея, аннулярная эритема, ревматические узелки.
93. Первичный ревматизм (ревматическая лихорадка). Первичный ревмокардит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы.
94. Возвратный ревматизм. Возвратный ревмокардит (хроническая ревматическая болезнь сердца). Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы.
95. Приобретенные пороки сердца: недостаточность митрального клапана, стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия, недостаточность аортального клапана, аортальный стеноз. Гемодинамические нарушения. Сроки формирования пороков. Клинические проявления. Диагностика. Прогноз.
96. Экстракардиальные поражения при первичном и возрастном ревматизме. Клинические проявления. Диагностика. Течение.
97. Характеристика течения ревматизма: острое, подострое, затяжное, вялое, латентное, непрерывно-рецидивирующее. Особенности течения ревматизма у подростков.
98. Этапное лечение ревматизма. Лечение острого периода. Показания к назначению кортикостероидов. Особенности лечения хореи. Санаторное лечение.
99. Первичная и вторичная профилактика ревматизма.
100. Гастриты. Гастродуодениты. Хронический гастрит. Хронический гастродуоденит. Соотношение факторов агрессии и защиты в этиологии. Роль пилорического геликобактера. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Функциональные методы исследования желудочной секреции (зондовые, беззондовые методы). Внутривентрикулярная рН-метрия. Показания к рентгенологическому исследованию. Фиброгастродуоденоскопия. Дифференциальная диагностика. Лечение. Особенности лечения гастрита геликобактерной этиологии. Профилактика.
101. Язвенная болезнь. Роль агрессивных факторов и факторов защиты в возникновении язв. Роль нервной системы, изменения гуморальной регуляции в развитии язв. Классификация. Клинические проявления в зависимости от стадии язвенной болезни. Особенности течения в подростковом возрасте. Диагностика. Методы оценки желудочной секреции. Методы выявления пилорического геликобактера. Лечение язвенной болезни. Осложнения. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь при кровотечении и прободении язвы. Показания к хирургическому лечению. Профилактика.
102. Болезни желчных путей. Классификация.
103. Функциональные нарушения желчевыводящих путей (нарушение кинетики и биохимизма желчи). Синдром холестаза; механизмы формирования.
104. Острый гломерулонефрит: Этиология. Патогенез. Особенности клиники в зависимости от преобладающего синдрома. Диагностика. Базисная терапия. Исходы.
105. Острый гломерулонефрит: Роль стрептококка и вирусной инфекции в развитии острого гломерулонефрита. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Исходы.
106. Острый гломерулонефрит: Этиология. Морфологические варианты. Особенности клиники в зависимости от преобладающего синдрома. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Характеристика базисной терапии. Исходы.
107. Острый гломерулонефрит: Роль стрептококка и вирусной инфекции в развитии острого гломерулонефрита. Морфологические варианты. Клиника. Диагностика. Показания к биопсии почки. Лечение. Показания к применению гормональной терапии. Исходы. Прогноз.
108. Острый гломерулонефрит: Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиники в зависимости от преобладающего синдрома. Показания к биопсии почки. Характеристика базисной терапии. Осложнения. Прогноз.
109. Хронический гломерулонефрит: Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение. Исходы.

110. Хронический гломерулонефрит: Классификация. Особенности клинической картины в зависимости от форм. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к назначению гормональной и цитостатической терапии. Исходы. Прогноз.
111. Хронический гломерулонефрит: Этиология. Патогенез. Морфологические критерии, характеризующие хронизацию процесса. Клиника. Диагностика. Течение. Лечение. Роль препаратов интерферона в лечении хронического гломерулонефрита. Осложнения. Исходы.
112. Хронический гломерулонефрит: Классификация. Особенности течения гломерулонефрита у подростков. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к назначению гормональной и цитостатической терапии. Осложнения. Прогноз.
113. Хронический гломерулонефрит: Этиология. Морфологические критерии характеризующие хронизацию процесса. Особенности клинической картины в зависимости от форм. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Особенности динамического наблюдения. Осложнения. Исходы.
114. Пиелонефрит: Понятие о неосложненной и осложненной инфекции мочевых путей. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы. Прогноз.
115. Пиелонефрит: Этиология. Предрасполагающие факторы (аномалии развития почек и мочевыводящих путей, нарушения метаболизма). Зависимость клинических проявлений заболевания от типа пиелонефрита и возраста ребёнка. Значение УЗИ почек для ранней диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы.
116. Пиелонефрит: Классификация. Зависимость клинических проявлений заболевания от типа пиелонефрита и возраста ребёнка. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Подбор и длительность применения препаратов антибактериального действия. Прогноз.
117. Пиелонефрит: Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Показания к проведению рентгенологических исследований (цистография, внутривенная урография). Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Исходы.
118. Пиелонефрит: Предрасполагающие факторы (аномалии развития почек и мочевыводящих путей, нарушения метаболизма). Патогенез. Клиника. Диагностика. Значение УЗИ почек для ранней диагностики. Дифференциальный диагноз. Подбор и длительность применения препаратов антибактериального действия. Осложнения. Прогноз. Профилактика.
119. Пиелонефрит: Понятие о неосложненной и осложненной инфекции мочевых путей. Этиология. Классификация. Клиника. Показания к проведению рентгенологических исследований (цистография, внутривенная урография). Дифференциальный диагноз. Лечение. Подбор и длительность применения препаратов антибактериального действия. Осложнения. Прогноз.

БАНК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4, 5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача № 1

Ребёнку 2,5 месяца. С 3 недель жизни из-за мастита у матери находится на искусственном вскармливании донорским молоком. В настоящее время в питание введены смеси, в том числе "Малыш". Мать отмечает появление красноты в паховых областях, на шее, в подмышечных впадинах (несмотря на тщательный уход). На щеках, подбородке появилась гиперемия, шелушение, а затем трещины и мокнутие с образованием корок. Ребёнок беспокоен, стал плохо спать.

Вопросы к задаче

1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?
2. Определите изменения на коже.
3. Какой причиной, вероятнее всего, вызваны эти изменения?
4. Передается ли по наследству данное заболевание?
5. Какие изменения характерны для картины крови?
6. Наметьте план лечебных мероприятий.
7. Перечислите антигистаминные препараты.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4, 5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №2

Ребёнок 5-ти месяцев поступил в клинику с явлениями правосторонней пневмонии на фоне перенесённой респираторной вирусной инфекции. Мать ребёнка работает медицинской сестрой, отмечает зуд на руках при работе с антибиотиками пенициллинового ряда. У мальчика на 1-м месяце жизни отмечалась "молочная" корка, себорея, упорные опрелости, несмотря на тщательный уход.

В комплекс лечения пневмонии был включён ампициллин. После второй инъекции у ребёнка на теле появилась зудящая сыпь в виде волдырей розового цвета, неправильной формы и различной величины.

Вопросы к задаче

1. Поставьте диагноз.
2. Чем можно объяснить отрицательную динамику в состоянии ребёнка при назначении лечения?
3. Передается ли данное заболевание по наследству?
4. Каков патогенез заболевания?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Распишите диету данному больному.
7. Какую лечебную тактику следует выбрать в данном случае?
8. Тактика ведения больного после выздоровления.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4, 5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №3

Девочке 1 год, посещает ясли. Часто болеет респираторными заболеваниями, дважды они протекали с явлениями круп. Почти постоянно кашляет, носовое дыхание затруднено, из носа слизистое отделяемое.

При диспансеризации отмечена сухость кожи, на щеках телеангиоэктазии. Лимфоузлы шейной группы увеличенные, множественные. Язык "географический". Имеется зернистость задней стенки глотки. В лёгких - проводные хрипы. Несколько увеличены печень и селезёнка. В анализах крови эозинофилия до 8%, диспротеинемия. В анализе мочи - значительное количество эпителия, лейкоцитов 20-30 в п/зр.

Вопросы к задаче

1. О каком заболевании свидетельствуют приведённые данные?
2. Все ли симптомы говорят в пользу поставленного диагноза?
3. Какие ещё заболевания можно заподозрить у ребёнка?
4. Назначьте дополнительные методы исследования.
5. Какие состояния характеризует картина крови и мочи?
6. Назначьте специфическую терапию.
7. Составьте план лечебно - профилактических мероприятий для данного больного.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4, 5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №4

Мать обратилась в поликлинику с жалобами на мокнутие кожи за ушными раковинами и блефарит у ребёнка 8 мес.

Врач обратил внимание на бледность и вялость ребёнка, нерезкое отставание в психомоторном развитии, пастозность и дряблость подкожно -жировой клетчатки, увеличение всех групп лимфоузлов, гипертрофию миндалин.

Вопросы к задаче №4

1. Чем можно объяснить выявленные у ребёнка изменения?
2. Передается ли данное заболевание по наследству?
3. В чём опасность такого состояния?
4. Назначьте дополнительные методы исследования
5. Назначьте лечение данному больному.
6. Тактика дальнейшего ведения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4,5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №5

Больной М. Ч., 10 лет, поступил в отделение с жалобами на одышку, слабость в течение 4-5 дней. Ранее наблюдался по поводу БА, которой страдает с 5 лет. Первый приступ появился на фоне полного здоровья, внезапно появилось затруднение носового дыхания, серозные выделения из носа, зуд кончика носа, а через несколько часов одышка. При осмотре состояние тяжёлое, бледность, тени под глазами. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры до 40 в минуту. Над лёгкими дыхание ослабленное, дистантные хрипы. Перкуторный звук с коробочным оттенком, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке непостоянного характера. Печень выступает из-под края подреберья на 2 см. Мягкоэластической консистенции, положителен симптом Ортугера. Стул с запорами по 3-4 дня. Результаты осмотра ЛОР-врача - гиперплазия слизистой нижних носовых ходов, отёк, аденоиды III степени.

Общий анализ крови: эр.- $3,8 \times 10^{12}$ /л, Нв-90 г/л, цв. п.-0,8, л.- $4,3 \times 10^9$ /л. эоз.-0, пал.-4%, сегм.-30%, лимф.-60%, мон.-6%, СОЭ-18 мм/час.

Спирограмма: ЖЕЛ составляет 80% от должной величины, соотношение вдоха и выдоха 1:2, индекс Тиффно 40%, МВЛ 40% от ДМВЛ

Пневмотахометрия: выдоха-1,2 л/с, выдоха_3,2л/с.

R-грамма органов грудной клетки прилагается.

Вопросы к задаче

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените дыхательную недостаточность.
3. Передается ли данное заболевание по наследству?
4. Интерпретируйте результаты параклинических исследований.
5. Наметьте программу дальнейшего обследования.
6. Наметьте программу лечения.
7. Тактика дальнейшего ведения ребенка в амбулаторных условиях.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4,5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №6

Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания).

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница. У отца - язвенная болезнь желудка.

В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан активно участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык "географический", заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД -28 в 1 минуту, Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая - на 1 см кнутри от правого края грудины, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень 2 см из-под реберного края Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

Общий анализ крови: НЬ - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,8 \times 10^9/л$, п/я -1 %, с - 48%, э - 14%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 100,0 мл, относительная плотность -1016, слизи - нет, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Вопросы к задаче

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.
2. Оцените степень дыхательной недостаточности.
3. Этиология данной формы заболевания?
4. Передается ли данное заболевание по наследству?
5. В каком случае необходима госпитализация ребенка?
6. Какие дополнительные исследования, проведенные во внеприступном периоде подтвердят данную форму заболевания?
7. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
8. Охарактеризуйте диету данному больному.
9. Назначьте лечение.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4,5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №7

Мальчик 5 лет, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С 5 месяцев страдает атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался хорошо.

После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 мес.) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год), сопровождающимися субфебрильной температурой, кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами. Рентгенографический диагноз "пневмония" не подтверждался. В 3 года во время очередного ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола только через 4 часа. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых.

Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии - бронхиальная астма, у матери - экзема. Заболел 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°C отмечались насморк, чихание. В связи с ухудшением состояния, появлением приступообразного кашля, одышки - направлен на стационарное лечение.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°C, приступообразный кашель, дыхание свистящее с удлиненным выдохом. ЧД 32 в 1 минуту. Слизистая зева слегка гиперемирована, зернистая. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие сухие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС - 88 уд/мин.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $4,6 \times 10^{12}/л$, Лейк - $4,8 \times 10^9/л$, п/я -3%, с - 51%, э - 8%, л - 28%, м - 10%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 120,0 мл, прозрачность - полная. относительная плотность - 1018, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. Очаговых теней нет.

Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.

Вопросы к задаче

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.
2. Оцените степень дыхательной недостаточности.
3. Передается ли данное заболевание по наследству?
4. Интерпретируйте результаты дополнительных методов исследований.
5. Назначьте лечение в данном периоде заболевания?
6. Опишите этапное лечение заболевания.
7. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4,5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №8

Больная 3., 3 года, планово поступила в стационар.

Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриосептостомия). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка.

При поступлении: кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде "барабанных палочек", ногти - "часовых стекол", деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,0 см вправо от правой парастернальной линии, левая - по левой аксиллярной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны ритмичные, ЧСС - 160 уд/мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3 см.

Общий анализ крови: НЬ - 148 г/л, Эр - $4,9 > < 1012/л$, Ц.п. - 0,9, Лейк $7,8 \times 10^9/л$ п/я - 4%, с - 21%, э - 1%, л - 70%, м - 4%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты 0-1 в п/з, эритроциты - 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, кальций - 1,8 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л. АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте предварительный диагноз по классификации.
2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза и определения характера сердечных изменений?
3. Как объяснить появление симптомов "барабанных палочек" и "часовых стекол"?
4. Назовите возможные неблагоприятные факторы, определяющие формирование врожденных пороков сердца.
5. Составьте план лечения больного.
6. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.
7. Оцените результаты общего анализа крови.
8. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?
9. Дайте заключение по общему анализу мочи

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4, 5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №9

Мальчик К., 11 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол". Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая - по левой среднеключичной линии, правая - по правой парастернальной линии, верхняя - II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС - 140 уд/мин, ЧД - 40 в 1 минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

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

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1004, белок - отсутствует, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, 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.

АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0.180 (норма - до 0,200).

Кислотно-основное состояние крови: рСб - 62 мм рт.ст. (норма - 80-100), рСО₂ - 50 мм рт.ст. (норма - 36-40), рН - 7,29, ВЕ - -8,5 ммоль/д (норма - $\pm 2,3$).

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте предварительный диагноз по классификации.
2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза и определения характера сердечных изменений?
3. Как объяснить появление симптомов "барабанных палочек" и "часовых стекол"?
4. Назовите возможные неблагоприятные факторы, определяющие формирование врожденных пороков сердца.
5. Составьте план лечения больного.
6. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.
7. Оцените результаты общего анализа крови.
8. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?
9. Дайте заключение по общему анализу мочи

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4, 5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №10

При диспансерном осмотре школьным врачом у девочки 11 лет выявлена экстрасистолия. Пациентка жалоб не предъявляет, давность возникновения аритмии не известна.

Из анамнеза: девочка родилась в срок от первой, протекавшей с токсикозом беременности, быстрых родов, массой 3300 г, длиной 52 см. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. До трехлетнего возраста часто болела ОРВИ. Кардиологом не наблюдалась. Учится в двух школах: музыкальной и общеобразовательной.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - III ребро, левая - на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации тоны сердца слегка приглушены, в положении лежа выслушивается 6-7 экстрасистол в минуту. В положении стоя тоны сердца ритмичные, экстрасистолы не выслушиваются, при проведении пробы с физической нагрузкой (десять приседаний) количество экстрасистол уменьшилось до 1 в минуту. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Симптомы Кера, Ортугера слабо положительные. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л, Лейк - $7,0 \times 10^9/\text{л}$, п/я - 5%, с - 60%, л - 31 %, м - 4%, СОЭ - 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 40 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 35 Ед/л (норма - до 40), СРБ - отрицательный.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 64 уд/мин, горизонтальное положение электрической оси сердца. Суправентрикулярные экстрасистолы. Высокий зубец Т в грудных отведениях. В положении стоя экстрасистолы не зарегистрированы.

ЭхоКГ: полости, толщина, экскурсия стенок не изменены. Проток митрального клапана без регургитации. Фракция выброса 64%.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте предварительный диагноз по классификации.
2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза и определения характера сердечных изменений?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назовите возможные неблагоприятные факторы, определяющие формирование данной патологии сердца.
5. Составьте план лечения больного.
6. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.
7. Оцените результаты общего анализа крови.
8. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?
9. Дайте заключение по общему анализу мочи.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4, 5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №11

Мальчик 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак, отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось.

Ребенок от 1-ой беременности, роды срочные. Находились на естественном вскармливании до 2 месяцев.

Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца - сыпь. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухость, большие перерывы в еде.

Осмотр: рост 137 см., масса 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя () в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень 0 1 в/3, край мягко – эластичный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, иногда типа «овечьего».

Общий анализ крови: НЬ-132 г/л; Эр-4,4х10¹²/л; Ц.п.-0,9; Лейк-7,3х 10⁹ г/л; п/я-3 %, с/я-47 %, л-38 %, э-4 %, м-8 %; СОЭ-5мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, рН-5,5; прозрачность неполная; плотность - 1019; белок - нет, глюкоза - нет; эп кл.- единичные клетки в п/з, лейкоциты-2,3 в п/з, слизь - немного, соли - небольшое количество оксалатов.

Биохимический анализ крови: общий белок-75 г/л, АсАТ-38 Ед/л, АлАТ-32 Ед/л, общий билирубин 18 мкмоль/л, из них связ. - 0; ЩФ - 140 Ед/л, амилаза - 38 Ед/л, тимоловая проба - 3 ед.

Эзофагогастродуоденофиброскопия: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая антрального отдела желудка гнездо гиперемии, отечная, содержит слизь, луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на рН.

Биопсийный тест (де -Нол тест) на НР: ().

Дыхательный уреазный тест: положительный.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65х 38 мм (норма 50х30) с перегибом в области шейки, содержит гетерогенное содержимое. Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте диагностический алгоритм
3. Этиопатогенез заболевания.
4. На каком свойстве пилорического хеликобактера основана его экспресс диагностика?
5. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
6. Назначьте диету.
7. Какие схемы лечения заболевания Вы знаете?
8. Как долго надо наблюдать ребенка в поликлинике?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4, 5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №12

Мальчик 12 лет, в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды. Редко боли за грудиной и чувство затруднения при прохождении кусковой пищи. Беспокоит изжога, отрыжка. Также имеются боли в эпигастрии при длительном перерыве в еде. Мать ребенка - 38 лет, гастрит; отец - 40 лет, гастродуоденит; бабушка (по матери) - рак пищевода.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 5 месяцев. До 4 лет пищевая аллергия на цитрусовые в виде сыпи. Начал заниматься тяжелой атлетикой - штангой.

Осмотр: рост 160 см., масса 50 кг., кожа, зев, сердце и легкие - без патологии. Живот не увеличен, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется небольшая изжога и болезненность, болезненность и пилородуоденальной области. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Стул регулярный, оформленный.

Общий анализ крови: НЬ - 136 л; Ц.п. - 0,92; Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,2 \times 10^9$ г/л; п/я - 3 %, с/я - 54 %, э - 3 %, л - 32 %, м - 8 %; СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 6,0; плотность - 1023; белок - нет, сахар - нет; эп.кл. - небольшое количество, лейкоциты - 1 - 2 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 56 %, глобулины: альфа1 - 5 %, альфа2 - 10 %, бета - 12 %, гамма - 18 %, АлАТ 30 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 78 Ед/л, амилаза - 60 Ед/л (норма 10 - 120), тимоловая проба - 3 ед., общий билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 4 мкмоль/л, железо - 16 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: отрицательная реакция.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, гиперемия по типу "языков пламени", на задней стенке крупная эрозия до 0,3 см., кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов не изменена.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь 52*30, содержимое его гомогенное, толщина стенки 1 мм. Поджелудочная железа не увеличена, с ровными контурами, эхогенность нормальная.

Внутриполостная рН-метрия 3-х электродным зондом: натошак - рН в н/3 пищевода 6,3; периодически кратковременное на 15 - 20 сек. снижение до 3,3 - 3,0; в теле желудка 1,7, в антруме 3,8; после стимуляции 0,1 % р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - рН пищевода 6 - 6,5 со снижением уровня рН чаще по 30 - 40 сек. до 2,8 - 3,3; в теле 1,3; в антруме 3,6.

Биопсийный тест (де-нол тест) на НР-инфекцию: отрицательный.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте его.
3. Этиопатогенез заболевания.
4. Проведите анализ эзофагогастродуоденоскопии.
5. Современные принципы лечения данного заболевания.
6. Назначьте комплексную терапию данному больному.
7. Что такое эрадикация Нр-инфекции?
8. От каких факторов будет зависеть эффективность эрадикации?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4, 5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №13

Ребенок 13 лет поступил в приемное отделение больницы с жалобами на ноющие боли в подложечной области сразу после приема пищи, тошноту, однократную рвоту, снижение аппетита, слабость, утомляемость, головные боли.

Болеет около 2 лет. Периодически беспокоят боли ноющего характера в подложечной области, тошнота.

Заболевание мать связывает с нарушением питания (в школе нет буфета), отмечаются большие промежутки между приемами пищи. Не лечились. Настоящее ухудшение наступило за сутки до поступления: боли стали возникать чаще, сразу после приема пищи, носили ноющий характер, рвота после приема пищи. В связи с этим мать обратилась к участковому} педиатру, который направил ребенка на стационарное лечение. В анамнезе частые ОРВИ, находится на диспансерном учете по поводу хронического пансинуита. Бабушка со стороны матери страдает хроническим гастритом. При поступлении температура - 36,7°, масса тела 30 кг. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. В полости рта множество кариозных зубов. Язык обложен белым налетом. Отмечается болезненность в области гайморовых и лобных пазух, слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов. Легкие и сердце без патологии, PS - 80 уд. в мин., ЧД - 26 в 1 мин. Живот при пальпации болезненный в подложечной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Данные параклинических исследований:

Общий анализ крови: эритроц. - $3,9 \times 10^{12}/л$, Нв - 109 г/л, цв. пок. - 0,8, лейкоц. - $9,2 \times 10^9/л$, с/я - 44 %, п/я - 10 %, лимф. - 36 %, мон. - 8 %, эоз - 2 %. СОЭ - 12 мм/час (№ 8).

Сывороточное железо - 10 мкмоль/л (№ - 14,3), амилаза - 72 ед. (N - 10

150 ед). Фиброгастроскопия: Слизистая оболочка ярко гиперемизирована. отечная.

Чередуются участки гиперемии с эрозированной поверхностью, с участками менее яркого цвета.

Заключение: Эрозивный гастрит с поражением желез без атрофии.

УЗИ: Печень, желчный пузырь и поджелудочная железа без патологии.

Рентгенография придаточных пазух носа: краевое затемнение обеих гайморовых пазух.

Вопросы к задаче

1. Поставить диагноз с учетом классификации.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Составьте диагностический алгоритм.
4. Оцените общий анализ крови.
5. Назначить диету.
6. Современные принципы лечения данного заболевания.
7. Предложите схему лечения данному ребенку?
8. Какова должна быть тактика наблюдения за больным после выписки из стационара?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4, 5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №14

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на "голодные" боли в эпигастрии. появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ФЭГДС госпитализирована.

У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интраверт.

Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо - Робсона. Печень не увеличена, без боли. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,2 \times 10^9$ г/л; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, Ал АТ - 19 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза - 100 Ед/л (норма 10-

120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 3 мк моль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8х0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55х21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Ацидометрия желудка: натощак - pH в теле 2,4; в антруме 4,2; через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - pH в теле 1,4; в антруме 2,8.

Дыхательный уреазный тест: положительный. *Биопсийный тест на НР-инфекцию:* положительный ().

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назовите этиопатогенетические причины возникновения данного заболевания.
4. Назовите отягощающие факторы заболевания.
5. Перечислите основные методы и способы диагностики НР-инфекции
6. Назначьте лечение данному ребенку.
7. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.
8. Оцените результаты общего анализа крови.
9. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?
10. Дайте заключение по общему анализу мочи.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4,5

Дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

Ситуационная задача №15

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений отрыжка, редко изжога.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает.

Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

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

Общий анализ крови: Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$; Нб - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретикулоциты - 50% - 5%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29 об%; Лейк - $8,7 \times 10^9/л$; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - $390 \times 10^9/л$; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало - 1 минута, конец - 2,5 минут.

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

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

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

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

Эзофагогастродуоденоскопия через 2 суток: эндоскопическая картина та же, признаков кровотечения из язвы нет. Взята биопсия слизистой оболочки антрального отдела на НР.

Биопсийный тест (де-нол тест) на НР: (+).

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

хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

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

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назовите этиопатогенетические причины возникновения данного заболевания.
4. Оцените результаты УЗИ.
5. Перечислите основные методы и способы диагностики НР-инфекции
6. Какие схемы антихеликобактерной терапии Вы знаете?
7. Назначьте лечение данному ребенку.
8. Нуждается ли ребенок в ферментотерапии?
9. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.
10. Оцените результаты общего анализа крови.
11. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?
12. Дайте заключение по общему анализу мочи.

БАНК ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

Практическое задание №1

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Маргиев П.

Возраст 7 лет

Доставленное количество – <u>40,0</u> Цвет <u>мясных помоев</u> Реакция <u>щелочная</u> Удельный вес <u>1010</u> Прозрачность <u>неполная</u> Белок <u>0,066‰</u>	Микроскопия осадка 1. Эпителиальные клетки _____ Плоские <u>единичные</u> 2. Лейкоциты <u>4-3-4</u> в п/зр 3. Эритроциты <u>большое количество</u> 4. Цилиндры <u>2-1-4</u> в п/зр 5. Соли <u>кальция оксалат</u> 6. Слизь _____
---	--

Практическое задание №2

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. Тускаева А., 12 лет

Анализ крови								
Эритроциты		Гемоглобин		Цветовой показатель		Ретикулоциты		Тромбоциты
<i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i>		<i>120-130 г/л</i>		0,85-1,0		<i>0,6-0,8 %</i>		<i>180-360*10⁹/л</i>
3,25*10 ¹²		80		0,7				
Лейкоформула								
Лейк.	Базоф.	Эозин.	изл.	Юные.	Палоч.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.
<i>6-8*10⁹/л</i>	0-5 %	2-4 %		-	4%	63-67%	24-30%	6-8 %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
4,5*10 ⁹	-	0	-	2	5	65	25	3
Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____								
Пойкилоцитоз _____ Время кровотока _____								
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>6 мм/час</u> _____								

Практическое задание №3

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Маргиев П.

Возраст 7 лет

Доставленное количество – <u>40,0</u> Цвет <u>мясных помоев</u> Реакция <u>щелочная</u> Удельный вес <u>1010</u> Прозрачность <u>неполная</u> Белок <u>0,066‰</u>	Микроскопия осадка 7. Эпителиальные клетки _____ Плоские <u>единичные</u> 8. Лейкоциты <u>4-3-4</u> в п/зр 9. Эритроциты <u>большое количество</u> 10. Цилиндры <u>2-1-4</u> в п/зр 11. Соли <u>кальция оксалат</u> 12. Слизь _____
---	---

Практическое задание №4

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. Тускаева А., 12лет

Анализ крови								
Эритроциты		Гемоглобин		Цветовой показатель		Ретикулоциты	Тромбоциты	
<i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i>		<i>120-130 г/л</i>		0,85-1,0		<i>0,6-0,8 %</i>	<i>180-360*10⁹/л</i>	
3,25*10 ¹²		80		0,7				
Лейкоформула								
Лейк.	Базоф.	Эозин.	изл.	Юные.	Палоч.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.
<i>6-8*10⁹/л</i>	0-5 %	2-4 %		-	4%	63-67%	24-30%	6-8 %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
4,5*10 ⁹	-	0	-	2	5	65	25	3
Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____								
Пойкилоцитоз _____ Время кровотока _____								
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>6</u> мм/час _____								

Практическое задание №5

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Боциев

Возраст 7 лет

Доставленное количество – <u>50,0</u> Цвет <u>мясных помоев</u> Реакция <u>щелочная</u> Удельный вес <u>1010</u> Прозрачность <u>неполная</u> Белок <u>0,066‰</u>	Микроскопия осадка 1. Эпителиальные клетки _____ Плоские _____ единичные _____ 2. Лейкоциты <u>10-10-12-14</u> в п/зр 3. Эритроциты <u>большое количество</u> 4. Цилиндры _____ 5. Соли _____ 6. Слизь _____
--	--

Практическое задание №6

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного _____

Возраст 4 года

Исследование	Единицы
Билирубин: - общий	78 мкмоль/л
- прямой	48 мкмоль/л
- непрямой	30 мкмоль/л
Тимоловая проба	10 ед.
АЛТ	380 нмоль/с.л.

Практическое задание №7

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Исследование мочи по Зимницкому

Ф.И.О. больного Волчков Г.

Возраст 9 лет

ДНЕВНОЙ ДИУРЕЗ		
Часы	Количество	Удельный вес
6 ч.д. – 9 ч.д.	120,0	1015
9 ч.д. – 12 ч.д.	2250,0	1010
12 ч.д. – 3 ч.д.	315,0	1020
3 ч.д. – 6 ч.в.	220,0	1018
ВСЕГО	406,0	
НОЧНОЙ ДИУРЕЗ		
6 ч.в. – 9 ч.в.	43,0	1012
9 ч.в. – 12 ч.в.	100,0	1005
12 ч.н. – 3 ч.н.	95,0	1018
3 ч.н. – 6 ч.д.	140,0	1025
ВСЕГО	378,0	

Практическое задание №8

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. Иванов А.5 лет

Анализ крови								
Эритроциты		Гемоглобин		Цветовой показатель		Ретикулоциты		Тромбоциты
<i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i>		<i>120-130 г/л</i>		0,85-1,0		<i>0,6-0,8 %</i>		<i>180-360*10⁹/л</i>
2,5*10 ¹²		70		0,8		5		180*10 ⁹ /л
Лейкоформула								
Лейк.	Базоф.	Эозин.	Гемоци	Юные.	Палоч.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.
<i>6-8*10⁹/л</i>	0-5 %	2-4 %	тобласты	-	4%	63-67%	24-30%	6-8 %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
2,8*10 ⁹	-	-	15	-	6	56	20	3
Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____								
Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____								
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>40</u> мм/час _____								

Практическое задание №9

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.
10 лет

Анализ крови								
Эритроциты <i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i>	Гемоглобин <i>120-130 г/л</i>	Цветовой показатель 0,85-1.05		Ретикулоциты <i>0,6-0,8 %</i>	Тромбоциты <i>180-360*10⁹/л</i>			
2,85*10 ¹²	74	1,0		20‰	140 *10 ⁹ /л			
Лейкоформула								
Лейк. <i>6-8*10⁹/л</i>	Базоф. 0-5 %	Эозин. 2-4 %	Миэл. -	Юные. -	Палоч. 4%	Сегмент. 63-67%	Лимф. 24-30%	Моноц. 6-8 %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
25,0*10 ⁹	-	2	1	-	13	60	20	4
Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотока _____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>20 мм/час</u>								

Практическое задание №10

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Милеева Ира
Возраст 4 года

Исследование	Единицы
Сахар крови: натощак	1,45 ммоль/л
через 60 мин	3,3 ммоль/л
через 20 мин	2,10 ммоль/л

Практическое задание №11

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Больной 9 лет

Анализ крови								
Эритроциты	Гемоглобин	Цветовой показатель	Ретикулоциты	Тромбоциты				
<i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i>	<i>120-130 г/л</i>	0,85-1,05	<i>0,6-0,8 %</i>	<i>180-360*10⁹/л</i>				
3,2*10 ¹²	98	0,9		320 *10 ⁹ /л				
Лейкоформула								
Лейк.	Базоф.	Эозин.	Миэл.	Юные.	Палоч.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.
<i>6-8*10⁹/л</i>	0-5 %	2-4 %	-	-	4%	63-67%	24-30%	6-8 %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
6,0*10 ⁹	-	-	-	-	4	62	30	4
Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>12 мм/час</u>								

Практическое задание №12

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Анализ крови								
Больной		1 год 6 мес.						
Эритроциты	Гемоглобин	Цветовой показатель	Ретикулоциты	Тромбоциты				
<i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i>	<i>120-130 г/л</i>	0,85-1,05	<i>0,6-0,8 %</i>	<i>180-360*10⁹/л</i>				
1,75*10 ¹²	46	0,79		25,25 *10 ⁹ /л				
Лейкоформула								
Лейк.	Базоф.	Эозин.	Миэл.	Юные.	Палоч.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.
<i>6-8*10⁹/л</i>	0-5 %	2-4 %	-	-	4%	63-67%	24-30%	6-8 %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
1,5*10 ⁹	1	0	-	-	6	11	80	1
<u>Бластные</u> Анизоцитоз <u>значит.</u> Сверт. крови <u>по Сухареву – 5,5</u> Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>70 мм/час</u>								

Практическое задание №13

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Анализ крови								
Больной Урумов А. 8 лет								
Эритроциты <i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i>	Гемоглобин <i>120-130 г/л</i>	Цветовой показатель 0,85-1,05		Ретикулоциты <i>0,6-0,8 %</i>	Тромбоциты <i>180-360*10⁹/л</i>			
4,3*10 ¹²	120	0,9			250 *10 ⁹ /л			
Лейкоформула								
Лейк. <i>6-8*10⁹/л</i>	Базоф. 0-5 %	Эозин. 2-4 %	Миэл. -	Юные. -	Палоч. 4%	Сегмент. 63-67%	Лимф. 24-30%	Моноц. 6-8 %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
6,8*10 ⁹	-	8	-	-	2	62	27	3
Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>20 мм/час</u>								

Практическое задание №14

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. Кануков И. 4

года _____

Эритроциты	Гемоглобин	Цветной показатель	Ретикулоциты	Тромбоциты	Лейкоциты	Бласты	Нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты
							миэл. оц.	ю	п/я	с/я		
Норма 6-8*10 ¹²	80-100 г/л	0,8-1,0	0,6-1,0%	250-460 тыс	6-8*10 ⁹	-	-	-	4%	63-67%	24-30%	6-8%
2,8	60	0,6	2	80	13,3	2%	5%	1 %	14	28	20	2

Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____
 Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____
 Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 30 мм/час

Практическое задание №15

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Исследование мочи по Зимницкому

Ф.И.О. больного Туаева Т.

Возраст 8 лет

ДНЕВНОЙ ДИУРЕЗ		
Часы	Количество	Удельный вес
6 ч.д. – 9 ч.д.	140,0	1007
9 ч.д. – 12 ч.д.	50,0	1004
12 ч.д. – 3 ч.д.	115,0	1006
3 ч.д. – 6 ч.в.	101,0	1013
ВСЕГО	406,0	
НОЧНОЙ ДИУРЕЗ		
6 ч.в. – 9 ч.в.	43,0	1020
9 ч.в. – 12 ч.в.	100,0	1015
12 ч.н. – 3 ч.н.	95,0	1020
3 ч.н. – 6 ч.д.	140,0	1010
ВСЕГО	378,0	

Практическое задание №16

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Ляхова В.

Возраст 5 лет

Микроскопия осадка	
Доставленное количество – 80,0	Эпителиальные клетки _____
Цвет желтый	Плоские _____ большое к-во _____
Реакция _____	Лейкоциты _____ 5-10-12-18 в п/зр _____
Удельный вес _____	Эритроциты _____ 2-4-2-4 _____
Прозрачность мутная	Соли _____ оксалаты _____
Белок 0,033‰	

Практическое задание №17

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Шавлохов

Возраст 10 лет

Исследование	Единицы
Сахар крови: натощак	12,21 ммоль/л

Практическое задание №18

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Рамонов Г.

Возраст 10 лет

Доставленное количество – <u>100,0</u>	Микроскопия осадка
	1. Эпителиальные клетки Плоские <u>единичные</u>
Цвет <u>светло-желтый</u>	2. Лейкоциты <u>10-10-20-30</u> в п/зр
Реакция <u>щелочная</u>	3. Эритроциты <u>нет</u>
Удельный вес <u>1018</u>	4. Соли <u>кристаллы мочевого к-ты</u>
Прозрачность <u>полная</u>	5. Слизь _____
	6. Бактерий <u>большое количество</u>

Практическое задание №19

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Анализ крови								
Больной		Гутнов 9 лет						
Эритроциты <i>в 1 л ($4,5-5 \cdot 10^{12}/л$)</i>	Гемоглобин <i>120-130 г/л</i>	Цветовой показатель 0,85-1.05		Ретикулоциты <i>0,6-0,8 %</i>		Тромбоциты <i>$180-360 \cdot 10^9/л$</i>		
$4,3 \cdot 10^{12}$	125	0,9						
Лейкоформула								
Лейк. <i>$6-8 \cdot 10^9/л$</i>	Базоф. 0-5 %	Эозин. 2-4 %	Миэл. -	Юные. -	Палоч. 4%	Сегмент. 63-67%	Лимф. 24-30%	Моноц. 6-8 %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
$8,9 \cdot 10^9$	-	15	5	6	15	44	15	5
Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотока _____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u> 8 </u> мм/час								

Практическое задание №20

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного _____ Васильев И. _____

Возраст 7 лет _____

Доставленное количество – <u>40,0</u> Цвет <u>мясных помоев</u> Реакция <u>щелочная</u> Удельный вес <u>1010</u> Прозрачность <u>неполная</u> Белок <u>0,066‰</u>	Микроскопия осадка 1. Эпителиальные клетки _____ Плоские _____ единичные _____ 2. Лейкоциты <u>4-3-4</u> в п/зр _____ 3. Эритроциты <u>большое количество</u> _____ 4. Цилиндры <u>2-1-4</u> в п/зр _____ 5. Соли <u>кальция оксалат</u> _____ 6. Слизь _____
---	---

Практическое задание №21

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного _____ Рамонов Д.

Возраст 7 мес. _____

Исследование	Единицы
Калий	2,24 ммоль/л
Кальций	1,2 ммоль/л
Фосфор	0,9 ммоль/л
Сывороточное железо	15,8 мкмоль/л
Натрий	120 ммоль/л

Возраст 7 мес.

Исследование	Единицы
Калий	2,24 ммоль/л
Кальций	1,2 ммоль/л
Фосфор	0,9 ммоль/л
Сывороточное железо	15,8 мкмоль/л
Натрий	120 ммоль/л

Практическое задание №22

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. Суанов Г. 5 лет

Анализ крови								
Больной		Караев 19 дней						
Эритроциты	Гемоглобин	Цветовой показатель		Ретикулоциты	Тромбоциты			
<i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i>	<i>120-130 г/л</i>	0,85-1,0		<i>0,6-0,8 %</i>	<i>180-360*10⁹/л</i>			
2,8*10 ¹²	78	0,84		88%	320*10 ⁹ /л			
Лейкоформула								
Лейк.	Базоф.	Эозин.	Миелоциты	Юные.	Палоч.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.
<i>6-8*10⁹/л</i>	0-5 %	2-4 %	-	-	4%	63-67%	24-30%	6-8 %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
18*10 ⁹	-	2	-	1	10	55	27	5
Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ Резистентность эритроцитов Min/Max - <u>0,62/0,38</u> Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>52</u> мм/час								

Анализ крови								
Больной		Караев 19 дней						
Эритроциты		Гемоглобин		Цветовой показатель		Ретикулоциты		Тромбоциты
<i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i>		<i>120-130 г/л</i>		0,85-1,0		<i>0,6-0,8 ‰</i>		<i>180-360*10⁹/л</i>
2,8*10 ¹²		78		0,84		88‰		320*10 ⁹ /л
Лейкоформула								
Лейк.	Базоф.	Эозин.	Миелоциты	Юные.	Палоч.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.
<i>6-8*10⁹/л</i>	0-5 %	2-4 %		-	4%	63-67%	24-30%	6-8 %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
18*10 ⁹	-	2		1	10	55	27	5
Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ Резистентность эритроцитов Min/Max - <u>0,62/0,38</u> Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>52</u> мм/час _____								

Практическое задание №23

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Алиев
Возраст 7 лет

Исследование	Норма, ед.	Единицы
Калий		4,6 ммоль/л
Кальций		1,2 ммоль/л
Хлор		90 ммоль/л
Сывороточное железо		4 мкмоль/л
Натрий		140 ммоль/л

Практическое задание №24

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Тамаев М.
Возраст 3 года

	Микроскопия осадка
Доставленное количество – <u>50,0</u>	1. Эпителиальные клетки _____ Плоские _____ единичные _____
Цвет <u>желтый</u>	2. Лейкоциты <u>1-2-3</u> в п/зр _____
Реакция <u>кислая</u>	3. Эритроциты <u>5-6-8</u> в п/зр _____
Удельный вес <u>1015</u>	4. Цилиндры _____ Гиалиновые <u>1-3-4-</u> <u>6</u> _____ Зернистые <u>4-5-6-</u> <u>6</u> _____
Прозрачность <u>неполная</u>	5. Слизь _____
Белок <u>4,3‰</u>	

Практическое задание №25

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии

Биохимический анализ крови

Ф.И.О. больного _Гагулов О.Б._

Возраст _5 лет

Исследование	Единицы
Общий белок	50 г/л
Мочевина	16,4 ммоль/л
Креатинин	180 мкмоль/л
В-липопротеиды	80 ед.
Кальций	2,7 ммоль/л
Фосфор	1,8 ммоль/л
Азот мочевины	6,4 ммоль/л
Клубочковая фильтрация	80 мл/мин
Реабсорбция воды	99,9%

Практическое задание №2 6

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. _Муравьев С. 2 года

Анализ крови								
Эритроциты		Гемоглобин		Цветовой показатель		Ретикулоциты		Тромбоциты
<i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i>		<i>120-130 г/л</i>		0,85-1,0		<i>0,6-0,8 %</i>		<i>180-360*10⁹/л</i>
1,8*10 ¹²		60		1,0				3,7
Лейкоформула								
Лейк.	Базоф.	Эозин.	Миэл.	Юные.	Палоч.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.
<i>6-8*10⁹/л</i>	0-5 %	2-4 %	-	-	4%	63-67%	24-30%	6-8 %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
1,47*10 ⁹	-	3	-	-	4	40	45	8
Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____								
Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____								
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>60</u> мм/час _____								

Практическое задание №27

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного _____

Возраст 1 год

Исследование	Единицы
Общий белок	50 г/л
Калий	3,0 ммоль/л
Кальций	2,2 ммоль/л
Фосфор	1,2 ммоль/л
Сывороточное железо	9 мкмоль/л
Натрий	160 ммоль/л

Практическое задание №28

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Богаева Лина

Возраст 12 лет

Исследование	Единицы
Сахар крови: натощак	6,6 ммоль/л
через 60 мин	9,9 ммоль/л
через 20 мин	7,7 ммоль/л

Практическое задание №29

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Анализ крови								
Больной Наниева С., 15 лет								
Эритроциты <i>в 1 л (4,5-5*10¹²/л)</i>	Гемоглобин <i>120-130 г/л</i>	Цветовой показатель 0,85-1.05		Ретикулоциты <i>0,6-0,8 %</i>		Тромбоциты <i>180-360*10⁹/л</i>		
4,7*10 ¹²	121	0,9						
Лейкоформула								
Лейк. <i>6-8*10⁹/л</i>	Базоф. 0-5 %	Эозин. 2-4 %	Миэл. -	Юные. -	Палоч. 4%	Сегмент. 63-67%	Лимф. 24-30%	Моноц. 6-8 %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
10,0*10 ⁹	-	-	-	-	12	58	26	4
Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>25</u> мм/час _____								

Практическое задание №30

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Симакова
 Возраст 9 мес.

Исследование	Единицы
Кальций	2,4 ммоль/л
Фосфор	0,7 ммоль/л
Щелочная фосфатаза	380 Ед

БАНК ДЕЛОВЫХ ИГР

Деловая игра №1

«Синдром дыхательных расстройств»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения синдрома дыхательных расстройств

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)

- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки		Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры									
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли									
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом									
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии									
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег									
Итого, баллов									

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.

- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи новорожденным с синдромом дыхательных расстройств.

Деловая игра №2

«Анемии новорожденных»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения анемии новорожденных

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)

- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки		Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры									
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли									
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом									
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии									
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег									
Итого, баллов									

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.

- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи новорожденным с анемиями.

Деловая игра №3

«Гемолитическая болезнь новорожденных»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения гемолитической болезни новорожденных

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)

- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки		Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры									
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли									
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом									
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии									
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег									
Итого, баллов									

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.

- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи новорожденным детям с гемолитической болезнью.

Деловая игра №4

«Гангрена пупочного канатика»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения гангрены пупочного канатика

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)

- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки		Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры									
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли									
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом									
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии									
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег									
Итого, баллов									

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.

- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи новорожденным детям с гангреной пупочного канатика.

Деловая игра №5

«Геморрагическая болезнь новорожденных»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения геморрагической болезни новорожденных

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)

- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки		Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры									
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли									
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом									
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии									
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег									
Итого, баллов									

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.

- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи новорожденным детям с геморрагической болезнью.

Деловая игра №6

«Рахит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения рахита

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки	Оценка участников по ролям, в баллах
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры	
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли	
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом	
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии	
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег	
Итого, баллов	

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
 - Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
 - Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
 - Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
 - Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с рахитом.

Деловая игра №7

«Железодефицитная анемия»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения железодефицитной анемии

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)

- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки		Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры									
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли									
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом									
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии									
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег									
Итого, баллов									

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.

- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с железодефицитной анемией.

Деловая игра №8

«Атопический дерматит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения атопического дерматита

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)

- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки		Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры									
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли									
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом									
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии									
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег									
Итого, баллов									

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.

- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с atopическим дерматитом.

Деловая игра №9

«Гастродуоденит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения гастродуоденитов

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)

- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки	Оценка участников по ролям, в баллах
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры	
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли	
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом	
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии	
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег	
Итого, баллов	

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.

- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с гастродуоденитом.

Деловая игра №10

«Пиелонефрит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения пиелонефрита

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки	Оценка участников по ролям, в баллах
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры	
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли	
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом	
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии	
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег	
Итого, баллов	

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
 - Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
 - Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
 - Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
 - Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с пиелонефритом.

Деловая игра №11

«Гломерулонефрит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения гломерулонефрита

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)

- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки		Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры									
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли									
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом									
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии									
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег									
Итого, баллов									

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.

- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с гломерулонефритом.

Деловая игра №12

«Тетрада Фалло»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения тетрады Фалло

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки	Оценка участников по ролям, в баллах
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры	
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли	
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом	
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии	
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег	
Итого, баллов	

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
 - Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
 - Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
 - Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
 - Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с тетрадой Фалло.

Деловая игра №13

«Острая пневмония»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения острой пневмонии

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)

- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки		Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры									
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли									
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом									
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии									
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег									
Итого, баллов									

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.

- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с острой пневмонией.

Деловая игра №14

«Бронхоэктатическая болезнь»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения бронхоэктатической болезни

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)

- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки		Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры									
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли									
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом									
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии									
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег									
Итого, баллов									

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.

- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с бронхоэктатической болезнью.

Деловая игра №15

«Сахарный диабет»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения сахарного диабета

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)

- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки		Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры									
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли									
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом									
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии									
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег									
Итого, баллов									

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.

- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с сахарным диабетом.

Деловая игра №16

«Гипергликемическая кома»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения гипергликемической комы

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)

- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки		Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры									
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли									
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом									
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии									
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег									
Итого, баллов									

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.

- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с гипергликемической комой.

Деловая игра №17

«Гипогликемическая кома»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения гипогликемической комы

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)

- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки		Оценка участников по ролям, в баллах							
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры									
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли									
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом									
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии									
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег									
Итого, баллов									

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.

- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с гипогликемической комой.

Деловая игра №18

«Гипотиреоз»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения гипотиреоза

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки	Оценка участников по ролям, в баллах
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры	
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли	
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом	
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии	
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег	
Итого, баллов	

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
 - Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
 - Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
 - Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
 - Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с гипотиреозом.

Деловая игра №19

«Ожирение»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения ожирения

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки	Оценка участников по ролям, в баллах
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры	
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли	
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом	
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии	
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег	
Итого, баллов	

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
 - Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
 - Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
 - Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
 - Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с ожирением.

Деловая игра №20

«Нанизм»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения нанизма

Формирование:

- клинического (системного) мышления специалиста
- умения применить теоретические знания и практические навыки в конкретной клинической ситуации

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

Студенты получают задание и инструкции по теоретической и практической подготовке к игре.

Самостоятельная аудиторная и внеаудиторная подготовка студентов осуществляется с использованием методических и технических средств кафедры.

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

Самостоятельная работа студентов в центре практической подготовки. Оснащение ЦПП: муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций.

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Врач стационара
- Заведующий отделением
- Врач лаборатории (общий анализ крови)
- Врач лаборатории (общий анализ мочи)
- Врач лаборатории (копрограмма)
- Врач лаборатории (биохимический анализ крови)
- Врач лаборатории (иммунограмма)
- Врач функционалист (ЭКГ)
- Врач функционалист (рентгенография)
- Врач функционалист (УЗИ)

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене, становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

- знакомство с критериями оценки участия в игре
- знакомство с ситуацией
- разыгрывание сюжета, проведение манипуляций

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

4 балла – «хорошо», имеются мелкие недочеты, не влияющие на результат диагностической или лечебной манипуляции

3 балла – «удовлетворительно» имеются значительные пробелы в теоретической и практической подготовке, нарушения деонтологии, участник справился с ролью благодаря помощи коллег

2 балла – «неудовлетворительно» необходимо повторное изучение темы, с ролью не справился, произошла вынужденная замена

Критерии оценки	Оценка участников по ролям, в баллах
1. Соответствие исполнения роли цели и задачам игры	
2. Теоретическая подготовленность к выполнению роли	
3. Выполнение практических навыков в соответствии с алгоритмом	
4. Соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии	
5. Умение работать в команде, уважать мнение коллег	
Итого, баллов	

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
 - Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
 - Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
 - Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
 - Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

Проведение деловой игры позволяет выявить степень теоретической и практической подготовки студентов, определить индивидуальные способности каждого студента, способствует освоению всех этапов оказания медицинской помощи детям с нанизмом.

Мозговой штурм №1

«Дифференциальная диагностика врожденных инфекций»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

- 1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-18 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

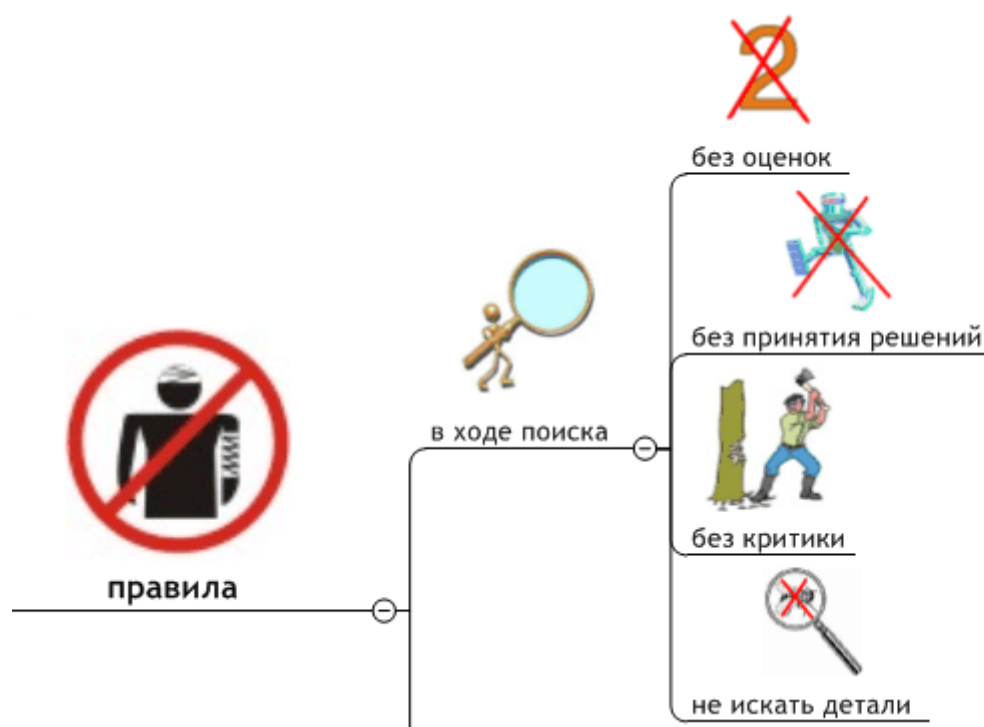
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

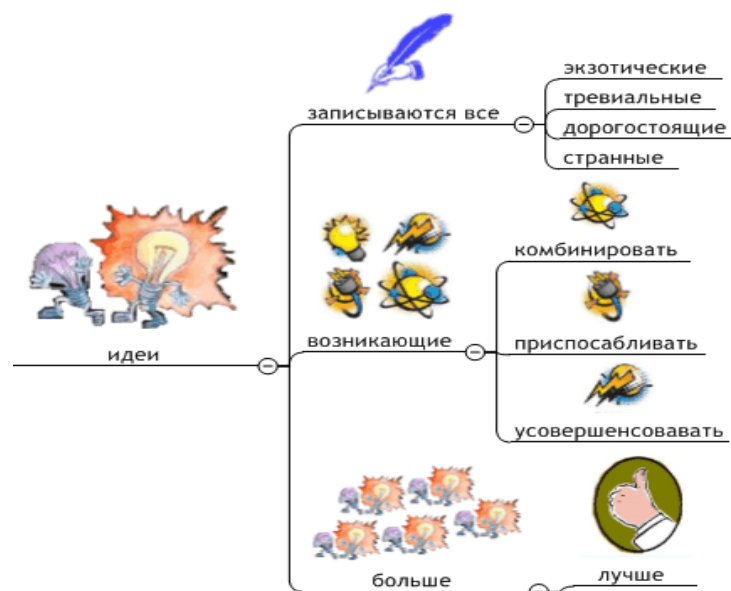
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику врожденных инфекций. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №2

«Дифференциальная диагностика гемолитической болезни новорожденных»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

- 1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-18 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

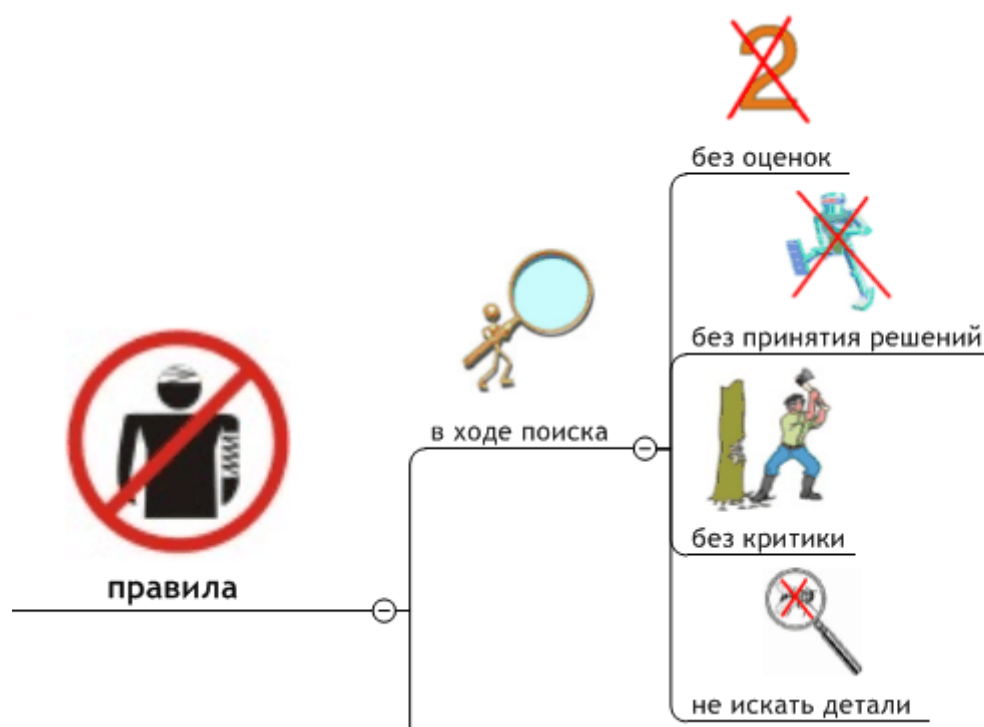
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

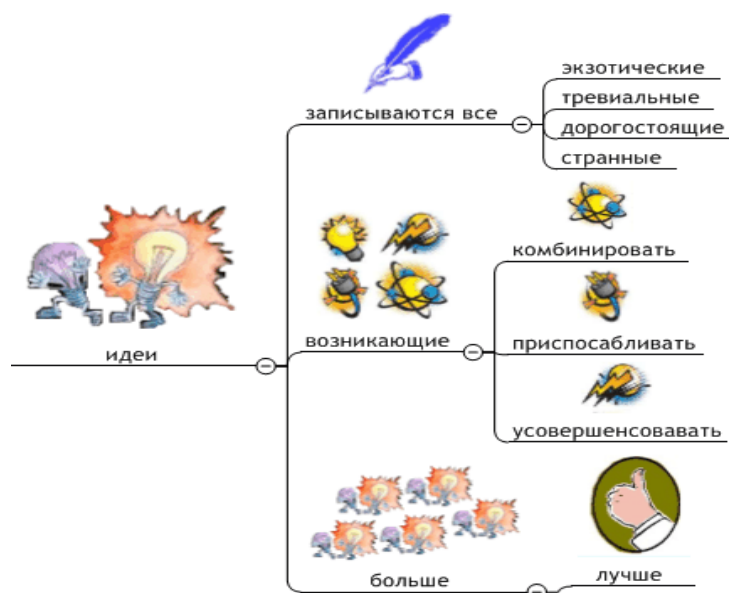
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

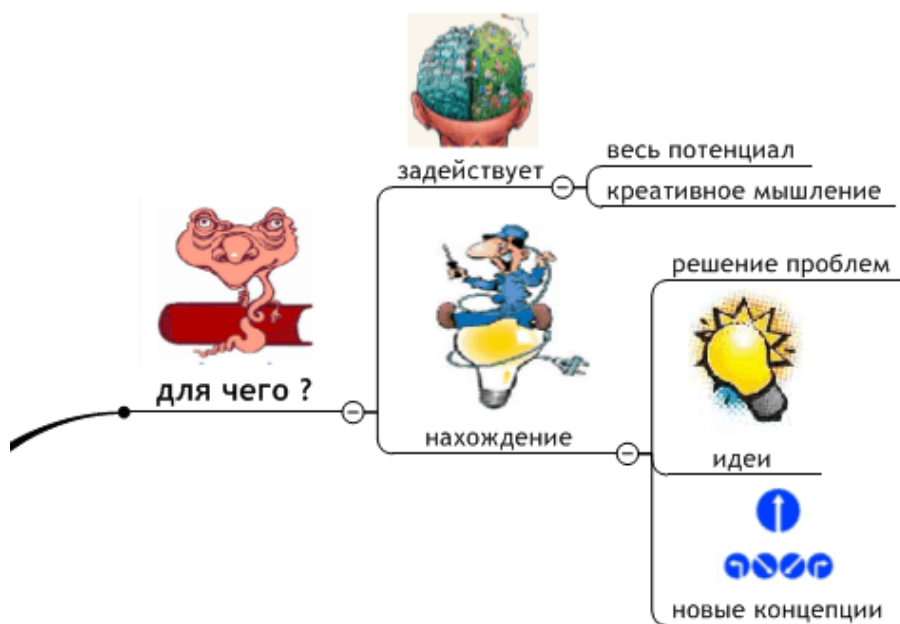
б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику гемолитической болезни новорожденных. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №3

«Дифференциальная диагностика пневмоний новорожденного»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-18 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

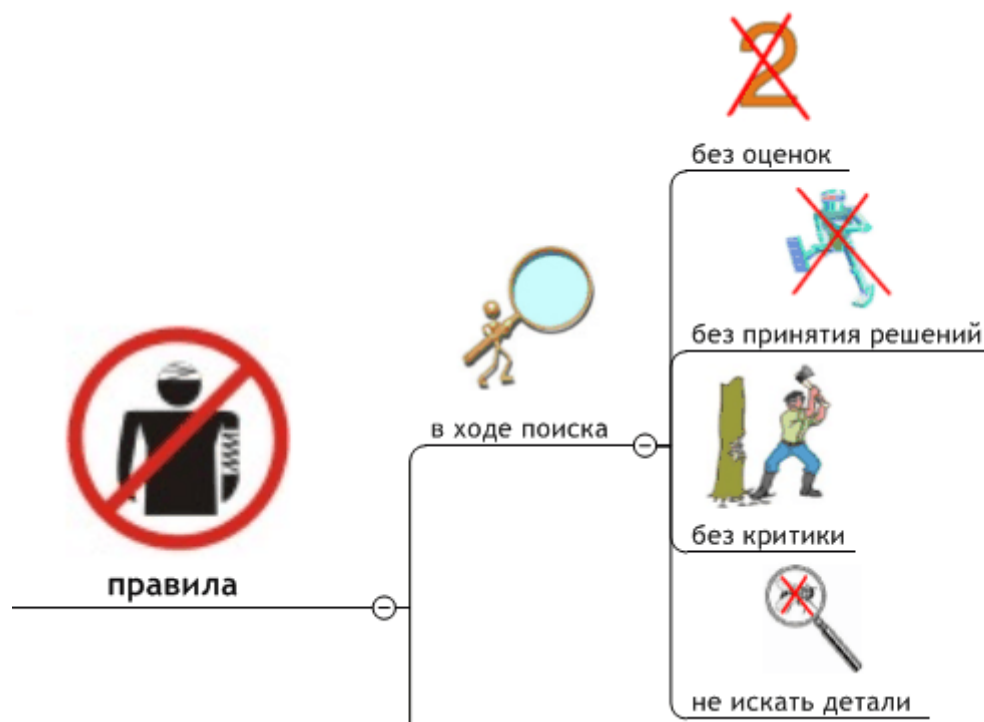
Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы

- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма стадии продуцирования идей
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

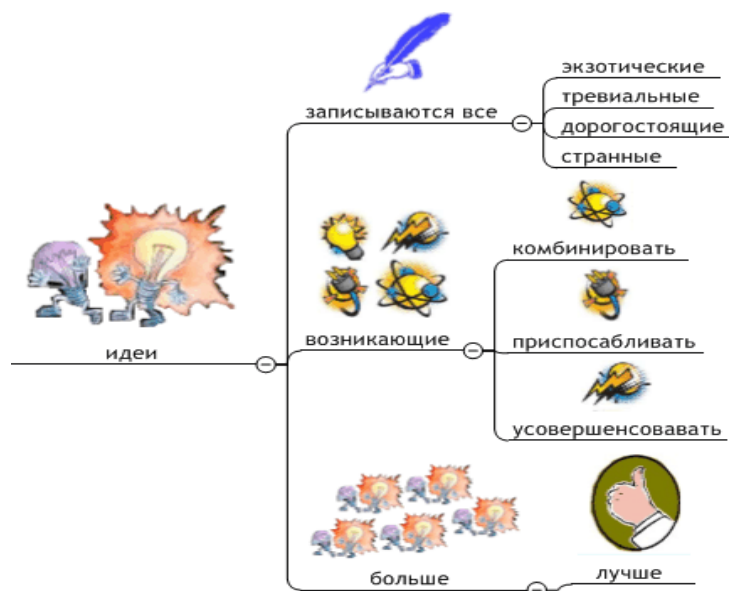
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику пневмоний новорожденных. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №4

«Дифференциальная диагностика анемий»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

- 1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-18 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

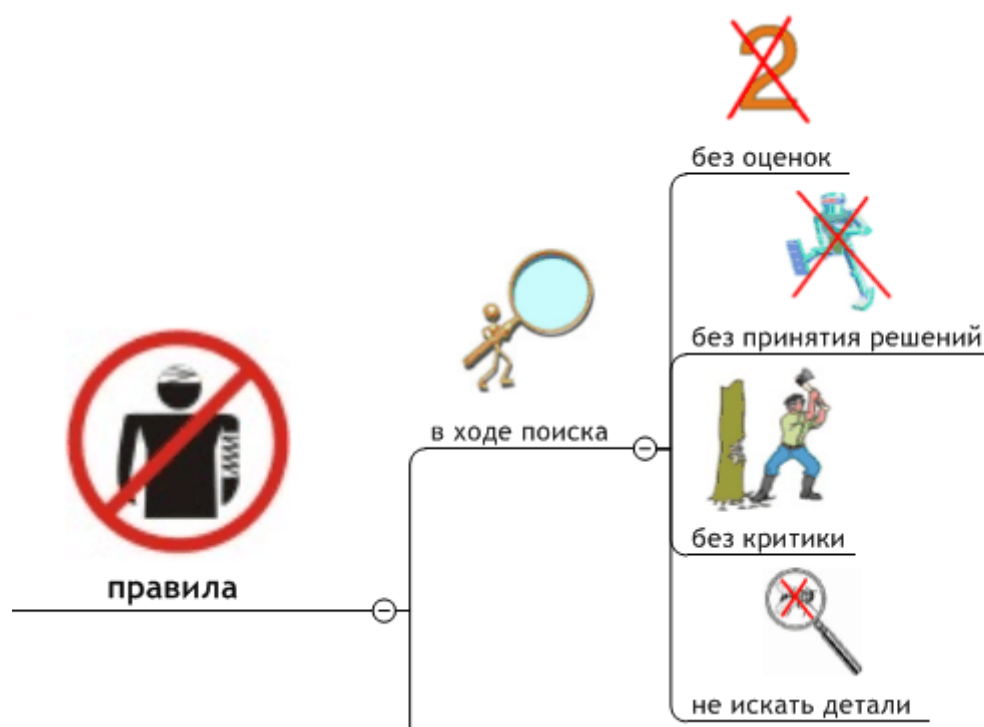
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма стадии продуцирования идей
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

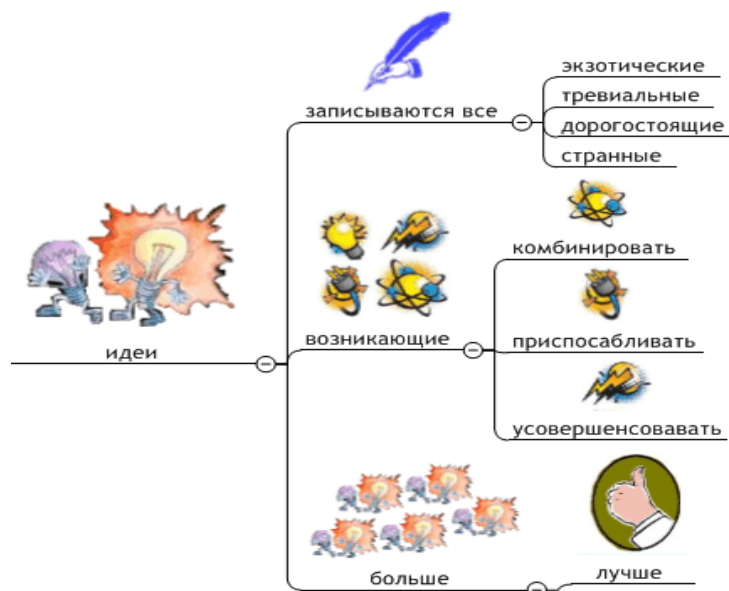
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику анемий. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №5

«Дифференциальная диагностика ревматизма»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

- 1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-13 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

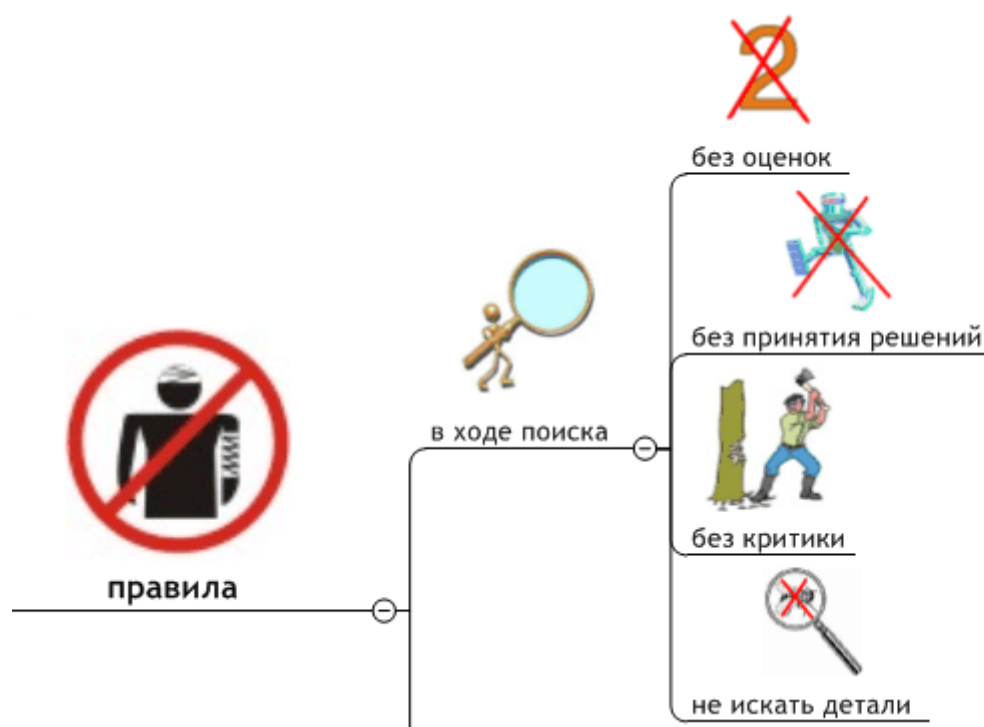
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма стадии продуцирования идей
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

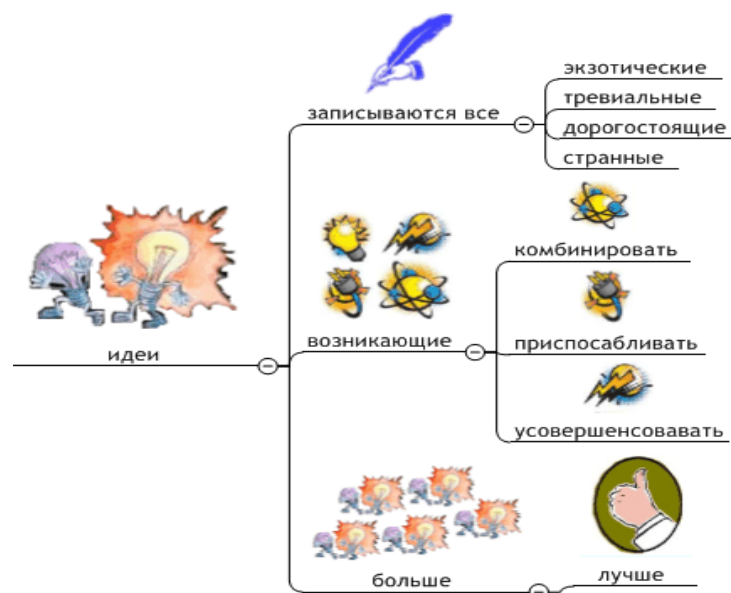
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику ревматизма. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №6

«Дифференциальная диагностика язвенной болезни желудка»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

- 1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-18 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

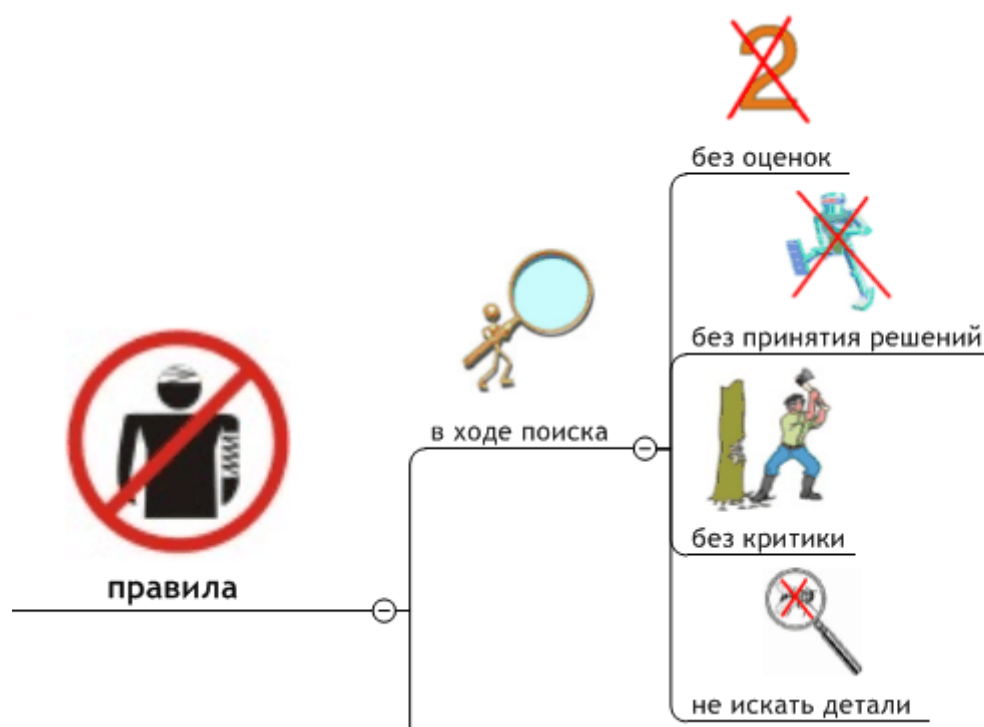
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

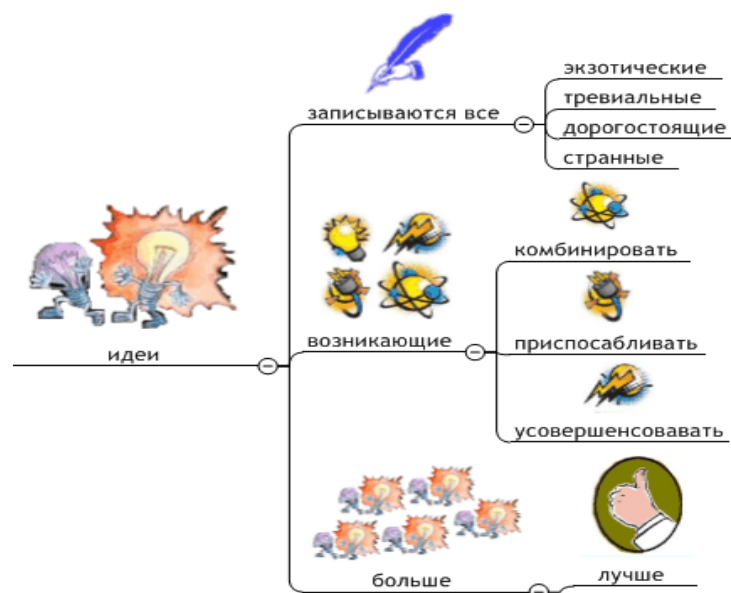
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику язвенной болезни желудка. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №7

«Дифференциальная диагностика дисфункции билиарного тракта»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

- 1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-13 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

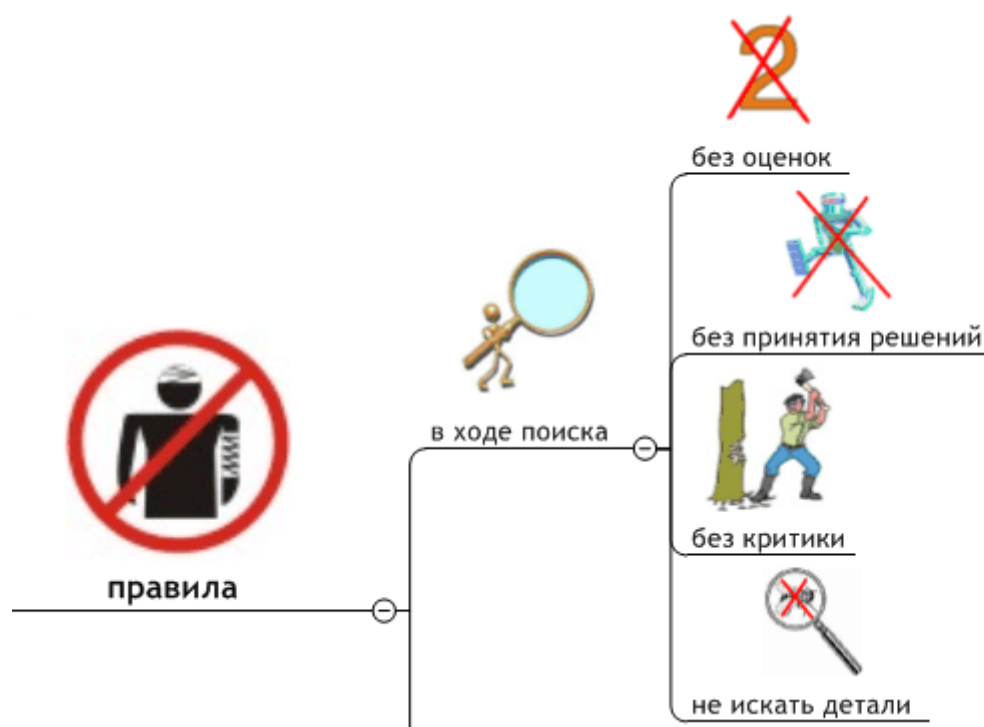
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

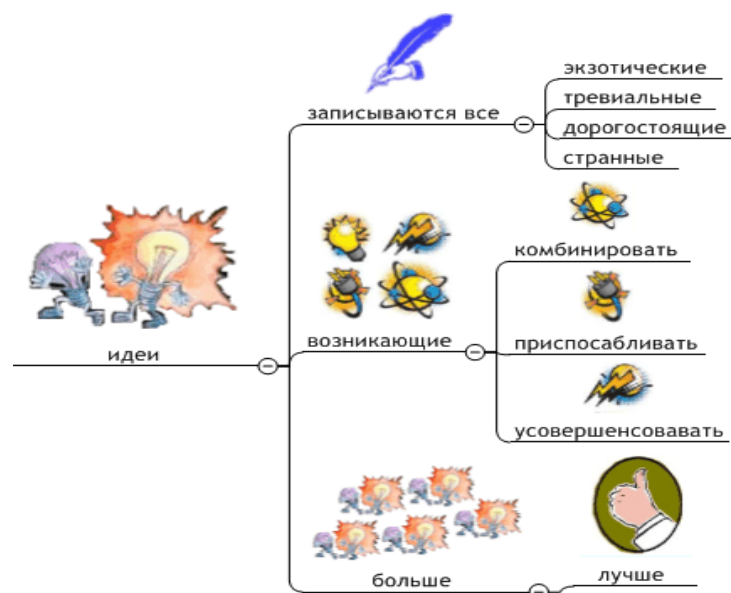
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику дисфункции билиарного тракта. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №8

«Дифференциальная диагностика бронхитов»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

- 1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-18 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

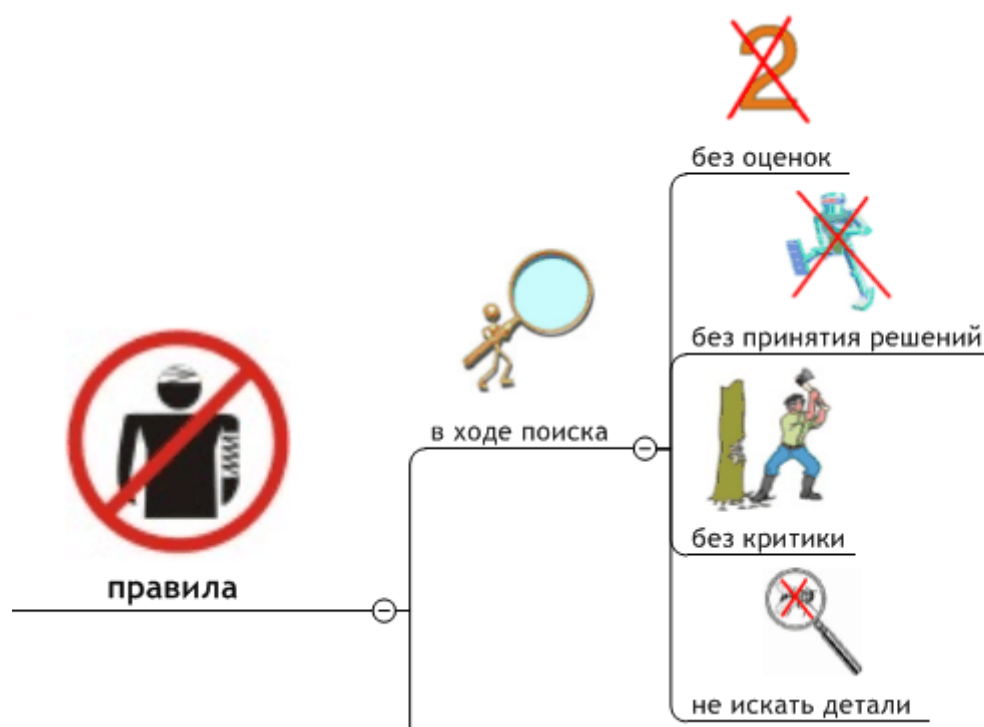
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма стадии продуцирования идей
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

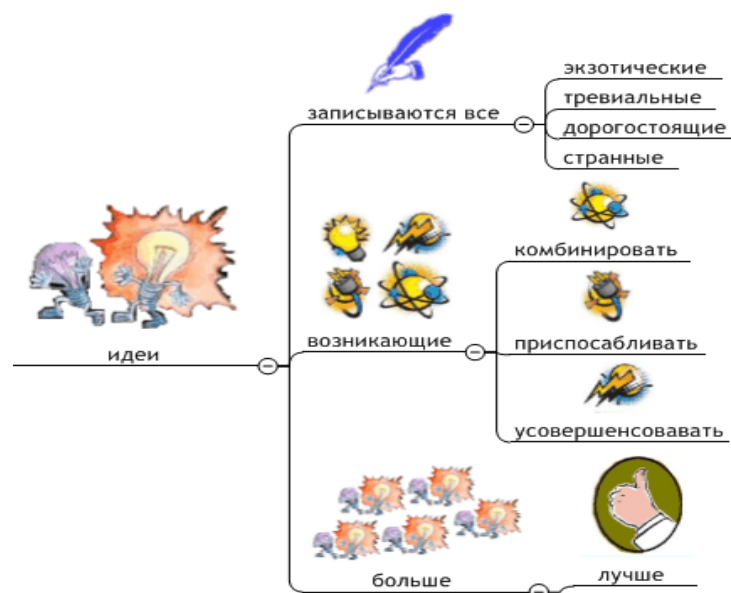
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику бронхитов. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №9

«Дифференциальная диагностика пневмоний детей старшего возраста»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

- 1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-13 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

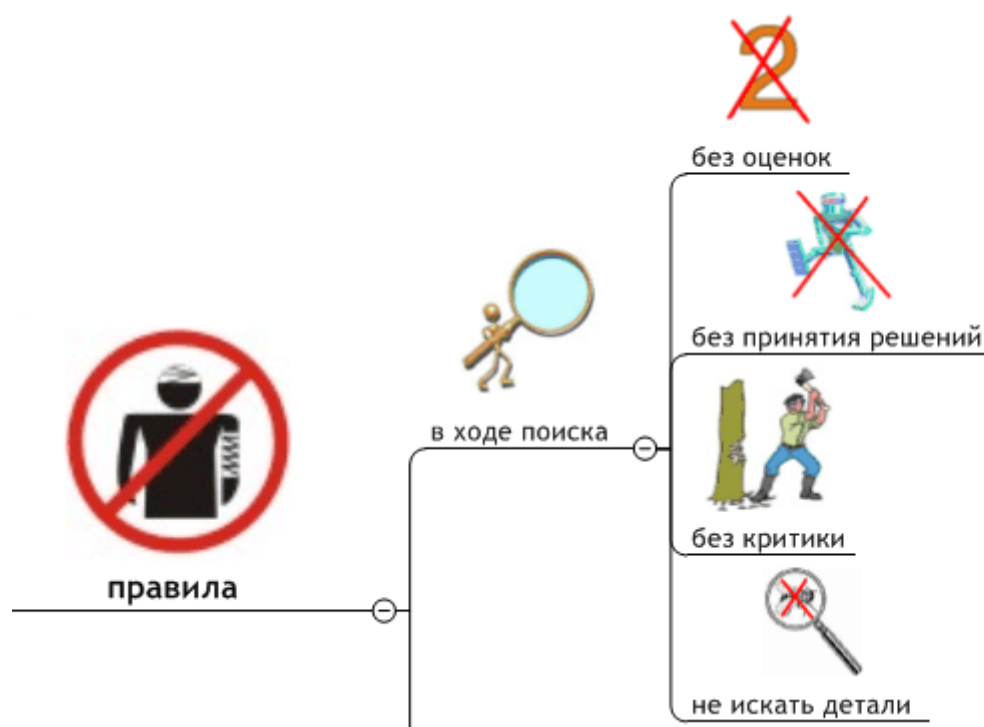
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма стадии продуцирования идей
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

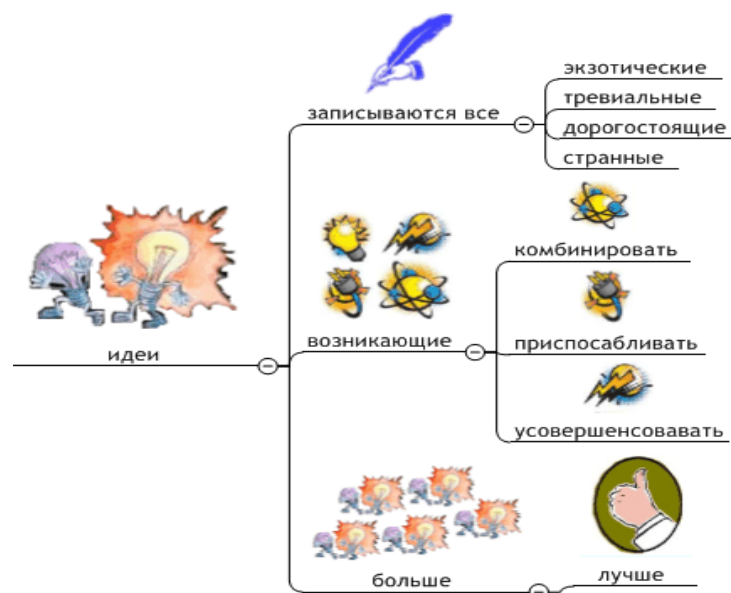
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику пневмоний детей старшего возраста. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №10

«Дифференциальная диагностика сахарного диабета»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

- 1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-13 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

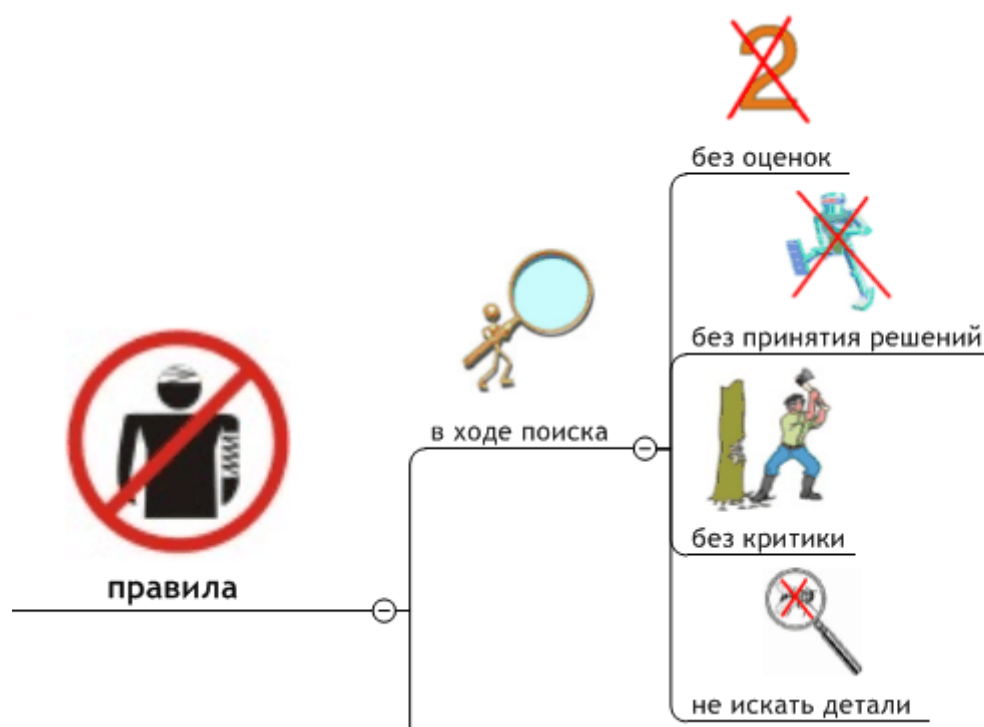
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

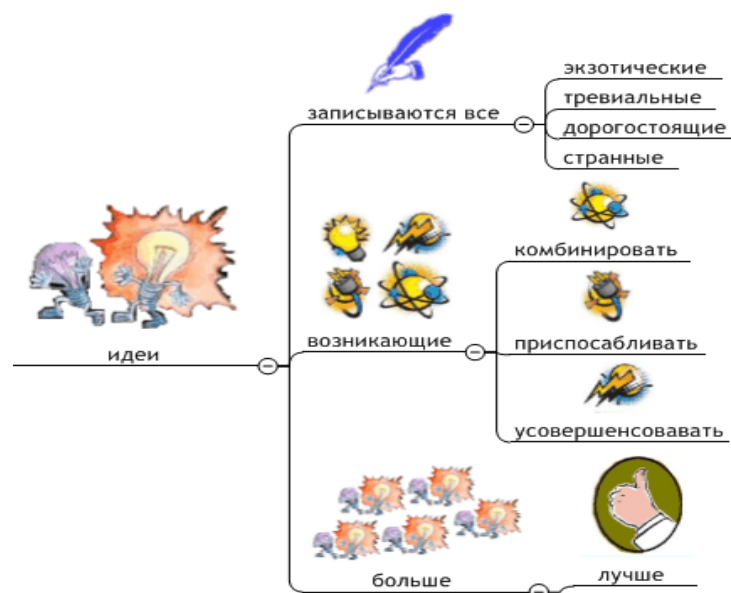
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

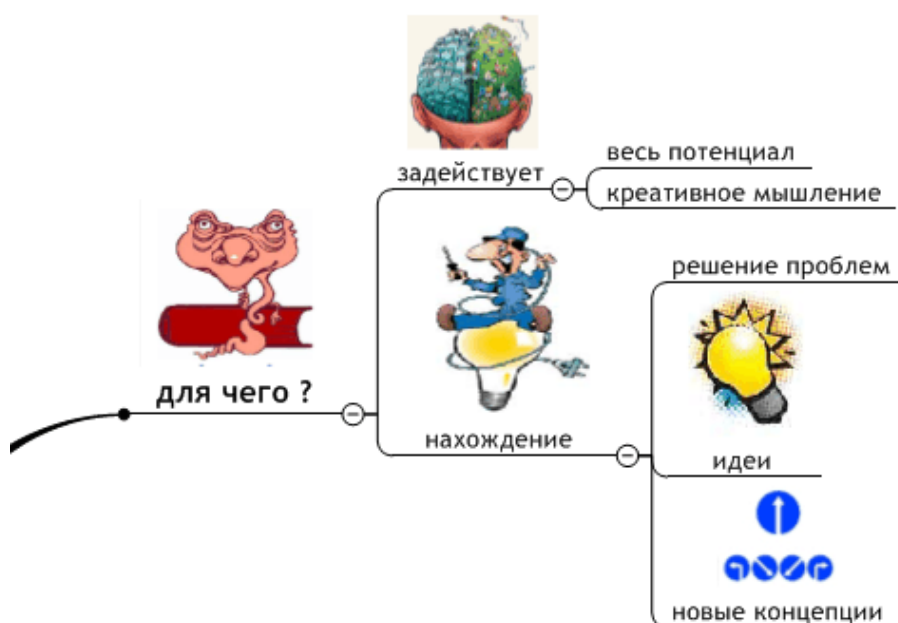
б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику сахарного диабета. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №11

«Дифференциальная диагностика гипотиреоза»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

- 1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-13 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

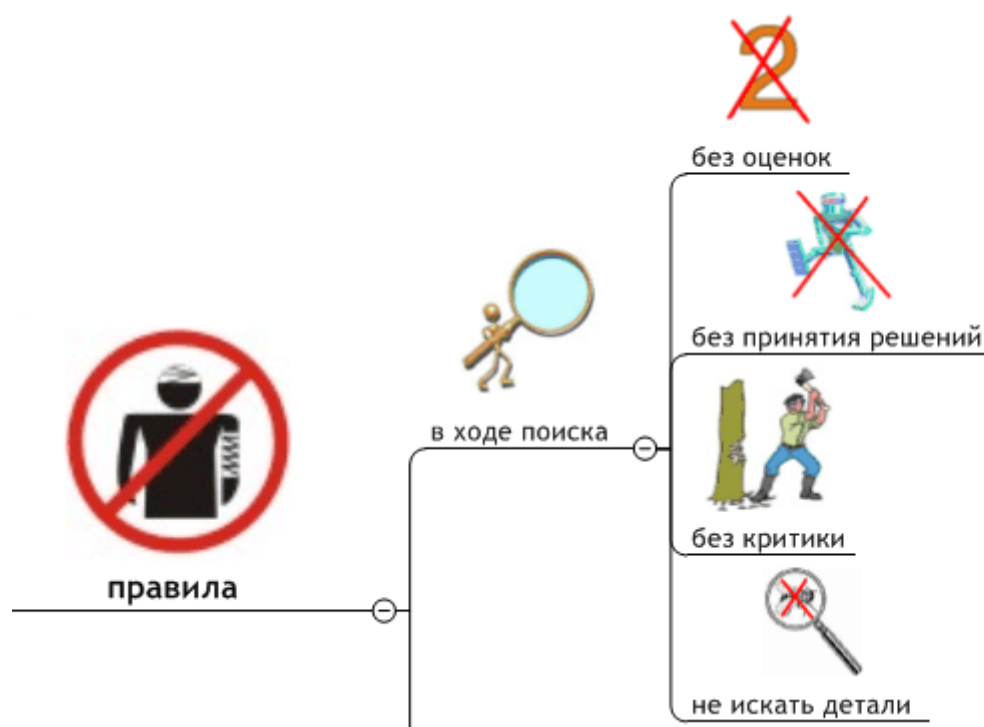
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

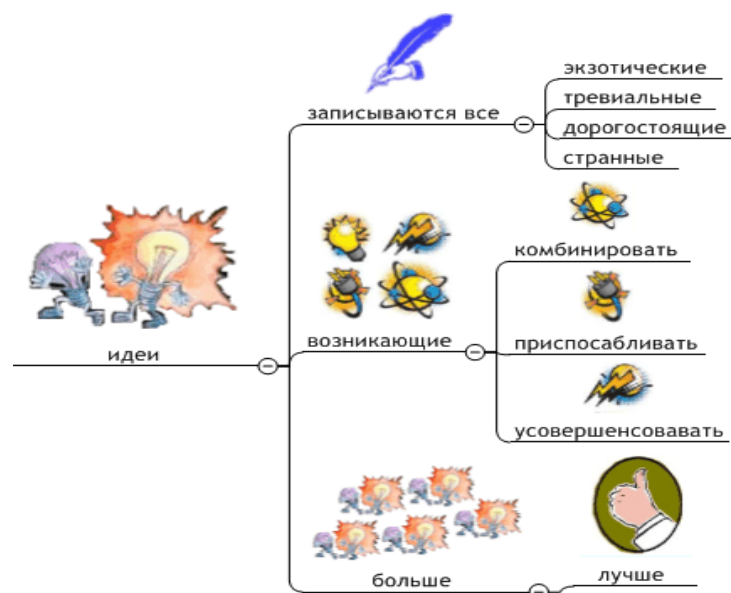
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику гипотиреоза. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №12

«Дифференциальная диагностика ожирения»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-13 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

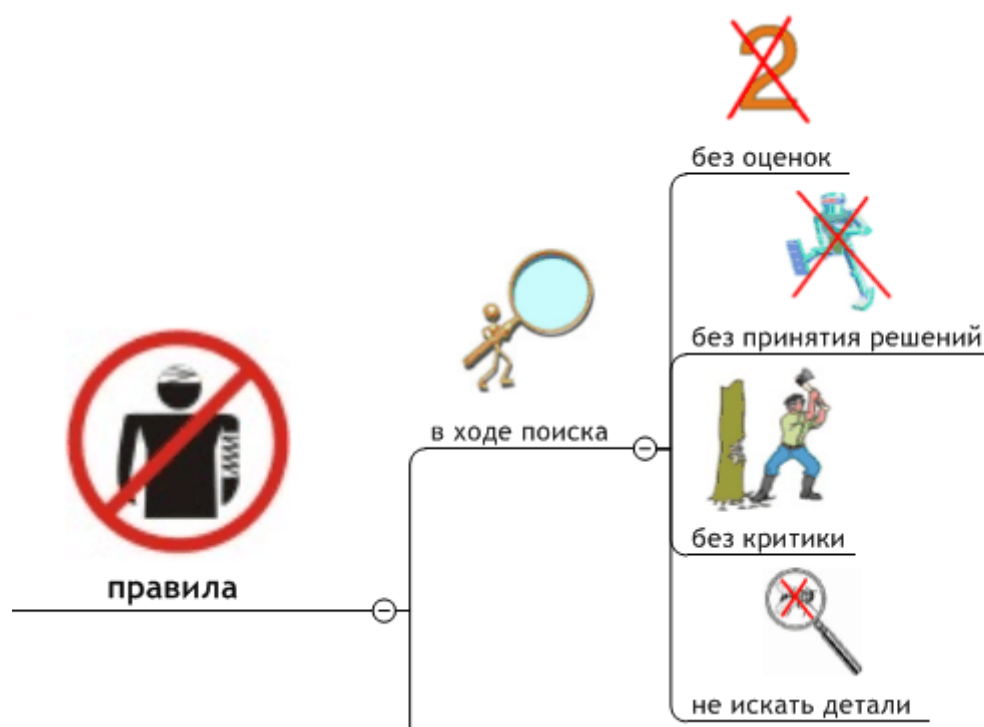
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

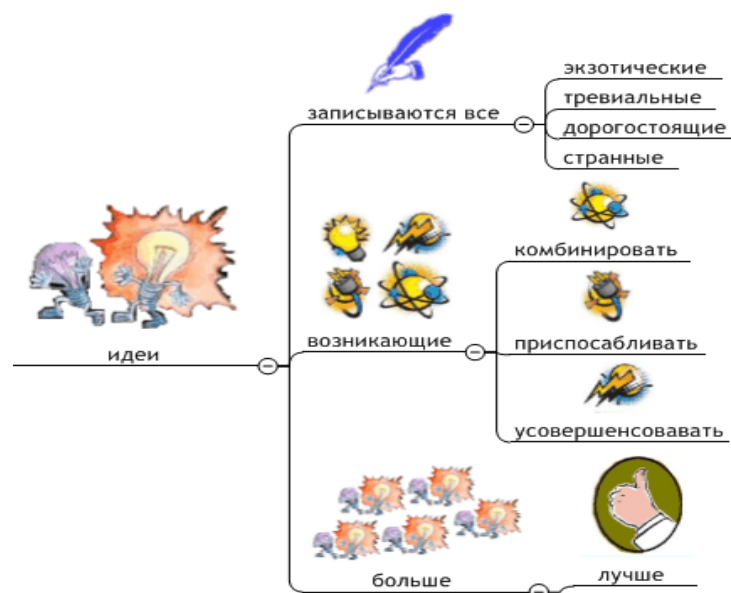
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику ожирения. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №13

«Дифференциальная диагностика нарушений роста у детей»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

- 1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-13 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

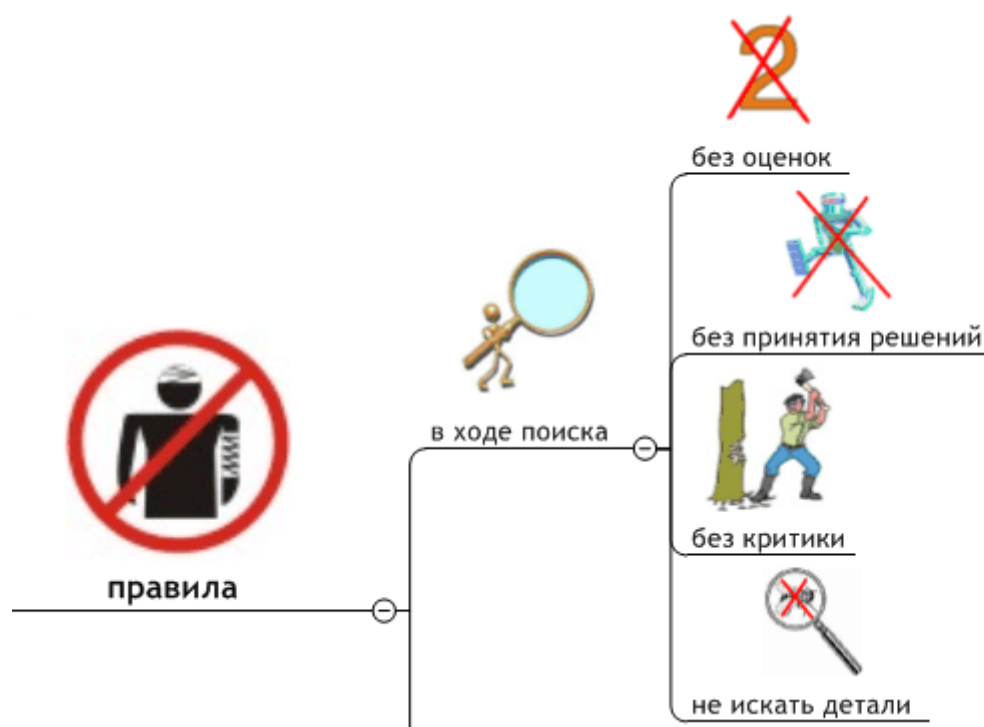
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма стадии продуцирования идей
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

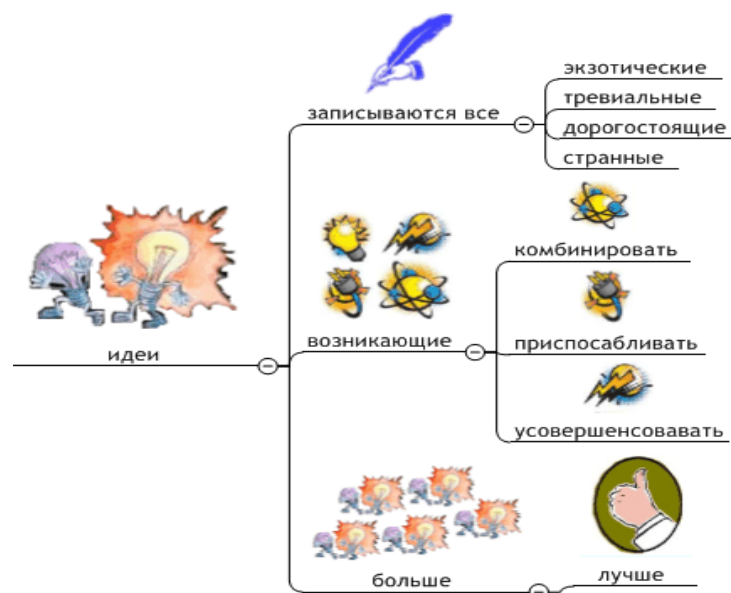
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику нарушений роста у детей. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №14

«Дифференциальная диагностика нарушения полового созревания»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-13 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

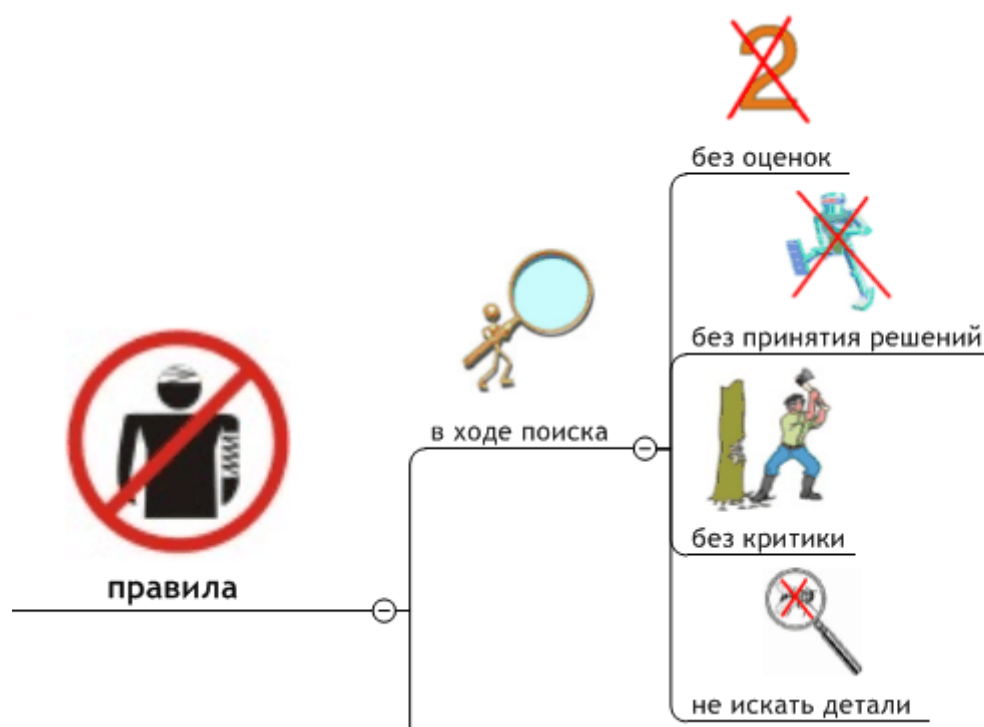
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

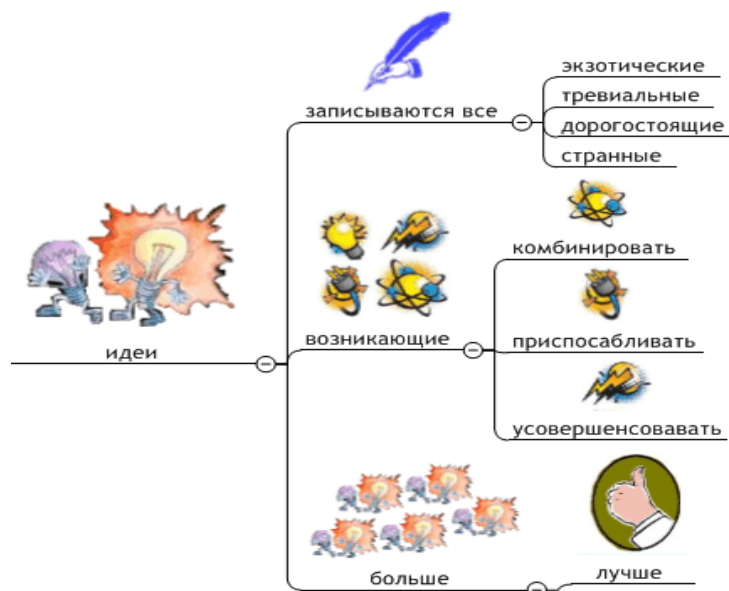
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

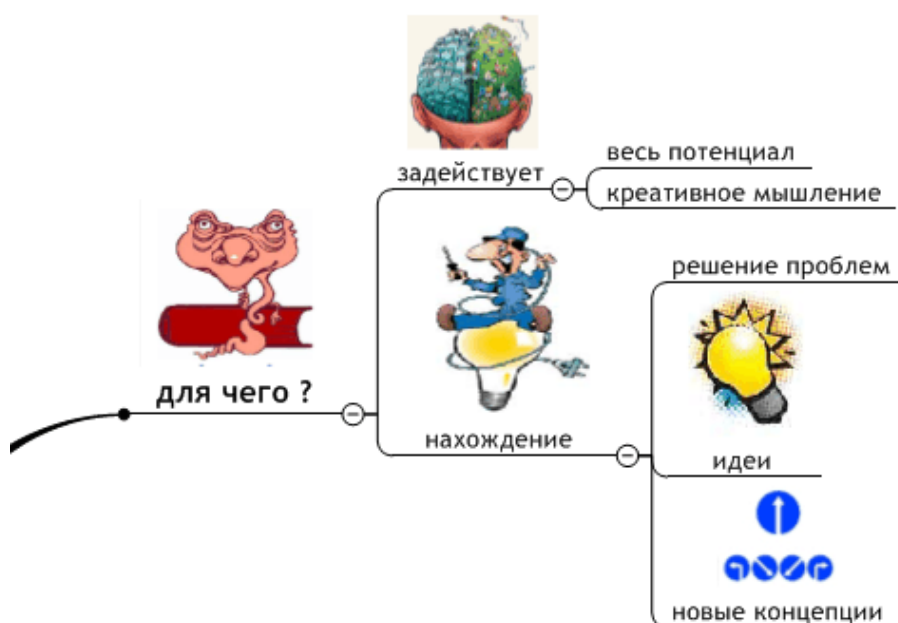
б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику нарушений полового созревания. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

Мозговой штурм №15

«Дифференциальная диагностика гипертиреоза»

Методика мозгового штурма была впервые предложена Алексом Осборном в 1953 году. Создатель метода предположил, что одним из главных препятствий при генерации идей является «страх критики»: очень часто инновационные идеи остаются невысказанными из боязни быть «неправильно понятыми» коллегами или руководством. Задача мозгового штурма – исключить оценочный фактор на начальных этапах генерирования идей. Разработанный Осборном метод базируется на двух основных принципах – «отсрочивание оценки идеи» и «количество порождает качество».



«Плюсы» метода мозгового штурма

- Простота овладения и использования
- Незначительность затрат времени, необходимого для проведения «мозгового штурма»
- Универсальность метода
- В большей степени применим для решения организационных задач и несложных задач технической направленности

«Минусы» метода мозгового штурма

- Возможность применения метода для решения несложных задач
- Отсутствие критериев, которые дают определяющие направления «продуцирования» идей
- Отсутствие гарантий получения качественного результата

Стадии метода мозгового штурма

- 1) Организационные вопросы (помещение, студенты), проблематика.

Организуется рабочая группа из 9-13 человек. Студентам сообщается проблема, которую необходимо решить. В задачи преподавателя входит контроль процесса мозгового штурма на всех стадиях: регистрация идей, руководство процессом, эмоциональная «подпитка» участников.

Роль преподавателя

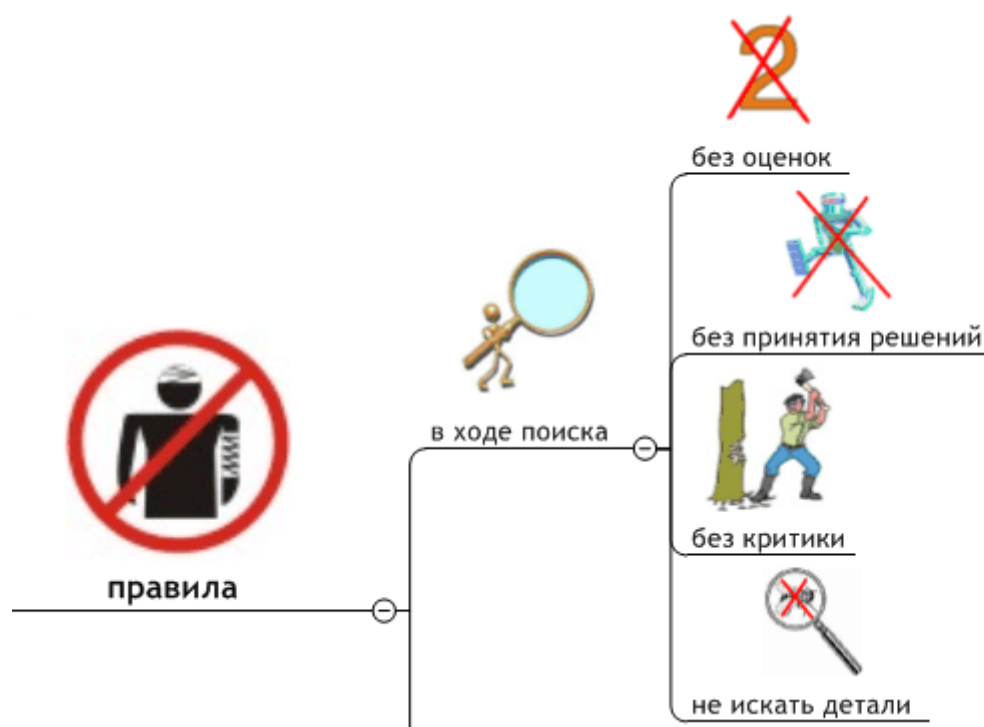
На протяжении процедуры мозгового штурма преподаватель играет одну из основных ролей, поэтому должен обладать авторитетом среди участников рабочей группы, иметь быстроту реакции, богатство ассоциативных связей, легкость продуцирования идей в совокупности с развитыми аналитическими способностями.

Обязанности преподавателя:

- принятие решения о необходимости проведения мозгового штурма с целью решения определенной проблемы
- подбор членов рабочей группы
- постановка проблемы с учетом профессиональных и персональных качеств участников мозгового штурма
- обеспечение деятельности членов рабочей группы на протяжении мозгового штурма
- классификация и анализ идей
- оценка результатов мозгового штурма

2) Мозговой штурм (продуцирование идей).

Цель – получение возможно большего количества идей. Главное правило: приемлемость любых, даже наиболее безумных на первый взгляд идей. В ходе мозгового штурма не допускаются любые виды критик.



Потенциальные трудности на стадии выбора подходящей идеи и методы их преодоления:

а) Неактивность участников рабочей группы в ходе мозгового штурма. Данная ситуация возможна в том случае, если цель является очень глобальной либо имеет место мозговая блокада. Вариантом решения данной проблемы может стать «дробление» глобальной задачи на более «мелкие». Участникам группы можно сделать предложение подумать на не имеющие отношение к решению основной задачи темы либо провести небольшую разминку, походить, устроиться поудобнее.

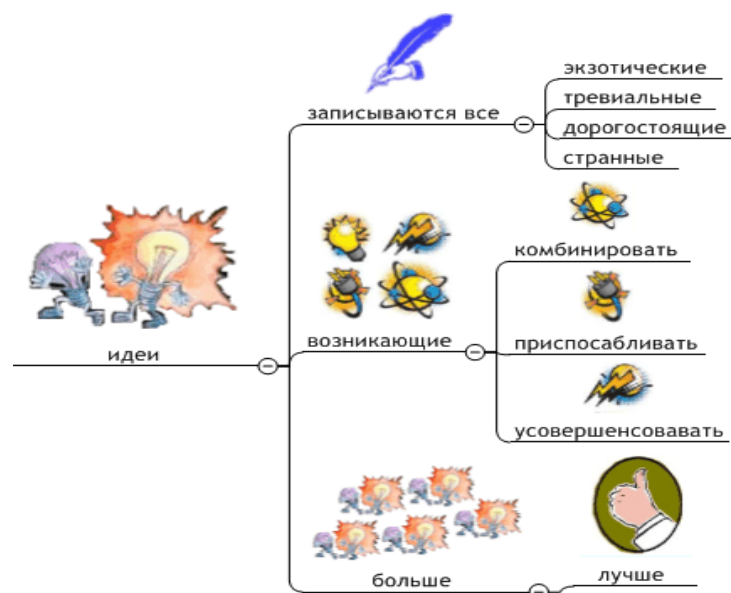
б) Неактивность участников выражается в нежелании заниматься решением проблемы. Данную «преграду» можно преодолеть, поиграв, к примеру, в игру «Варианты использования пластиковой бутылки». Задача – придумать как можно большее количество использования пластиковой бутылки. В качестве мотивации мыслительного процесса можно подготовить приз придумавшему наибольшее количество вариантов. После такой разминки можно переходить непосредственно к основной проблеме.

в) Присутствие критики. В данном случае модератор должен четко следовать «непоколебимым» правилам мозгового штурма: сначала идеи, и только потом анализ. Не существует плохих идей. Любая идея имеет право на существование.

3) Выбор наиболее приемлемой идеи (оценка идей)

К примеру, в результате мозгового штурма было сгенерировано определенное число идей (бывает, что их количество исчисляется несколькими десятками). Что следует предпринять дальше? Непосредственно перед стадией анализа идеи модератору следует проинформировать участников о правилах обсуждения: Основной момент – число идей. Не следует вводить абсолютно никаких ограничений.

- Главное — количество идей. Не делайте никаких ограничений.
- Полный **запрет на критику** (отсутствие оценивания идеи).
- Необычные и даже абсурдные идеи приветствуются.
- Комбинируйте и улучшайте любые идеи.
- Не искать детали (на данном этапе достаточно тезисно озвучить идею).



После этого выбираются наиболее «перспективные» идеи, происходит их дальнейшая детализация. На данном этапе допускается критика. Однако не «тотальная»: в каждой идее необходимо попробовать отыскать конструктив.

Трудности, которые могут возникнуть на стадии выбора наиболее «перспективной» идеи и методы их преодоления

а) Разногласия относительно расстановки приоритетов и исключение «неперспективных» идей. Участникам можно предложить передохнуть несколько минут перед началом выбора идеи. Модератору следует предложить возможные критерии анализа идеи, расставить приоритеты, на основе которых будет осуществляться выбор идей.

б) На стадии детализации идея превращается в нереалистичную. В данном случае можно доработать слабые моменты идеи либо перейти к обсуждению следующей.

Мозговой штурм позволяет в течение занятия со студентами найти множество заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику гипертиреоза. Если группе удастся решить поставленную перед ними задачу, студенты, как правило, становятся «особо рьяными» ее приверженцами. Мозговой штурм применяется также для улучшения командной работы в группе.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра детских болезней №1

ЭТАЛОНЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы
специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденной 24.05.2023 г.

для студентов 4, 5 курсов педиатрического факультета

по специальности Педиатрия 31.05.02

дисциплина Факультетская педиатрия, эндокринология

г. Владикавказ 2023 г.

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	Код формируемых компетенций	стр. с __ по __
1	2	3	4	5
Вид контроля	Входной контроль уровня подготовки обучающихся	30	-	208-212
Вид контроля	Текущий контроль успеваемости			
1.	Ранний возраст	35	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	213-217
2.	Старший возраст	83	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	218-227
3.	Неонатология	178	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	228-250
4.	Гематология	20	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	251-253
5.	Эндокринология	20	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	254-256

ВХОДНОЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Скрытая тетания характерна для
рахита
гипервитаминоза D
спазмофилии

При спазмофилии выявление симптома Маслова приводит к такому расстройству частоты дыхания, как:
учащение
урежение
остановка на несколько секунд

Клинические проявления явной тетании
симптом Хвостека
симптом Труссо
ларингоспазм
клонико-тонические судороги

Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии I степени составляет
1-2 дня
3-7 дней
10 дней
до 14 дней

Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода
в первый триместр беременности
во второй триместр беременности
в третий триместр беременности

Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобинов является
нормохромной
гиперхромной
гипохромной

Депо железа в организме
костный мозг
печень
селезенка
лимфатические узлы

Клинические симптомы железодефицитной анемии у детей
нарастающая бледность кожных покровов
лимфаденопатия
трофические нарушения кожи, волос, ногтей
гектическая лихорадка
систолический шум на верхушке

Принципы лечения железодефицитной анемии у детей:
заместительная терапия препаратами крови
витамиотерапия витамином A

витаминоterapia витамином D
назначение препаратов железа
глюкокортикоидная терапия

Отхаркивающие препараты
мукалтин
ацетилцистеин
тавегил
омепразол

Минимальным седативным эффектом обладает препарат
димедрол
тавегил
кларитин
диазолин
зиртек

Бронхиальная астма - это
острое воспаление дыхательных путей
хроническое воспаление дыхательных путей без гиперреактивности бронхов
хроническое воспаление дыхательных путей на фоне гиперреактивности бронхов,
проявляющееся приступами удушья, астматическим статусом и дыхательным
дискомфортом

Стадии развития аллергического процесса при бронхиальной астме
иммунопатологическая
патохимическая
патофизиологическая

Наиболее высокая реактивность бронхов наблюдается в
4-6 часов утра
10-12 часов
16-18 часов
22-24 часа

Для снятия приступа бронхиальной астмы применяют
амоксиклав
беродуал
кетотифен

Гастрит, ассоциированный с *Helicobacter Pylori*, относится к:
аутоиммунному (тип А)
бактериально-обусловленному (тип В)
химико-токсически индуцированному (тип С)
лимфоцитарному

Антихеликобактерным действием обладают препараты
альмагель
фуразолидон
амоксициллин
де-нол
трихопол

Для диагностики патологии желудка и 12-перстной кишки наиболее информативен метод
обзорный снимок брюшной полости
ретроградная панкреатохолангиография
ирригография
эзофагогастродуоденоскопия
колоноскопия

Для язвенной болезни 12-перстной кишки характерно
кислотообразование повышено, секретообразование снижено
кислотообразование снижено, секретообразование повышено
кислотообразование повышено, секретообразование повышено

Клинические признаки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
являются
алая кровь в стуле
опоясывающие боли в животе
кинжальные боли в животе
дегтеобразный стул
рвота «кофейной гущей»

Болевой абдоминальный синдром при язвенной болезни 12-перстной кишки
характеризуется
постоянным характером
мойнигановским ритмом
беспорядочным появлением боли

Антропометрия недоношенного ребенка после выписки со второго этапа выхаживания
должна проводиться:
ежемесячно
1 раз в 2 нед.
1 раз в 2 мес.

Первое кормление недоношенного ребенка I степени недоношенности должно быть:
через 2 часа после рождения
через 6 часа после рождения
через 9 часа после рождения

Первое кормление недоношенного ребенка II степени недоношенности должно быть:
через 9 часа после рождения
через 12 часа после рождения
через 18 часа после рождения

Первое кормление недоношенного ребенка III степени недоношенности должно быть:
через 12 часа после рождения
через 18 часа после рождения
через 24 часа после рождения

Первое кормление недоношенного ребенка IV степени:
недоношенности должно быть
через 12 часа после рождения
через 18 часа после рождения
через 24 часа после рождения

Через зонд следует кормить недоношенного ребенка:

с пневмопатией

внутриутробно инфицированного

с массой менее 1250 г

с плохой прибавкой массы тела

при отсутствии сосательного и глотательного рефлексов

К груди можно приложить недоношенного ребенка:

без признаков интеркуррентных заболеваний

без признаков внутриутробного инфицирования

с массой более 1800 г

с хорошей прибавкой массы тела

при хорошем сосательном и глотательном рефлексах

при достаточном количестве молока у матери

Прокрашивание ядер мозга у недоношенных детей (I и II степень) может произойти при уровне неконъюгированного билирубина:

340 мкмоль/л и более

более 256-298 мкмоль/л

более 171-205 мкмоль/л

Критерием диагностики острого лейкоза считается обнаружение бластных клеток в костном мозге

>5%

>80%

>30

>10%

Биохимическими признаками внутриклеточного гемолиза является

повышение прямого билирубина

повышение непрямого билирубина

повышение прямого билирубина свободный гемоглобин

повышение непрямого билирубина свободный гемоглобин

Тип аллергических реакций, к которому относится иммунокомплексная патология

I

II

III

IV

Для геморрагического васкулита характерно наличие

анемии

тромбоцитопении

гипертромбоцитоза

нейтрофильного лейкоцитоза

ускорения СОЭ

Замороженную плазму при геморрагическом васкулите переливают с целью

поставки плазменных факторов свертывания

восполнения ОЦК

поставки антитромбина III

Среди этиологических факторов острой иммунной тромбоцитопенической пурпуры на первом месте стоят
аутоиммунные заболевания
применение вакцин, сывороток
вирусные инфекции
применение антикоагулянтов
укусы насекомых

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ

Ранний возраст

Для рахита характерен
метаболический ацидоз
дыхательный ацидоз
метаболический алкалоз

В связывании и накоплении кальция участвует
лимонная кислота
уксусная кислота
янтарная кислота

Для витамин D -резистентного рахита характерны
гипофосфатемия
гиперфосфатемия
резкое повышение активности щелочной фосфатазы
гиперфосфатурии

Специфическая профилактика рахита здорового ребенка включает:
массаж, гимнастика
цитратная смесь ежедневно
масляный раствор витамина Д2 по 5000 МЕ ежедневно
водный раствор витамина Д3 по 500 МЕ ежедневно
водный раствор витамина Д3 по 5000 МЕ ежедневно

Предрасполагающие факторы к развитию гипервитаминоза D
суммарная доза витамина D 1000000МЕ и более
повышенная чувствительность к витамину D
хронические заболевания почек у детей
анемия

Из рациона больных гипервитаминозом D необходимо исключить
сахар
творог
соки
цельное молоко

Причиной судорог при спазмофилии является
гипофосфатемия
гипокальциемия
снижение активности фосфатазы
гиперкальциемия

Скрытая тетания характерна для
рахита
гипервитаминоза D
спазмофилии

При спазмофилии выявление симптома Маслова приводит к такому расстройству частоты дыхания, как:
учащение

урежение
остановка на несколько секунд

Гипокальциемические судороги возникают при остром снижении уровня ионизированного кальция плазмы крови
ниже 1,5 ммоль/л
ниже 1,0 ммоль/л
ниже 0,85 ммоль/л
ниже 0,89 ммоль/л

Предрасполагающие факторы к развитию спазмофилии
повышенная инсоляция в весеннее-летнее время
диета, бедная солями кальция
диета, богатая солями кальция
недостаточное потребление витамина D
назначение препаратов витамина D вместе с УФО

Клинические проявления явной тетании
симптом Хвостека
симптом Труссо
ларингоспазм
клонико-тонические судороги

Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии I степени составляет
1-2 дня
3-7 дней
10 дней
до 14 дней

Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии II степени составляет
1-2 дня
3-5 дней
10 дней
14 дней

Дефицит массы тела при гипотрофии I степени составляет
5-8%
5-15%
10-20%
20-30%
30% и более

Дефицит массы тела при II степени постнатальной гипотрофии составляет
5-8%
5-15%
10-20%
20-30%
30% и более

Дефицит массы тела при III степени постнатальной гипотрофии составляет

5-8%
5-15%
10-20%
20-30%
30% и более

Объём питания при постнатальной гипотрофии I степени в период определения толерантности к пище составляет

$\frac{2}{3}$ от нормы
 $\frac{1}{2}$ от нормы
 $\frac{1}{3}$ от нормы

Объём питания при постнатальной гипотрофии II степени в период определения толерантности к пище составляет

$\frac{2}{3}$ от нормы
 $\frac{1}{2}$ от нормы
 $\frac{1}{3}$ от нормы

Объём питания при постнатальной гипотрофии III степени в период определения толерантности к пище составляет

$\frac{2}{3}$ от нормы
 $\frac{1}{2}$ от нормы
 $\frac{1}{3}$ от нормы

Равномерный значительный дефицит массы и роста называется

паратрофия
гипотрофия
гипостатура

У детей раннего возраста наиболее часто встречается

пищевая аллергия
лекарственная аллергия
ингаляционная аллергия

Диатез, характеризующийся нарушением пуринового обмена и накоплением мочевой кислоты

лимфатико-гипопластический
нервно-артритический
экссудативно-катаральный

Диатез, при котором наблюдается врожденная генерализованная иммунопатия, сочетающаяся с недостаточностью функции коры надпочечников

лимфатико-гипопластический
нервно-артритический
инфекционно-аллергический

Развитие ацетонемической рвоты наиболее вероятно при диатезе

нервно-артритическом
лимфатико-гипопластическом

В патогенезе экссудативно-катарального диатеза имеются следующие стадии реакций
иммунологическая

патохимическая
патофизиологическая

При отсутствии первичной профилактики нервно-артритический диатез может привести к развитию
мочекаменной болезни
атопической бронхиальной астме
подагре
неврастеническому синдрому

Первые проявления экссудативного диатеза
повышение температуры, кашель, одышка
опрелости, гнейс, молочный струп
рвота, частый жидкий стул
беспокойство, потливость, впадение волос на затылке

Назначение антибиотиков при экссудативном диатезе
назначаются всегда
при длительном упорном течении
только при гнойных осложнениях
только в грудном возрасте

Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода
в первый триместр беременности
во второй триместр беременности
в третий триместр беременности

Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобинов является
нормохромной
гиперхромной
гипохромной

Депо железа в организме
костный мозг
печень
селезенка
лимфатические узлы

Клинические симптомы железодефицитной анемии у детей
нарастающая бледность кожных покровов
лимфаденопатия
трофические нарушения кожи, волос, ногтей
гектическая лихорадка
систолический шум на верхушке

Принципы лечения железодефицитной анемии у детей:
заместительная терапия препаратами крови
витамиотерапия витамином А
витамиотерапия витамином D
назначение препаратов железа
глюкокортикоидная терапия

При микроскопии эритроцитов при железодефицитной анемии выявляют
сфероцитоз
анизоцитоз со склонностью к микроцитозу
мишеневидные эритроциты
пойкилоцитоз

Старший возраст

По классификации бронхиты подразделяют на
острый простой бронхит
острый обструктивный бронхит
бронхиолит
токсический бронхит
рецидивирующий бронхит
хронический бронхит

При трахеобронхите кашель сопровождается болями
за грудиной
в горле
в правом боку

Для острого простого бронхита характерны
притупление перкуторного звука с одной стороны
сухие хрипы с обеих сторон
мелкопузырчатые хрипы
крупнопузырчатые хрипы
усиление лёгочного рисунка на рентгенограмме
крупно-очаговые тени на рентгенограмме

В патогенезе сужения просвета бронхов при остром обструктивном бронхите основную роль играют
бронхоспазм
отёк слизистой бронхов
гиперсекреция слизи

Обструктивный бронхит у детей раннего возраста встречается чаще при сопутствующих
гипотрофии
рахите
экссудативно-катаральном диатезе
лимфатико-гипопластическом диатезе

Для острого обструктивного бронхита характерно
инспираторная одышка
экспираторная одышка
свистящие сухие хрипы
эмфизематозное вздутие грудной клетки
притупление перкуторного звука
очаговые тени на рентгенограмме

Рецидивирующим бронхитом называют бронхит, проявляющийся
3 и более раз в году
3 и более раз в году в течение 2 лет
3 и более раз в году в течение 2 лет, рецидивы бронхита продолжаются более 2 недель

Диагностика хронического бронхита включает:
только общий анализ крови
общий анализ крови и рентгенографию органов грудной клетки
общий анализ крови, рентгенографию органов грудной клетки, бронхоскопию

К атипичным пневмониям у детей раннего возраста относятся
вирусные
стафилококковые
хламидийные

Показатели тяжести пневмонии
выраженная дыхательная недостаточность
кашель
локализованные хрипы
притупление перкуторного звука

Для крупозной пневмонии характерно
двусторонний процесс
нормальная температура
румянец на щеке с одной стороны
поражение доли легкого

Отхаркивающие препараты
мукалтин
ацетилцистеин
тавегил
омепразол

Минимальным седативным эффектом обладает препарат
димедрол
тавегил
кларитин
дизаолин
зиртек

Бронхиальная астма - это
острое воспаление дыхательных путей
хроническое воспаление дыхательных путей без гиперреактивности бронхов
хроническое воспаление дыхательных путей на фоне гиперреактивности бронхов,
проявляющееся приступами удушья, астматическим статусом и дыхательным
дискомфортом

Стадии развития аллергического процесса при бронхиальной астме
иммунопатологическая
патохимическая
патофизиологическая

Наиболее высокая реактивность бронхов наблюдается в
4-6 часов утра
10-12 часов
16-18 часов
22-24 часа

Для снятия приступа бронхиальной астмы применяют
амоксиклав
беродуал

кетотифен

Специфическая гипосенсибилизация - это лечение
супрастином
аллергенами
глюконатом кальция

Хирургическое лечение хронической пневмонии проводится при бронхоэктазах
локализованных
распространённых
двусторонних

Формы муковисцидоза
лёгочная
кожная
суставная
кишечная
почечная
смешанная

Для проведения потовой пробы при муковисцидозе используется
электрофорез с атропином
электрофорез с пилокарпином
подкожное введение атропина
подкожное введение пилокарпина

Для уменьшения вязкости мокроты при муковисцидозе используют
трипсин
панкреатин
ацетилцистеин
дигоксин

Гастрит, ассоциированный с *Helicobacter Pylori*, относится к:
аутоиммунному (тип А)
бактериально-обусловленному (тип В)
химико-токсически индуцированному (тип С)
лимфоцитарному

Антихеликобактерным действием обладают препараты
альмагель
фуразолидон
амоксциллин
де-нол
трихопол

Гастрит, ассоциированный с *Helicobacter Pylori*, относится к:
аутоиммунному (тип А)
бактериально-обусловленному (тип В)
химико-токсически индуцированному (тип С)
лимфоцитарному

Антихеликобактерным действием обладают препараты

альмагель
фуразолидон
амоксциллин
де-нол
трихопол

Для диагностики патологии желудка и 12-перстной кишки наиболее информативен метод
обзорный снимок брюшной полости
ретроградная панкреатохолангиография
ирригография
эзофагогастродуоденоскопия
колоноскопия

Для язвенной болезни 12-перстной кишки характерно
кислотообразование повышено, секретообразование снижено
кислотообразование снижено, секретообразование повышено
кислотообразование повышено, секретообразование повышено

Клинические признаки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
являются
алая кровь в стуле
опоясывающие боли в животе
кинжальные боли в животе
дегтеобразный стул
рвота «кофейной гущей»

Болевой абдоминальный синдром при язвенной болезни 12-перстной кишки
характеризуется
постоянным характером
мойнигановским ритмом
беспорядочным появлением боли

При язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной кровотечением, применяется
диета
стол №1-а
стол №4
стол №5
стол №8
Мейленграхта

Осложнения язвенной болезни 12-перстной кишки являются
синдром мальабсорбции
кровотечение
пенетрация
перфорация

Для диагностики инвазии пилорического хеликобактера используют
уреазный тест с биоптатом слизистой оболочки желудка
уреазный дыхательный тест
биохимический анализ крови на железо
ПЦР крови на НР
ПЦР кала на НР

Омепразол относится к группе препаратов
адреноблокаторы
спазмолитики
блокаторы гистаминовых H1 рецепторов
блокаторы протонового насоса

Боли при дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу по характеру
опоясывающие
кратковременные приступообразные боли в правом подреберье
постоянные распирающие боли в правом подреберье

В развитии заболеваний билиарного тракта у детей играют роль
паразитические инвазии
злоупотребление пищей, богатой животными жирами
солнечная инсоляция
подвижный образ жизни
малоподвижный образ жизни

При желчнокаменной колике используются
желчегонные препараты
спазмолитики
антацидные препараты

Для опорожнения желчного пузыря применяют
желчегонные средства
тюбажи
антибиотики

Классификация дискинезий желчного пузыря и желчевыводящих путей включает
гипокинетическую форму
гиперкинетическую форму
смешанную форму

В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют
холекинетики
спазмолитики
антациды
хирургическое лечение

При проведении санаторно-курортного лечения при холециститах используются
диета №5
минеральные воды
физиотерапия
лечебная физкультура

Основной функцией желчи является
эмульгация жиров
гидролиз углеводов
лизис белков

Для лечения лямблиоза с поражением желчных путей используют

левомицетин
макмирор
канамицин
энтеросептол

При хроническом холецистите назначается
диета №1
диета №2
диета №4
диета №5

При ревматизме морфологическим маркером является
обнаружение ашофф-талалаевских гранулем
выраженность неспецифического экссудативного компонента воспаления

При ревматизме решающее значение в этиологии имеют
 β -гемолитический стрептококк группы А
 β -гемолитический стрептококк группы В
стрептококки
вирусы

При ревматизме инвалидизация возможна вследствие поражения
клапанного аппарата сердца
поражения суставов

Особенности ревматического полиартрита
"летучий" характер полиартрита
наличие скованности в суставах

Заболеванию ревматизм могут предшествовать
ангина
рахит
скарлатина
атопический дерматит

В план обследования при подозрении на ревматизм входят
общий анализ крови
биохимический анализ крови (железо, ферритин)
биохимический анализ крови (протеинограмма, проба на наличие С-
реактивного белка)

Количество кругов кровообращения у новорожденного
один
два
три

При врожденном пороке сердца - дефекте межпредсердной перегородки - систолический шум во втором межреберье слева обусловлен шумом сброса через дефект межпредсердной перегородки шумом относительного стеноза легочной артерии

При врожденном пороке сердца – полная транспозиция магистральных сосудов

наличие компенсирующего дефекта
обязательно
не обязательно

При болезни Толочинова-Роже опертивная коррекция порока
показана
не показана

При сформировавшемся синдроме Эйзенменгера радикальную коррекцию порока дефекта
межжелудочковой перегородки
проводят
не проводят

При тетраде Фалло второй тон на легочной артерии
усилен
ослаблен
не изменен

Кардиохирургическую коррекцию полной транспозиции магистральных сосудов
следует проводить
как можно раньше (до одного года)
после трех лет
после пяти лет

У плода функционируют дополнительные коммуникации
боталов проток
аранциев проток

Необходимый объем исследований при подозрении на врожденный порок сердца включает
общий анализ крови
ЭКГ
эхокардиографию
велоэргометрию

Для острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом характерны
гипертония, протеинурия и гиперлипидемия
дислипидемия, протеинурия и диспротеинемия
диспротеинемия, гиперлипидемия и гематурия

Для острого гломерулонефрита с нефритическим синдромом характерна
преимущественно
лейкоцитурия
гематурия
протеинурия

Отеки при остром гломерулонефрите с нефротическим синдромом
распространенные
локальные

Отеки при остром гломерулонефрите
утренние
вечерние

Прием преднизолона внутрь при остром гломерулонефрите осуществляется
равномерно в течение суток
преимущественно в утренние часы
преимущественно в вечерние часы

Наиболее частой причиной развития острого гломерулонефрита является
вирусная инфекция
стафилококковая инфекция
стрептококковая инфекция

Гипопротеинемия при остром гломерулонефрите имеет существенное значение в генезе
отеков
нефритических
нефротических

При остром гломерулонефрите возможно развитие
острой почечной недостаточности
хронической почечной недостаточности

Для пиелонефрита характерны
гематурия
высокая протеинурия
бактериурия
лейкоцитурия

Для лечения пиелонефрита используют
уросептики
антибиотики
гипотензивные средства
антиагреганты
мочегонные средства
гормональные препараты

Проба по Зимницкому позволяет выявить
никтурию
изостенурию
лейкоцитурию
гематурию
кальциурию

Наиболее активны в отношении энтерококка при пиелонефрите
фурагин
метиленовая синь
оксацилин
гентамицин

Для пиелонефрита гематурия
характерна
не характерна

При нарушении пассажа мочи пиелонефрит считается

обструктивным
не обструктивным

При пиелонефрите цистография
показана
не показана

При высокой активности инфекционно-воспалительного процесса в почках возможно
проведение
урографии
цистографии
УЗИ почек
радиоизотопного исследования почек

Приём жидкости при пиелонефрите
ограничивается
повышается
не изменяется

Бактериурией считается выделение с мочой условно-патогенной флоры в количестве более
1 тыс. микробных тел/мл
10 тыс. микробных тел/мл
100 тыс. микробных тел/мл
1 млн. микробных тел/мл

К препаратам нитрофуранового ряда относятся
фурагин
фурамаг
флемоксин
финлепсин

К антигистаминным препаратам I поколения относятся
димедрол
диазолин
зиртек
телфаст
эриус

К антигистаминным препаратам III поколения относятся
димедрол
диазолин
зиртек
телфаст
эриус

Наиболее частый этиологический фактор развития пиелонефрита у детей дошкольного
возраста
кишечная палочка
энтерококк
пневмококк
клебсиелла

Длительность диспансерного наблюдения детей при остром пиелонефрите

1 год

3 года

5 лет

до перехода во взрослую поликлинику

Длительность диспансерного наблюдения детей при хроническом пиелонефрите

1 год

3 года

5 лет

до перехода во взрослую поликлинику

Санаторное лечение при хроническом пиелонефрите

назначают через 1 месяц после обострения

назначают через 6 месяцев после обострения

назначают через 1 год после обострения

не назначают

При хроническом пиелонефрите без нарушения функции почек назначается

диета №1

диета №5

диета №7

диета №10

Неонатология

Метаболическая адаптация новорожденных проявляется:

в катаболической направленности белкового обмена

в гипогликемии, метаболическом ацидозе

в катаболической направленности белкового обмена метаболическом ацидозе, гипогликемии

После рождения температура тела ребенка:

снижается

повышается

нормальная

Физиологическая потеря массы составляет

5-8%

10-12%

>12%

Причины физиологической желтухи:

гемолиз

сниженная активность глюкуронилтрансферазы

сниженная активность глюкуронилтрансферазы и гипоальбуминемия

сниженная активность глюкуронилтрансферазы, гипоальбуминемия, гемолиз

Половой криз у новорожденных наблюдается:

у девочек

у мальчиков

у девочек и мальчиков

К транзиторным особенностям функции почек у новорожденных относятся:

мочекислый инфаркт

протеинурия и лейкоцитурия

олигурия и мочекислый инфаркт

олигурия, протеинурия и мочекислый инфаркт

Физиологическая потеря массы тела у новорожденного максимальна:

на 1 -2-й день жизни и составляет до 5%

на 3-5-й день жизни и составляет до 10%

на 3-4-й день жизни и составляет до 6-8%

Особенности почечных клубочков у детей по сравнению со взрослыми:

количество на единицу поверхности почки больше, размеры относительно велики

количество на единицу поверхности почки меньше, размеры малы

количество на единицу поверхности почки больше, размеры малы

количество на единицу поверхности почки меньше, размеры велики

Движения новорожденного ребенка:

атетозоподобные

целенаправленные

хаотичные

червеобразные

генерализованные

Физиологическая желтуха у доношенных новорожденных проявляется:
на 2-3-й день жизни
на 1-2-й день жизни
на 5-6-й день жизни
на 4-5-й день жизни

Наибольшее скопление бурой жировой ткани у новорожденных детей находятся:
вокруг тимуса и щитовидной железы
в межлопаточном пространстве
на руках и ногах
в задней шейной области
вокруг почек

Причинами нейтрофилии в первые дни жизни являются:
эстрогены, поступившие к ребенку трансплацентарно от матери
родовой стресс
гипогликемия
антигенная стимуляция

Причинами снижения уровня гемоглобина и количества эритроцитов в период новорожденности являются:
укороченная длительность жизни эритроцитов
гемоконцентрация
уменьшение продукции эритропоэтина
низкий уровень НЭЖК в мембране эритроцитов
низкий уровень АТФ в мембране эритроцитов
дефицит печеночной глюкуронилтрансферазы

При хронической внутриутробной гипоксии поверхность плаценты
увеличивается
остается неизменной
уменьшается

Маточно-плацентарный кровоток в условиях хронической внутриутробной гипоксии:
замедляется
ускоряется

Новорожденный, родившийся в тяжелой гипоксии, имеет оценку по шкале АПГАР:
5-7 баллов
4-5 баллов
3 балла и менее

Для подтверждения диагноза хронической внутриутробной гипоксии плода проводят:
ультразвуковое исследование плаценты
анализ крови беременной
доплерометрию сосудов плаценты
нестрессовый тест
рентгенологическое исследование брюшной полости беременной

При церебральной ишемии I степени у новорожденного выявляются:
судороги, гипорефлексия, тремор рук

тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония
мышечная дистония, гипотония, вялость

При церебральной ишемии II степени у новорожденного отмечаются:
усиление рефлексов орального автоматизма
судороги
гипертонус мышц
гипорефлексия
вялость, адинамия

При церебральной ишемии III степени у новорожденного отмечаются:
судороги
отсутствие рефлексов
гипертонус мышц
нарушение ритма дыхания и сердцебиения
гиперрефлексия

Желтуха при гипоксии у новорожденных может сопровождаться:
повышение гематокрита до 0,7
снижение гематокрита до 0,35
повышением гемоглобина выше 220 г/л
анемий
повышением числа эритроцитов выше $6 \cdot 10^{12}/л$

Какие изменения системы крови возможны у новорожденных, перенесших асфиксию в родах:
полицитемия
лейкоцитоз
тромбоцитопения
все ответы правильные

Какая патология желудочно-кишечного тракта наиболее часто встречается у новорожденных, перенесших асфиксию в родах:
желудочно-пищеводный рефлюкс
ахалазия пищевода
высокая кишечная непроходимость
некротизирующий энтероколит

Причиной острой гипоксии плода в родах является:
артериальная гипотензия у матери
сдавление пуповины
избыточная сократительная активность матки
все перечисленные

Причинами апноэ у доношенного новорожденного ребенка после 3-го дня жизни могут являться:
менингит
функционирующий артериальный проток
инфаркт мозга
обструкция верхних дыхательных путей
желудочно-пищеводный рефлюкс
полицитемия

Причинами апноэ у недоношенного ребенка могут являться:
респираторный дистресс-синдром
внутрижелудочковое кровоизлияние
постгеморрагическая гидроцефалия
функциональный артериальный проток
анемия
язвенно-некротический энтероколит

Основной причиной аспирации новорожденных является:
недоношенность
гипоксия плода
инфекционные заболевания матери
гемолитическая болезнь новорожденных
врожденный порок сердца

При аспирации новорожденных антибактериальная терапия:
показана
не показана

Синдром дыхательных расстройств характерен:
для доношенных новорожденных детей
для переношенных новорожденных детей
для недоношенных новорожденных детей

Для новорожденных с болезнью гиалиновых мембран хрипы в легких:
характерны
нехарактерны

Искусственный сурфактант по сравнению с глюкокортикоидами при синдроме дыхательных расстройств новорожденного действует:
эффективнее, но медленнее
менее эффективно, но быстрее
менее эффективно и медленнее
эффективнее и быстрее

К аспирационным состояниям новорожденного относят:
болезнь гиалиновых мембран
аспирационный синдром
врожденную долевую эмфизему
полисегментарный ателектаз
массивную меконияльную аспирацию
рассеянные ателектазы

Для новорожденных с массивной меконияльной аспирацией характерны:
нарастающий цианоз кожи и слизистых
транзиторное тахипноэ
асимметрия грудной клетки
отсутствие хрипов в легких
средне- и мелкопузырчатые хрипы в легких
нормальные газы крови
снижение pO_2
повышение pCO_2

Клиническими формами синдрома дыхательных расстройств являются:

Полисегментарный ателектаз
отечно-геморрагический синдром
меконияльная аспирация
рассеянные ателектазы
болезнь гиалиновых мембран

Отечно-геморрагический синдром новорожденных характеризуется:

нарастанием цианоза
общим отеком
отсутствием хрипов в легких
общим геморрагическим синдромом
пенистым отделяемым на губах
отсутствием одышки
выраженной одышкой
множественными мелкопузырчатыми и крепитирующими хрипами в легких

Для уточнения диагноза синдрома дыхательных расстройств в план обследования новорожденного необходимо включить:

анализ периферической крови
рентгенографию черепа
исследование кислотно-основного состояния крови
рентгенографию грудной клетки
анализ мочи
бактериологическое исследование крови

Показаниями к искусственной вентиляции легких у новорожденных с дыхательными расстройствами являются:

отдышка до 60 в мин.
апноэ
 pO_2 менее 50 мм рт.ст., pCO_2 более 60 мм рт.ст., pH менее 7,2
отдышка до 80 в мин.
нарастание цианоза
 pO_2 менее 60 мм рт.ст., pCO_2 более 50 мм рт.ст., pH менее 7,25
брадипноэ менее 30 в мин.

В каком возрасте наиболее часто РДС у недоношенных детей осложняется развитием пневмонии:

1-2 день
3-4 день
5-6 день
7-8 день
9-10 день

Какая основная причина развития поздней неонатальной пневмонии у недоношенных детей:

осложнение РДС
внутриутробное инфицирование
аспираторная инфекция
осложнение ОРВИ

Причинами апноэ у доношенного новорожденного ребенка после 3-го дня жизни могут являться:

менингит

функционирующий артериальный проток
инфаркт мозга
обструкция верхних дыхательных путей
желудочно-пищеводный рефлюкс
полицистемия

Врожденный гепатит является проявлением:
эмбриопатии
фетопатии

Микоплазма является причиной внутриутробной инфекции:
верно
неверно

Инфицирование плода токсоплазмой возможно, если у беременной форма токсоплазмоза:
острая
хроническая

Новорожденный с врожденной краснухой источником инфекции:
является
не является

Передача цитомегаловирусной инфекции с донорской кровью:
возможна
невозможна

Учитывая кровоток плода, при гематогенном пути инфицирования среди внутренних органов в первую очередь поражаются:
печень
селезенка
головной мозг
легкие

Парезы, параличи чаще всего бывают исходом внутриутробного перенесенного:
сифилиса
краснухи
токсоплазмоза

Листериоза
Врожденный порок сердца чаще всего бывает при врожденном:
листериозе
сифилисе
краснухе
токсоплазмозе

Контаминационный, восходящий путь инфицирования более характерен при внутриутробной инфекции для:
токсоплазмы
листерий
вируса краснухи
цитомегаловируса

Для листериозной инфекции при внутриутробном инфицировании более характерно

формирование:
эмбриопатий
фетопатий

Развитие интерстициальной пневмонии чаще всего встречается при внутриутробной инфекции:
сифилитической
токсоплазменной
цитомегаловирусной

При врожденной герпетической инфекции развитие менингоэнцефалита:
характерно
нехарактерно

При врожденном сифилисе пузырьчатка на ладонях и стопах встречается:
во всех случаях
не во всех случаях
не встречается

Клиническими проявлениями листериозной инфекции у беременной могут быть:
лихорадка
нефропатия
лимфаденопатия
пиелонефрит
ангина
повышение артериального давления

Для лечения врожденного токсоплазмоза используют:
дараприм
нистатин
бисептол
пенициллин
фуразолидон

Фототерапия применяется для лечения гипербилирубинемии новорожденного, если она обусловлена повышением уровня:
прямого билирубина
непрямого билирубина

При проведении фототерапии патогенетически обусловлено одновременное назначение:
капельного введения глюкозы
гидрокортизона
кокарбоксилазы

При лечении гипербилирубинемии, обусловленной повышением уровня непрямого билирубина, патогенетически показано введение:
альбумина
глюкозы
сернокислой магнезии

Гипербилирубинемия, обусловленная повышением преимущественно уровня непрямого билирубина у новорожденных, характерна:

для гемолитической болезни
для атрезии желчевыводящих путей
для конъюгационной желтухи
для фетального гепатита

Если мать резус отрицательная, а ребенок резус-положительный, то гемолитическая болезнь развивается:
во всех случаях
не во всех случаях

Если имеется несовместимость крови матери и плода по системе ABO, то развитие гемолитической болезни:
обязательно
не обязательно

Если у матери группа крови AB (IV), а у ребенка O (I), развитие гемолитической болезни:
происходит
не происходит

Анемическая форма гемолитической болезни новорожденных (ГБН) чаще развивается при несовместимости крови матери и плода:
по резус-фактору
по системе ABO

По характеру регенерации костного мозга анемия при гемолитической болезни новорожденных относится:
к гиперрегенераторной
к гипорегенераторной

При гемолитической болезни новорожденных в анализе периферической крови выявляется:
анемия, ретикулоцитоз
анемия, лейкоцитоз
анемия, тромбоцитопения

Для проведения операции заменного переливания крови при ГБН по резус-фактору необходимо взять кровь:
с группой крови ребенка резус-фактор отрицательный
с группой крови матери резус-фактор отрицательный
с группой крови ребенка резус-фактор положительный

Для проведения операции заменного переливания крови при ГБН по системе ABO используется эритроцитная масса с группой крови:
ребенка
O(1)

Гемолитическая болезнь новорожденных может быть обусловлена:
внутриутробной инфекцией
иммунологическим конфликтом
нарушением конъюгации билирубина
гемоглобинопатией

Симптомы ядерной желтухи могут проявляться:

- на 1-ой неделе жизни
- к 1-му месяцу жизни
- на 2-м месяце жизни

При гемолитической болезни новорожденных желтуха проявляется:

- на 1-е сутки жизни
- на 3-й сутки жизни
- на 5-е сутки жизни

Прогноз при гемолитической болезни новорожденных определяется:

- повышением уровня непрямого билирубина
- повышением уровня прямого билирубина
- этиологией гемолитической болезни
- степенью зрелости ребенка

Абсолютным показанием для проведения заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденных является:

- уровень билирубина пуповинной крови 50-60 мкмоль/л
- темп нарастания уровня билирубина выше 9 мкмоль/л/ч
- повышение уровня непрямого билирубина на 2-е сутки до 200 мкмоль/л

ГБН по системе АВО может развиваться, если группа крови:

- матери 0 (I), ребенка А (II)
- матери 0 (I), ребенка В (III)
- матери А (II), ребенка 0 (I)
- матери В (III), ребенка 0 (I)
- матери 0 (I), ребенка АВ (IV)

Характерными клиническими симптомами желтушной формы гемолитической болезни новорожденных являются:

- обесцвеченный кал
- анемия
- увеличение печени
- увеличение селезенки
- геморрагическая сыпь на коже
- гипотрофия
- желтуха

Клиническими проявлениями ядерной желтухи являются:

- симптом Грефе
- симптом «заходящего солнца»
- мышечная гипотония
- мышечная гипертония
- выбухание большого родничка

Гемолитическую болезнь новорожденных следует дифференцировать:

- с конъюгационными желтухами
- с геморрагической болезнью новорожденных
- с фетальным гепатитом
- с постгеморрагической анемией
- с перинатальной энцефалопатией

Для лечения гемолитической болезни новорожденных применяется:
инфузионная терапия
фототерапия
гормональная терапия
заменное переливание крови
люминал

Первичным элементом везикулопустулеза новорожденных является:
пятно
пузырек
эрозия

Эпидемическая пузырчатка новорожденных характеризуется наличием:
вялых пузырей
бугорков
напряженных пузырьков

Для эксфолиативного дерматита Риттера у новорожденных симптом Никольского:
характерен
не характерен

Первичным элементом флегмоны новорожденных является:
вялый пузырь
эрозия
пятно с четкими краями

В следствие перенесенной флегмоны новорожденных изменения на коже:
остаются
не остаются

При гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и пупка новорожденных в гемограмме чаще отмечается:
лейкоцитоз
лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом формулы влево
лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом формулы влево, анемия

Физиотерапевтические методы лечения при гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и пупка новорожденных:
используются
не используются

При гнойном омфалите новорожденных местно используют:
3% раствор перекиси водорода
3% раствор перекиси водорода, 2% спиртовой раствор
бриллиантового зеленого
3% раствор перекиси водорода, 2% спиртовой раствор
бриллиантового зеленого, ляпис

При гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и пупка новорожденных купание :
показано
не показано

Инфекционными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки новорожденных являются:

склерема

везикулопустулез

адипонекроз

токсическая эритема

эпидемическая пузырчатка

эксфолиативный дерматит Риттера

буллезный эпидермолиз

некротическая флегмона

Эпидемическую пузырчатку новорожденных дифференцируют:

с врожденным ихтиозом

с буллезным эпидермолизом

с флегмоной новорожденных

с сифилитической пузырчаткой

с эксфолиативным дерматитом Риттера

с адипонекрозом

с везикулопустулезом

с некротическим омфалитом

с кистами желчного и мочевого протоков

с флегмозным омфалитом

К инфекционным заболеваниям пупочного канатика, пупочной раны и пупочных сосудов у новорожденных относятся:

амниотический пупок

мокнущий пупок

фунгус пупка

свищи желчного и мочевого протоков

гнойный омфалит

флебит пупочной вены

гангрена пупочного канатика

некротический омфалит

кисты желчного и мочевого протоков

флегмозный омфалит

К гармположительным микроорганизмам, вызывающим гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных относятся:

протей

стафилококки

хламидии

синегнойная палочка

стрептококки

клебсиелла

микоплазма

К гармотрицательным микроорганизмам, вызывающим гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных, относятся:

протей

стафилококки

хламидии

синегнойная палочка

стрептококки
клебсиелла
микоплазма

Среди локальных гнойных заболеваний у недоношенных детей чаще всего встречается:

везикулопустулез
флегмона
омфалит
пиелонефрит

Какое из перечисленных гнойно-воспалительных заболеваний чаще встречается у недоношенных новорожденных:

флегмона
остеомиелит
пемфигус
рожистое воспаление

Укажите наиболее частую локализацию гнойного очага при пупочном сепсисе:

пупочная ранка
околопупочная область
пупочные сосуды
передняя брюшная стенка

Назовите наиболее частый вид гнойного поражения кожи у новорожденных детей:

пемфигус
везикулопустулез
болезнь Риттера
псевдофурункулез

При внутричерепных кровоизлияниях у новорожденных детей уровень белка в спинномозговой жидкости:

увеличивается
остается неизменным
уменьшается

Для подтверждения диагноза внутричерепного кровоизлияния необходимо провести следующие обследования:

определить уровень сахара в крови
рентгенограмму черепа
НСГ (нейросонография)
люмбальную пункцию
ядерно-магнитный резонанс
исследовать глазное дно

При исследовании спинномозговой жидкости у новорожденных с внутричерепным кровоизлиянием выявляется:

повышения уровня сахара
присутствие макрофагов
снижение уровня белка
появление эритроцитов
повышение уровня белка

При пери- и интравентрикулярных кровоизлияниях II-III степени в клинике у новорожденных выявляются следующие изменения:

- гипертонус
- судороги
- тахикардия
- выбухание и напряжение большого родничка
- повышение двигательной активности
- снижение гематокрита
- мышечная гипотония
- оживление безусловных рефлексов

Какой из симптомов позволяет заподозрить внутрижелудочковое кровоизлияние у недоношенного ребенка:

- одышка
- тремор конечностей
- тахикардия
- апноэ

Какую патологию следует исключить в первую очередь при развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток:

- родовую травму ЦНС
- порок развития головного мозга
- метаболические нарушения
- гнойный менингит

Наиболее распространенным вариантом экстракраниальной родовой травмы у новорожденного является:

- родовая опухоль
- перелом основания черепа
- субапоневротическое кровоизлияние
- кефалогематома

Характерным признаком кефалогематомы является:

- флюктуация при пальпации
- локализация над теменной костью
- выраженная болезненность при пальпации
- отчётливое отграничение по линии черепных швов

Какой должна быть врачебная тактика ведения детей с неосложненной кефалогематомой:

- провести гемотрансфузию
- выполнить пункцию кефалогематомы, аспирировать содержимое и ввести антибиотики
- назначить гемостатические препараты
- динамическое наблюдение
- выполнить рентгенографическое исследование

Наиболее распространенными вариантами переломов костей черепа у новорожденных являются:

- вдавленные переломы теменной кости
- линейные переломы теменной кости
- переломы основания черепа
- переломы решётчатой кости
- переломы скуловой кости

Бессимптомное течение внутричерепного кровоизлияния у недоношенного ребенка наиболее часто отмечается при его следующем варианте:

- паренхиматозное кровоизлияние
- субдуральное кровоизлияние
- эпидуральное кровоизлияние
- субарахноидальное кровоизлияние
- внутрижелудочковое кровоизлияние
- изолированное субэпендимальное кровоизлияние

Наиболее значимой в патогенезе внутрижелудочковых кровоизлияний морфологической особенностью незрелого мозга является:

- наличие герминативного матрикса
- наличие перивентрикулярных венозных сплетений
- незрелость стенки магистральных артериальных и венозных сосудов
- избыточная рыхлость белого вещества в перивентрикулярных областях
- повышенная проницаемость сосудов хлориоидальных сплетений

Какие участки спинного мозга чаще всего повреждаются при родах в ягодичном предлежании:

- верхний и средний шейные
- нижний шейный и верхний грудной
- верхний грудной и средний грудной
- нижний грудной и поясничный
- поясничные и копчиковый

Какие акушерские манипуляции чаще всего вызывают родовые повреждения спинного мозга и его корешков при ягодичном и ножном предлежании:

- продольные и боковые тракции
- тракции в сочетании
- сгибание и компрессия
- дистракция и компрессия
- Геморрагическая болезнь новорожденных обусловлена нарушением:
- сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза
- коагуляционного звена гемостаза

Суточная потребность новорожденного в витамине К:

- 5 мкг
- 10 мкг
- 20 мкг

Клинические признаки геморрагической болезни новорожденных чаще появляются:

- на 1-2-й день жизни
- на 2-4-й день жизни
- на 5-7-й день жизни

Для лечения геморрагической болезни новорожденных применяют:

- свежезамороженную плазму
- свежезамороженную плазму и викасол
- свежезамороженную плазму, викасол и дицинон

К развитию дефицита витамин К-зависимых факторов свертывания и в организме новорожденного приводят:

недостаточность белково-синтетической функции печени
нарушение функции тромбоцитов
гипокальциемия
недостаточное образование и поступление витамина К

Первыми клиническими проявлениями геморрагической болезни новорожденных являются:

кровоточивость слизистых
анемия
мелена
гематрозы
внутричерепные кровоизлияния

Новорожденному с геморрагической болезнью необходимо провести следующее обследование:

общий анализ крови (тромбоциты, время свертывания крови и время кровотечения)
общий анализ мочи
коагулограмму
биохимический анализ крови
тромбоэластограмму

Для диагностики фето-материнской кровопотери используют:

тест Апта
окраску мазка крови матери по Клейхауэру-Бэтке
реакцию Кумбса
оценку морфологии эритроцитов новорожденного

Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться:

при гемангиоматозе
при внутриутробных инфекциях
при ДВС-синдроме
при всех перечисленных заболеваниях

Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться:

при врожденной краснухе
при врожденной цитомегалии
при врожденной герпетической инфекции
при всех перечисленных случаях

Чем объясняется развитие кожных геморрагических проявлений при сепсисе:

сенсibilизацией организма ребенка
развитием ангиитов и тромбоваскулитов
нерациональной антибактериальной терапией
повышенной ломкостью сосудов

Какие факторы могут способствовать развитию геморрагического синдрома в раннем неонатальном периоде:

гипертермия, ацидоз, гиперкапния
специфические внутриутробные инфекции
прием матерью незадолго до родов медикаментозных препаратов, повышающих склонность к кровотечениям
все перечисленные

Какие особенности характеризуют систему гемостаза у новорожденных детей:
повышенная проницаемость капилляров
сниженная функциональная активность тромбоцитов
низкая активность факторов свертывания крови
все перечисленные особенности

Какой из перечисленных признаков характерен для геморрагической болезни новорожденных
повышенный фибринолиз
тромбоцитопения
уменьшение в крови уровня глобулинов (VIII, IX, X факторов)
снижение протромбинового комплекса

Клинические симптомы при классической форме геморрагической болезни новорожденных обычно проявляются:
сразу после рождения
на 2 день жизни
к 3-5 дню жизни
на 2 неделе жизни

Является ли падение уровня гемоглобина ниже 120 г/л при трансплацентарной кровопотере показанием к срочной гемотрансфузии:
да
нет
только при высокой скорости снижения гемоглобулина
переливание крови можно сделать в плановом порядке

Переваривающая активность фагоцитов при сепсисе новорожденных:
значительно повышена
резко снижена
не изменена

Клеточный иммунитет при сепсисе новорожденных:
угнетен
активизирован
не изменен

При сепсисе новорожденных при постановке теста с нитросиним тетразолием (НСТ-тест) положительную реакцию дают:
до 10% нейтрофилов и моноцитов
до 70% нейтрофилов и до 60% моноцитов
более 70% нейтрофилов и более 60% моноцитов

В лечении сепсиса новорожденных используются следующие принципы:
инфузионная, антибактериальная, иммунодепрессивная терапия
инфузионная, антибактериальная, иммунокорригирующая терапия
инфузионная, антибактериальная терапия, гепатопротекторы

К септическим очагам у новорожденных относятся:
менингит
конъюнктивит

отит
остеомиелит
абсцедирующая пневмония
бронхопневмония

Клиника периода инфекционного токсикоза при сепсисе новорожденных характеризуется:

серым оттенком кожных покровов
выраженной гипотрофией
появлением септикопиемического очага
выраженными гемодинамическими расстройствами
выраженной спленомегалией
изменением температуры тела (гипер- или гипотермией)
плоской весовой кривой
умеренным увеличением размеров печени

Для биохимического анализа крови в период инфекционного токсикоза при сепсисе новорожденных характерны:

резкое повышение уровня С-реактивного белка
гипокальциемия
повышение показателя дифеламиновой пробы
повышение уровня холестерина
повышение уровня серомукоида
понижение уровня холестерина
гипофосфатемия
диспротеинемия

При сепсисе новорожденных с антибактериальной целью используются:

пенициллин и его производные
тетрациклины
цефалоспорины
макролиды
аминогликозиды
сульфаниламиды

Какой из факторов неспецифического иммунитета играет ведущую роль в защите слизистых оболочек от патогенной микрофлоры:

интерферон
лизозим
пропердин
система комплимента

Назовите показания к назначению гидрокортизона у новорожденных с сепсисом:

наличие инфекционного токсикоза
развитие септического шока
развитие ДВС-синдрома
все перечисленные

Чем объясняется развитие кожных геморрагических проявлений при сепсисе:

сенсibilизацией организма ребенка
развитием ангиитов и тромбоваскулитов
нерациональной антибактериальной терапией

повышенной ломкостью сосудов

Назовите основной дифференциально-диагностический признак сепсиса:

множественные, последовательно возникающие очаги инфекции
нарушения иммунитета и глубокие изменения гемостаза
тяжелое поражение ЦНС
выраженный кишечный синдром

Какая локализация очага остеомиелита наиболее характерна для грамотрицательной флоры:

эпифизы трубчатых костей
метафизы трубчатых костей
нижняя челюсть

все перечисленные

Какое течение свойственно остеомиелиту грамотрицательной этиологии:

острое, с отчетливо выраженным артритом
молниеносное

вялотекущее, без отчетливо выраженного артрита и с неяркими рентгенологическими признаками
все варианты встречаются одинаково часто

При какой этиологии сепсиса наиболее выражены изменения в лейкоцитарной формуле крови:

грам-отрицательной
грам-положительной
грибковой

зависимость от возбудителя отсутствует

При каком ведущем септическом очаге электролитные нарушения наиболее выражены:

при флегмоне
при энтероколите
при деструктивной пневмонии
при гнойном менингите

Назовите клинические симптомы сепсиса у новорожденных детей:

наличие множества гнойных очагов
тяжелая сердечная недостаточность
гипертермия, угнетение сознания, диспепсические расстройства
нарушение терморегуляции, диспепсические расстройства,
неврологические симптомы, нарушение свертываемости крови и ОЦК

Вирусно-бактериальный характер пневмонии новорожденных чаще встречается в период:

ранний неонатальный

поздний неонатальный

Микоплазменная этиология пневмонии у новорожденных:

встречается
не встречается

Аспирационная интранатальная пневмония чаще вызывается микроорганизмами:

грамотрицательными
грамположительными

При пневмонии новорожденных кашель:
характерен
не характерен

При пневмонии новорожденных в легких мелкопузырчатые влажные хрипы ыслушиваются:
постоянно
непостоянно

При пневмонии новорожденных при перкуссии притупление легочного звука можно определить:
во всех случаях
не во всех случаях

На рентгенограмме грудной клетки при пневмоцистной пневмонии обнаруживается:
массивное снижение прозрачности легочной ткани
облакоподобные рассеянные тени
усиление легочного рисунка

При пневмонии новорожденных увеличение количества лейкоцитов и сдвиг лейкоцитарной формулы влево являются:
храктерными
не характерными

Аспирационная интранатальная пневмония новорожденных чаще локализуется в легких:
справа, в средних отделах
слева, по всей поверхности
двусторонняя

Для лечения микоплазменной пневмонии наиболее эффективным является:
пенициллин
эритромицин
гентамицин
линкомицин

Этиологическими факторами пневмонии новорожденных являются:
вирусы
гипотрофия
бактерии
гипоксия
микоплазма
пневмопатии

Клинические симптомы тяжелой дыхательной недостаточности при пневмонии новорожденных проявляются:
выраженной одышкой
генерализованным цианозом
тахикардией
гипотонией
гипорефлексией
повышением АД

Основными факторами пневмонии новорожденных являются:

- очаговая
- сегментарная
- крупозная
- интерстициальная

При пневмонии новорожденных основными исследованиями являются:

- анализ периферической крови
- люмбальная пункция
- рентгенограмма грудной клетки
- нейросонография
- мазок из зева на флору и чувствительность к антибиотикам

Пневмонию новорожденных необходимо дифференцировать прежде всего:

- с отчетно-геморрагическим синдромом
- с перинатальной энцефалопатией
- с первичными ателектазами
- с аспирационным синдромом
- с энтероколитом

Для лечения бактериальной пневмонии новорожденных используют:

- оксациллин
- ампициллин
- мономицин
- тетрациклин
- цефамезин
- стрептомицин

Признаками, характерными для недоношенного ребенка, являются:

- масса при рождении менее 3000 г
- масса при рождении менее 2500 г
- масса при рождении менее 3500 г
- роды ранее 28 нед. беременности
- роды ранее 38 нед. беременности
- роды ранее 40 нед. беременности
- длина тела при рождении менее 45 см
- длина тела при рождении менее 47 см
- длина тела при рождении менее 50 см

Степень зрелости недоношенного ребенка оценивается по шкале:

- Апгар
- Сильвермана
- Дубовица
- Дементьевой
- Сотниковой
- Болларда, Новака

Признаками, позволяющими включить женщину в группу повышенного риска по невынашиванию, являются:

- возраст женщины до 18 лет
- возраст женщины до 20 лет

возраст женщины старше 36 лет
возраст женщины старше 30 лет
токсикоз второй половины беременности
клинический узкий таз
многоплодная беременность
малая прибавка в массе тела во время беременности
проявления гиперфункции надпочечников
проявления гипофункции надпочечников
заболевание желудочно-кишечного тракта у женщин
предшествующие аборт
многоводие
болезни сердца
болезни дыхательной системы
болезни почек
аномалии плаценты и пуповины
истмико-цервикальная недостаточность
нарушения со стороны ЦНС
пороки развития матки
инфекционные заболевания
профессиональные вредности
аллергические заболевания
дискинезия желчевыводящих путей

Осмотр недоношенного ребенка педиатром на первом месяце жизни после выписки со 2-го этапа выхаживания должен проводиться:

не реже 1 раза в неделю
каждые 3 дня
по мере необходимости
2 раза в месяц

Осмотр недоношенного ребенка педиатром с 2 до 6 мес. жизни после выписки со 2-го этапа выхаживания должен проводиться:

1 раз в неделю
1 раз в 2 недели
1 раз в 3 недели
1 раз в месяц

Осмотр недоношенного ребенка педиатром во втором полугодии жизни должен проводиться:

1 раз в квартал
1 раз в месяц
ежемесячно
1 раз в 2 нед.

Осмотр недоношенного ребенка невропатологом после выписки со 2-го этапа выхаживания должен проводиться:

обязательно на первом месяце, затем повторно 2 раза в год
2 раза на первом месяце, затем 1 раз в квартал
обязательно на первом месяце, затем 1 раз в квартал
1 раз в неделю на первом месяце, затем по мере надобности

Осмотр недоношенного ребенка хирургом после выписки со 2-го этапа выхаживания

должен проводиться:
в 2 и 6 мес. жизни
в 1,5 и 4,5 мес. жизни
в 1 и 3 мес. жизни

Антропометрия недоношенного ребенка после выписки со второго этапа выхаживания должна проводиться:

ежемесячно
1 раз в 2 нед.
1 раз в 2 мес.

Первое кормление недоношенного ребенка I степени недоношенности должно быть:

через 2 часа после рождения
через 6 часа после рождения
через 9 часа после рождения

Первое кормление недоношенного ребенка II степени недоношенности должно быть:

через 9 часа после рождения
через 12 часа после рождения
через 18 часа после рождения

Первое кормление недоношенного ребенка III степени недоношенности должно быть:

через 12 часа после рождения
через 18 часа после рождения
через 24 часа после рождения

Первое кормление недоношенного ребенка IV степени:

недоношенности должно быть
через 12 часа после рождения
через 18 часа после рождения
через 24 часа после рождения

Через зонд следует кормить недоношенного ребенка:

с пневмопатией
внутриутробно инфицированного
с массой менее 1250 г
с плохой прибавкой массы тела
при отсутствии сосательного и глотательного рефлексов

К груди можно приложить недоношенного ребенка:

без признаков интеркуррентных заболеваний
без признаков внутриутробного инфицирования
с массой более 1800 г
с хорошей прибавкой массы тела
при хорошем сосательном и глотательном рефлексам
при достаточном количестве молока у матери

Прокрашивание ядер мозга у недоношенных детей (I и II степень) может произойти при уровне неконъюгированного билирубина:

340 мкмоль/л и более
более 256-298 мкмоль/л
более 171-205 мкмоль/л

Прокрашивание ядер мозга у недоношенных детей (III и IV степень) может произойти при уровне неконъюгированного билирубина:

340 мкмоль/л и более

более 256-298 мкмоль/л

более 171-205 мкмоль/л

Особенности течения конъюгационных желтух у недоношенных детей (по сравнению с доношенными) являются:

более раннее появление желтухи

более позднее появление желтухи

время появления желтухи такое же, как и у доношенных

стертость клинической картины первой фазы билирубиновой энцефалопатии

резко выраженная клиническая картина первой фазы билирубиновой энцефалопатии

затяжное течение желтухи

быстрое исчезновение желтушного прокрашивания кожи при сохраняющихся высоких цифрах билирубина

чаще развивается билирубиновая энцефалопатия

реже развивается билирубиновая энцефалопатия

Особенности сепсиса у недоношенных детей (по сравнению с доношенными) являются:

более частое внутриутробное инфицирование

более частое постнатальное инфицирование

чаще вызывается грамотрицательной флорой

чаще вызывается грамположительной флорой

чаще пупочный

чаще легочный

чаще кожный

чаще кишечный

протекает чаще в форме септицемии

протекает чаще в форме септикопиемии

часто протекает с выраженной температурной реакцией

часто протекает без температурной реакции

Особенности пневмоний у недоношенных детей (по сравнению доношенными) являются:

чаще внутриутробные

чаще постнатальные

чаще развивается на фоне пневмопатий

чаще развиваются на фоне пороков развития

чаще развивается на фоне общей незрелости организма

чаще вызываются грамотрицательной флорой

чаще вызываются грамположительной флорой

чаще вызываются патогенными грибами

протекают без выраженной температурной реакции

протекают с выраженной температурной реакцией

протекают с выраженной дыхательной недостаточностью

протекают без выраженной дыхательной недостаточности

Гематология

Критерием диагностики острого лейкоза считается обнаружение бластных клеток в костном мозге

>5%

>80%

>30

>10%

Биохимическими признаками внутриклеточного гемолиза является

повышение прямого билирубина

повышение непрямого билирубина

повышение прямого билирубина свободный гемоглобин

повышение непрямого билирубина свободный гемоглобин

Тип аллергических реакций, к которому относится иммунокомплексная патология

I

II

III

IV

Для геморрагического васкулита характерно наличие

анемии

тромбоцитопении

гипертромбоцитоза

нейтрофильного лейкоцитоза

ускорения СОЭ

Замороженную плазму при геморрагическом васкулите переливают с целью

поставки плазменных факторов свертывания

восполнения ОЦК

поставки антитромбина III

Среди этиологических факторов острой иммунной тромбоцитопенической пурпурой на первом месте стоят

аутоиммунные заболевания

применение вакцин, сывороток

вирусные инфекции

применение антикоагулянтов

укусы насекомых

При иммунной тромбоцитопенической пурпуре изменяется

время свертывания

время кровотечения

и то и другое

ни то, ни другое

Пик заболеваемости острым лейкозом приходится на возраст

до 1 года

5-7 лет

2-4 года

8-15 лет

Рецидив острого лейкоза подтверждается наличием бластных клеток в костном мозге
>10%
>5%
>30
>80%

Наиболее информативным исследованием для подтверждения диагноза иммунной тромбоцитопенической пурпуры является
стеральная пункция
анализ крови (тромбоциты, время свертывания крови и время кровотечения)
стеральная пункция анализ крови (тромбоциты, время свертывания крови и время кровотечения) коагулограмма

Диагноз гемолитической анемии становится несомненным при
снижении уровня гемоглобина
увеличении количества ретикулоцитов
гипербилирубинемии
изменении осмотической резистентности эритроцитов
снижении продолжительности жизни эритроцитов

Для гемолитического криза при наследственном сфероцитозе характерна триада симптомов
бледность
желтуха
увеличение печени
увеличение лимфатических узлов
увеличение селезенки
носовое кровотечение
лихорадка

Кровоточивость при гемофилии обусловлена
нарушениями сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза
дефицитом плазменных факторов свертывания
патологией сосудистой стенки

При наследственном сфероцитозе гемолиз
внутрисосудистый
внутриклеточный
смешанный

При тяжелой форме гемофилии А содержание фактора VIII составляет
0-1%
2-5%
5-15%
15-60%

Осмотическая резистентность эритроцитов при наследственном сфероцитозе
снижается
не меняется
увеличивается

Признаками гемолиза являются

анемия ретикулоцитоз

ретикулоцитоз повышение непрямого билирубина анемия

повышение уровня непрямого билирубина желтуха

желтуха спленомегалия

Патогенез геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите обусловлен

тромбоцитопенией

дефицитом факторов свертывания

патологией сосудистой стенки

Тип кровоточивости при иммунной тромбоцитопенической пурпуре

петехиально-экхиматозный

гематомный

смешанный

васкулитно-пурпурный

ангиоматозный

Тип наследования гемофилии

аутосомно-рецессивный

аутосомно-доминантный

сцепленный с X-хромосомой

Эндокринология

Основные метаболическими признаками диабетической кетоацидотической комы:
гипергликемия и гиперосмолярность
гиперосмолярность и лактоацидоз
лактоацидоз и гипернатриемия
гипернатриемия и кетоацидоз
кетоацидоз и гипергликемия

Основные факторы патогенеза сахарного диабета 1-го типа:
инсулинорезистентность и деструкция β -клеток
деструкция β -клеток и инсулиновая недостаточность
инсулиновая недостаточность и повышение контринсулярных гормонов
повышение контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность

Причиной развития сахарного диабета при болезни Иценко-Кушинга является:
первичная деструкция β -клеток поджелудочной железы
нарушение чувствительности тканей к инсулину
ожирение
усиление глюконеогенеза
инактивация инсулина

Укажите признак развития у больной начальной стадии диабетической ретинопатии:
наличие кровоизлияний
снижение зрения
пролиферативные изменения сетчатки
образование аневризм сосудов сетчатки
новообразование сосудов сетчатки

Главной причиной развития абсолютной инсулиновой недостаточности является:
генетически обусловленное снижение способности клеток к регенерации
прогрессирующее ожирение
повышенная всасываемость глюкозы в желудочно-кишечном тракте
аутоиммунная деструкция β -клеток поджелудочной железы

При гиперкетонемической коме дыхание:
редкое, поверхностное
частое, глубокое
глубокое, редкое, шумное
частое, поверхностное
поверхностное

Метаболическими признаками гиперосмолярной комы являются:
гипернатриемия и кетоацидоз
кетоацидоз и гипергликемия
гипергликемия и гиперосмолярность
гиперосмолярность и гипернатриемия
В лечении сахарного диабета легкого течения применяется:
диета
диета с пероральными сахароснижающими препаратами
диета с пероральными сахароснижающими препаратами и инсулином

Производные сульфанилмочевинных препаратов 2-й генерации, по сравнению с сульфанилмочевинными препаратами 1-й генерации, имеют:
выше токсичность и выше сахароснижающий эффект
выше токсичность и ниже сахароснижающий эффект
ниже токсичность и выше сахароснижающий эффект
ниже токсичность и ниже сахароснижающий эффект

Основным провоцирующим фактором развития диабетической кетоацидотической комы при сахарном диабете 1-го типа является:
потеря организмом жидкости
оперативное вмешательство
беременность
неадекватная инсулинотерапия
сопутствующая патология (инфаркт миокарда, пневмония, пиелонефрит)

Механизм действия сахароснижающих сульфаниламидных препаратов состоит, главным образом:
в усилении секреции инсулина поджелудочной железой
в восстановлении физиологической чувствительности β -клеток к глюкозе
в снижении образования НЭЖК и глицерина
в повышении утилизации глюкозы в печени и мышцах

При резистентности к сульфаниламидным препаратам больным со сниженным весом следует назначать:
расширенную диету и бигуаниды
сульфаниламидные препараты в сочетании с бигуанидами
инсулинотерапию
малокалорийную диету и бигуаниды

Критерием определения тяжелой формы сахарного диабета является:
уровень гликемии
определение массы тела больного
выраженность симптомов дегидратации тканей
использование сахароснижающей терапии
наличие и выраженность осложнений

Суточная потребность в инсулине на первом году сахарного диабета:
1 ед на 1 кг массы тела
0,5-0,6 ед на 1 кг массы тела
0,8-0,9 ед на 1 кг массы тела
1-1,2 ед на 1 кг массы тела

Калорийность диеты больного сахарным диабетом рассчитывают, исходя из:
реальной массы тела
идеальной массы тела
физической нагрузки
возраста
наличия сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта

Укажите экологические факторы сахарного диабета 1-го типа:
ожирение
вирусное поражение клеток

травма поджелудочной железы
психическая травма
аутоиммунное поражение островков Лангерганса с развитием инсулита

Сахарный диабет 1-го типа следует лечить:
только диетотерапией
сульфаниламидными препаратами
инсулином на фоне диетотерапии
голоданием
бигуанидами

У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия. Общая слабость, уровень сахара в крови - 16 ммоль/л, в моче - 5%, ацетон в моче положительный. Тип диабета у больного:
сахарный диабет инсулинозависимый (1-й тип)
сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип)
сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип) инсулинопотребный
сахарный диабет 2-го типа у молодых (MODY)
вторичный сахарный диабет

У полной женщины 45 лет случайно при диспансерном обследовании выявлена гликемия натощак - 9,2 ммоль/л, глюкозурия - 3%, ацетон в моче отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной:
сахарный диабет инсулинозависимый (1-й тип)
сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип)
сахарный диабет инсулиннезависимый (2-й тип) инсулинопотребный
сахарный диабет 2-го типа у молодых (MODY)
вторичный сахарный диабет

Проинсулин - это:
метаболит инсулина
предшественник инсулина в процессе биосинтеза
препарат инсулина пролонгированного действия
пероральный сахароснижающий препарат
препарат инсулина короткого действия