

№ПЕД-21

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 ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ

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

для студентов 6 курса

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

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 Госпитальная педиатрия
для студентов 6 курса
по специальности 31.05.02 Педиатрия**

Оценочные материалы составлены на кафедре детских болезней №1 на основании рабочей программы дисциплины Госпитальная педиатрия 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 Госпитальная педиатрия.

Банк тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины Госпитальная педиатрия 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 Госпитальная педиатрия способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными, общепрофессиональными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине Госпитальная педиатрия могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации у студентов 6 курса педиатрического факультета.

Рецензент:

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

«18» нояб 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 Госпитальная педиатрия
для студентов 6 курса
по специальности 31.05.02 педиатрия

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

Оценочные материалы включают в себя билеты для оценки практических навыков, 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 Госпитальная педиатрия. Количество билетов составляет 60. Вопросы в билетах разнообразны и отражают весь объем практических навыков дисциплины Госпитальная педиатрия.

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины госпитальная педиатрия и охватывают все разделы. Сложность заданий варьируется. 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 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 включает 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 т.д.)/практических заданий/деловых игр. Ситуационные задачи (и др.) дают возможность объективно оценить уровень освоения 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 госпитальная педиатрия способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине госпитальная педиатрия могут быть рекомендованы к использованию для текущей и промежуточной аттестации на педиатрии у студентов 6 курса.

Рецензент:

Председатель ЦУМК по педиатрии
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

д.м.н., профессор

«*В*»

11.09

20 *23*



Т.Т. Бораева Т.Т. Бораева



**Паспорт оценочных материалов
по дисциплине «Госпитальная педиатрия»**

№п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/ модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного материала
1	2	3	4
Вид контроля	Входной контроль знаний		тестовые задания
Вид контроля	Текущий контроль успеваемости		
1	Ранний возраст	ОК-5 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-20 ПК-21 ПК-22	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр
2	Старший возраст	ОК-5 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-20 ПК-21 ПК -22	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр
3	Неонатология	ОК-5 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-20 ПК-21 ПК -22	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр,

4	Гематология	ОК-5 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-20 ПК-21 ПК-22	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк практических заданий, банк деловых игр
Вид контроля	Промежуточная аттестация		
5	Ранний возраст	ОК-5 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-20 ПК-21 ПК-22	вопросы к экзамену, билеты к экзамену
6	Старший возраст	ОК-5 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-20 ПК-21 ПК-22	вопросы к экзамену, билеты к экзамену
7	Неонатология	ОК-5 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-20	вопросы к экзамену, билеты к экзамену

		ПК-21 ПК -22	
8	Гематология	ОК-5 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-11 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-20 ПК-21 ПК -22	вопросы к экзамену, билеты к экзамену

ВОПРОСЫ К МОДУЛЮ

Вопросы к модулю №1

1. Неревматические кардиты. Этиология. Патогенез. Предрасполагающие факторы. Классификация по Н.А.Белоконь (с учетом возбудителя, сроков возникновения, преимущественного поражения миокарда или проводящей системы, течения процесса, исхода, степени сердечной недостаточности). Клиника. Диагностика. Выявление признаков сердечной недостаточности. Дифференциальный диагноз. Показания к назначению стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов. Лечение сердечной недостаточности. Дифференциальный диагноз. Исходы. Прогноз.
2. Кардиомиопатии. Классификация.
3. Дилатационная кардиомиопатия. Клинические проявления. Диагностика. Значение эхокардиографического метода, основные параметры. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
4. Гипертрофическая кардиомиопатия. Клинические проявления. Формы. Диагностика. Эхокардиография как определяющий метод диагностики. Идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз как отдельная форма гипертрофической кардиомиопатии. Лечение. Прогноз.
5. Редкие формы кардиомиопатии. Особенности клиники и диагностики.
6. Инфекционный эндокардит. Первичный, вторичный. Этиология. Стадии патогенеза в соответствии с клиническими проявлениями заболевания. Клиника. Причины жалоб экстракардиального характера. Клинические критерии постановки диагноза. Диагностика. Причины отсутствия роста флоры. Дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы антибактериальной терапии. Показания к применению кортикостероидных препаратов.
7. Болезни перикарда. Частота.
8. Поражения перикарда невоспалительного характера: паразитарные поражения, кисты, опухоли, инородные тела, ранения.
9. Перикардиты. Классификация. Клиника. Условия возникновения тампонады сердца. Диагностика. Показания к диагностической и лечебной пункции полости перикарда. Лечение. Прогнозы.

Вопросы к модулю №2

1. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Определение. Современные представления об этиопатогенезе. Иммуногенетика ревматоидного артрита. Основные клинические формы (суставная и системная). Поражения глаз при ЮРА. Вторичный амилоидоз. Диагностические критерии ЮРА (клинические, лабораторные, рентгенологические). Современные методы лечения. Отличительные особенности течения ЮРА у подростков. Дифференциальный диагноз с ревматизмом, диффузными заболеваниями соединительной ткани, реактивными артритами.
2. Диффузные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка (СКВ). Этиология. Значение генетических и триггерных факторов. Патогенез. Основные клинические проявления. Выделение ведущих синдромов. Диагностические критерии. Специфические лабораторные методы диагностики. Дифференциальный диагноз.

Современные подходы к лечению (пульс-терапия, плазмаферез и другие). Исходы. Прогноз.

3. Дерматомиозит (ДМ). Классификация. Клинико-морфологические особенности. Диагностические критерии. Значение специфических лабораторных исследований, электрофизиологических и морфологических методов диагностики. Лечение. Прогноз.

4. Системная склеродермия. Патогенез (вирусно-генетические и иммунные механизмы, процессы патологического коллагено- и фиброобразования, нарушения микроциркуляции). Клинические проявления. Понятие об отграниченной (очаговой) и системной склеродермии. Выделение ведущих синдромов. Диагностические критерии. Течение. Лечение. Прогноз.

5. Особенности клиники и течения диффузных заболеваний соединительной ткани в подростковом возрасте.

6. Системные васкулиты. Определение. Классификация.

7. Узелковый периартериит. Полиморфизм клинических проявлений. Артериальная гипертензия. Диагностические критерии узелкового периартериита. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

8. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха). Аорто-артериит (болезнь Такаясу). Гранулематоз Вегенера. Слизисто-кожный синдром (синдром Кавасаки). Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.

Вопросы к модулю №3

1. Болезни пищевода. Классификация.

2. Функциональные нарушения (дискинезия: гипотоническая, гипертоническая, недостаточность кардии, гастроэзофагальный рефлюкс).

3. Аномалии развития, врожденный короткий пищевод, врожденная недостаточность кардии (халазия кардии), дивертикулы пищевода.

4. Приобретенные заболевания (халазия, ахалазия, эзофагиты, пептическая язва, варикозное расширение вен).

5. Клиника. Диагностика. Методы исследования функциональных нарушений и заболеваний пищевода (рентгенологическое исследование, эзофагофиброскопия, рН-метрия, эзофаготономография, гистологические и цитологические исследования). Возрастные особенности клинической картины течения и диагностики.

6. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

7. Хронические неспецифические заболевания кишечника (хронический запор, хронический колит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, синдром раздраженной толстой кишки, дивертикулярная болезнь, амилоидоз кишечника). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Значение методов прижизненного морфологического исследования слизистой оболочки кишечника. Особенности клинического течения и диагностики у подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Исходы. Профилактика.

8. Болезни поджелудочной железы. Классификация.

9. Панкреатиты. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Типы нарушений панкреатической секреции. Ультразвуковая диагностика. Показания к ретроградной холангиопанкреатографии. Особенности клинических проявлений и течения у подростков. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение. Исходы. Профилактика.

10. Хронические гепатиты. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Значение функционального исследования печени (синдромы: цитолиза, холестаза, печеночной недостаточности, мезенхимально-воспалительный) в диагностике хронического гепатита и прогнозе заболевания. Показания к проведению биопсии печени. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями, протекающими с гипербилирубинемией. Особенности клиники и течения у подростков. Лечение. Осложнения. Прогноз. Исходы. Профилактика.
11. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Морфологическая характеристика. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Портальная гипертензия. Неотложная помощь при пищеводно-желудочных кровотечениях, асците, печеночной коме. Показания к хирургическому лечению. Лечение. Прогноз.
12. Гельминтозы. Определение. Распространенность. Классификация. Этиология. Патогенез. Методы диагностики ранней и поздней фаз гельминтозов. Профилактика.
13. Гельминтозы, вызываемые круглыми гельминтами (нематодами).
14. Аскаридоз. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
15. Энтеробиоз. Распространенность. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
16. Трихоцефалез. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
17. Токсокароз. Распространенность. Особенности клинической картины у детей раннего возраста. Лечение. Профилактика.
18. Трихинеллез. Патогенез. Клиника острой и хронической фаз. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.
19. Гельминтозы, вызываемые ленточными гельминтами (цестодами).
20. Тениоз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
Тениаринхоз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
21. Эхинококкоз. Патогенез. Клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение. Профилактика.
22. Дифиллоботриоз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
23. Гельминтозы, вызываемые плоскими гельминтами (трематодами).
24. Описторхоз. Распространенность. Особенности клиники у детей раннего возраста. Значение описторхоза в формировании хронических заболеваний печени. Лечение. Профилактика.
25. Врожденные и наследственно-обусловленные заболевания почек.
26. Нефритоподобные заболевания
27. Наследственный нефрит. Определение. Классификация. Патогенез. Синдром Альпорта. Особенности наследования. Клиника. Диагностика. Роль аудиограммы в ранней диагностике синдрома Альпорта. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение. Показания к трансплантации почки при наследственном нефрите. Прогноз.

Вопросы к модулю №4

1. Врожденные и наследственно-обусловленные заболевания почек.
2. Нефритоподобные заболевания
3. Наследственный нефрит. Определение. Классификация. Патогенез. Синдром Альпорта. Особенности наследования. Клиника. Диагностика. Роль аудиограммы в

- ранней диагностике синдрома Альпорта. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение. Показания к трансплантации почки при наследственном нефрите. Прогноз.
4. Врожденный нефротический синдром. Типы. Патогенез. Морфологическая характеристика врожденного нефротического синдрома финского типа. Пренатальная диагностика. Показания к прерыванию беременности. Клиника. Диагностика. Роль биопсии для раннего выявления заболевания. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение. Прогноз.
 5. Нефронофтиз Фанкони. Патогенез. Морфологическая характеристика. Особенности клиники. Диагностика. Показания к проведению биопсии почек. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы. Лечение. Прогноз.
 6. Тубулопатии. Клиническая группировка.
 7. Тубулопатии с ведущим синдромом полиурии (почечная глюкозурия, почечный несахарный диабет, почечный солевой диабет). Патогенез. Клиника. Ранняя диагностика (биохимические показатели мочи). Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение. Прогноз.
 8. Тубулопатии с рахитоподобным синдромом (витамин D - зависимый рахит, фосфат-диабет, синдром де Тони-Дебре-Фанкони, почечный тубулярный ацидоз). Особенности патогенеза каждой формы. Типы наследования. Клиника в зависимости от формы. Диагностика. Методы ранней диагностики. Значение рентгенографии трубчатых костей. Определение костного возраста. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение. Дифференцированный подход к использованию препаратов витамина D. Прогноз.
 9. Дисметаболические нефропатии (уратурия, оксалурия, кальцийурия, фосфатурия). Определение. Классификация. Причины. Предрасполагающие факторы. Роль наследственности. Патогенез. Особенности клиники каждой формы. Диагностика. Значение оценки экскреции кальция, фосфатов, уратов, оксалатов и др., антикристаллообразующей способности мочи и УЗИ почек для ранней диагностики. Дифференциальный диагноз. Исходы. Осложнения. Лечение. Принципы диетотерапии. Прогноз.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Неревматические кардиты. Этиология. Патогенез. Предрасполагающие факторы. Классификация по Н.А.Белоконь (с учетом возбудителя, сроков возникновения, преимущественного поражения миокарда или проводящей системы, течения процесса, исхода, степени сердечной недостаточности). Клиника. Диагностика. Выявление признаков сердечной недостаточности. Дифференциальный диагноз. Показания к назначению стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов. Лечение сердечной недостаточности. Дифференциальный диагноз. Исходы. Прогноз.
2. Кардиомиопатии. Классификация.
3. Дилатационная кардиомиопатия. Клинические проявления. Диагностика. Значение эхокардиографического метода, основные параметры. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
4. Гипертрофическая кардиомиопатия. Клинические проявления. Формы. Диагностика. Эхокардиография как определяющий метод диагностики. Идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз как отдельная форма гипертрофической кардиомиопатии. Лечение. Прогноз.
5. Редкие формы кардиомиопатии. Особенности клиники и диагностики.
6. Инфекционный эндокардит. Первичный, вторичный. Этиология. Стадии патогенеза в соответствии с клиническими проявлениями заболевания. Клиника. Причины жалоб экстракардиального характера. Клинические критерии постановки диагноза. Диагностика. Причины отсутствия роста флоры. Дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы антибактериальной терапии. Показания к применению кортикостероидных препаратов.
7. Болезни перикарда. Частота.
8. Поражения перикарда невоспалительного характера: паразитарные поражения, кисты, опухоли, инородные тела, ранения.
9. Перикардиты. Классификация. Клиника. Условия возникновения тампонады сердца. Диагностика. Показания к диагностической и лечебной пункции полости перикарда. Лечение. Прогнозы.
10. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Определение. Современные представления об этиопатогенезе. Иммуногенетика ревматоидного артрита. Основные клинические формы (суставная и системная). Поражения глаз при ЮРА. Вторичный амилоидоз. Диагностические критерии ЮРА (клинические, лабораторные, рентгенологические). Современные методы лечения. Отличительные особенности течения ЮРА у подростков. Дифференциальный диагноз с ревматизмом, диффузными заболеваниями соединительной ткани, реактивными артритами.
11. Диффузные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка (СКВ). Этиология. Значение генетических и триггерных факторов. Патогенез. Основные клинические проявления. Выделение ведущих синдромов. Диагностические критерии. Специфические лабораторные методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к лечению (пульс-терапия, плазмаферез и другие). Исходы. Прогноз.

12. Дерматомиозит (ДМ). Классификация. Клинико-морфологические особенности. Диагностические критерии. Значение специфических лабораторных исследований, электрофизиологических и морфологических методов диагностики. Лечение. Прогноз.
13. Системная склеродермия. Патогенез (вирусно-генетические и иммунные механизмы, процессы патологического коллагено- и фиброобразования, нарушения микроциркуляции). Клинические проявления. Понятие об отграниченной (очаговой) и системной склеродермии. Выделение ведущих синдромов. Диагностические критерии. Течение. Лечение. Прогноз.
14. Особенности клиники и течения диффузных заболеваний соединительной ткани в подростковом возрасте.
15. Системные васкулиты. Определение. Классификация.
16. Узелковый периартериит. Полиморфизм клинических проявлений. Артериальная гипертензия. Диагностические критерии узелкового периартериита. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
17. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха). Аорто-артериит (болезнь Такаясу). Гранулематоз Вегенера. Слизисто-кожный синдром (синдром Кавасаки). Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
18. Болезни пищевода. Классификация.
19. Функциональные нарушения (дискинезия: гипотоническая, гипертоническая, недостаточность кардии, гастроэзофагальный рефлюкс).
20. Аномалии развития, врожденный короткий пищевод, врожденная недостаточность кардии (халазия кардии), дивертикулы пищевода.
21. Приобретенные заболевания (халазия, ахалазия, эзофагиты, пептическая язва, варикозное расширение вен).
22. Клиника. Диагностика. Методы исследования функциональных нарушений и заболеваний пищевода (рентгенологическое исследование, эзофагофиброскопия, рН-метрия, эзофаготономография, гистологические и цитологические исследования). Возрастные особенности клинической картины течения и диагностики.
23. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
24. Хронические неспецифические заболевания кишечника (хронический запор, хронический колит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, синдром раздраженной толстой кишки, дивертикулярная болезнь, амилоидоз кишечника). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Значение методов прижизненного морфологического исследования слизистой оболочки кишечника. Особенности клинического течения и диагностики у подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Исходы. Профилактика.
25. Болезни поджелудочной железы. Классификация.
26. Панкреатиты. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Типы нарушений панкреатической секреции. Ультразвуковая диагностика. Показания к ретроградной холангиопанкреатографии. Особенности клинических проявлений и течения у подростков. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение. Исходы. Профилактика.
27. Хронические гепатиты. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Значение функционального исследования печени (синдромы:

- цитоллиза, холестаза, печеночной недостаточности, мезенхимально-воспалительный) в диагностике хронического гепатита и прогнозе заболевания. Показания к проведению биопсии печени. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями, протекающими с гипербилирубинемией. Особенности клиники и течения у подростков. Лечение. Осложнения. Прогноз. Исходы. Профилактика.
28. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Морфологическая характеристика. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Портальная гипертензия. Неотложная помощь при пищеводно-желудочных кровотечениях, асците, печеночной коме. Показания к хирургическому лечению. Лечение. Прогноз.
 29. Гельминтозы. Определение. Распространенность. Классификация. Этиология. Патогенез. Методы диагностики ранней и поздней фаз гельминтозов. Профилактика.
 30. Гельминтозы, вызываемые круглыми гельминтами (нематодами).
 31. Аскаридоз. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
 32. Энтеробиоз. Распространенность. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
 33. Трихоцефалез. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
 34. Токсокароз. Распространенность. Особенности клинической картины у детей раннего возраста. Лечение. Профилактика.
 35. Трихинеллез. Патогенез. Клиника острой и хронической фаз. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.
 36. Гельминтозы, вызываемые ленточными гельминтами (цестодами).
 37. Тениоз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Тениаринхоз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
 38. Эхинококкоз. Патогенез. Клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение. Профилактика.
 39. Дифиллоботриоз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
 40. Гельминтозы, вызываемые плоскими гельминтами (трематодами).
 41. Описторхоз. Распространенность. Особенности клиники у детей раннего возраста. Значение описторхоза в формировании хронических заболеваний печени. Лечение. Профилактика.
 42. Врожденные и наследственно-обусловленные заболевания почек.
 43. Нефритоподобные заболевания
 44. Наследственный нефрит. Определение. Классификация. Патогенез. Синдром Альпорта. Особенности наследования. Клиника. Диагностика. Роль аудиограммы в ранней диагностике синдрома Альпорта. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение. Показания к трансплантации почки при наследственном нефрите. Прогноз.
 45. 1. Врожденные и наследственно-обусловленные заболевания почек.
 46. 2. Нефритоподобные заболевания
 47. Наследственный нефрит. Определение. Классификация. Патогенез. Синдром Альпорта. Особенности наследования. Клиника. Диагностика. Роль аудиограммы в ранней диагностике синдрома Альпорта. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение. Показания к трансплантации почки при наследственном нефрите. Прогноз.

48. Врожденный нефротический синдром. Типы. Патогенез. Морфологическая характеристика врожденного нефротического синдрома финского типа. Пренатальная диагностика. Показания к прерыванию беременности. Клиника. Диагностика. Роль биопсии для раннего выявления заболевания. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение. Прогноз.
49. Нефронофтиз Фанкони. Патогенез. Морфологическая характеристика. Особенности клиники. Диагностика. Показания к проведению биопсии почек. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы. Лечение. Прогноз.
50. Тубулопатии. Клиническая группировка.
51. Тубулопатии с ведущим синдромом полиурии (почечная глюкозурия, почечный несахарный диабет, почечный солевой диабет). Патогенез. Клиника. Ранняя диагностика (биохимические показатели мочи). Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение. Прогноз.
52. Тубулопатии с рахитоподобным синдромом (витамин D - зависимый рахит, фосфат-диабет, синдром де Тони-Дебре-Фанкони, почечный тубулярный ацидоз). Особенности патогенеза каждой формы. Типы наследования. Клиника в зависимости от формы. Диагностика. Методы ранней диагностики. Значение рентгенографии трубчатых костей. Определение костного возраста. Дифференциальный диагноз. Исходы. Лечение. Дифференцированный подход к использованию препаратов витамина D. Прогноз.
53. Дисметаболические нефропатии (уратурия, оксалурия, кальцийурия, фосфатурия). Определение. Классификация. Причины. Предрасполагающие факторы. Роль наследственности. Патогенез. Особенности клиники каждой формы. Диагностика. Значение оценки экскреции кальция, фосфатов, уратов, оксалатов и др., антикристаллообразующей способности мочи и УЗИ почек для ранней диагностики. Дифференциальный диагноз. Исходы. Осложнения. Лечение. Принципы диетотерапии. Прогноз.

БАНК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Госпитальная педиатрия

Ситуационная задача №1

Девочка Р., 5 дней от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения и в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез.

При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело - молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавшими комочками, прожилками слизи.

Общий анализ крови: НЬ—186 г/л, Эр - 5,6 х 10¹² /л, Ц. п. - 0,94, Лейк- 6,4 х 10⁹/л, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 45%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно - желтый, реакция - кислая, удельный вес -1004, белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 2 - 3 в п/з, цилиндры - нет, соли - кристаллы мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямо́й - 51 мкмоль/л, прямо́й - нет, мочеви́на - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль /л, натрий - 141 ммоль/л, кальций - 2,2 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л.

Задание

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?
3. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?
4. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
5. Чем обусловлено наличие крупнопластинчатого шелушения? Необходим ли осмотр дерматолога?
6. С чем связано изменение характера стула?
7. Оцените результаты общего анализа крови.
8. Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация нефролога?
9. Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленные отклонения?
10. С какими заболеваниями приходится дифференцировать пограничные

состояния?

11. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.
12. Как следует кормить этого ребенка?
13. В чем сущность метаболической адаптации новорожденного?

Ситуационная задача №2

Ребенок от III беременности, I срочных родов в головном предлежании, У матери в анамнезе 2 спонтанных выкидыша на сроке 8 и 10 недель соответственно. Данная беременность протекала с выраженным токсикозом I половины (неукротимая рвота 2,5 месяца), с ОПГ гестозом II половины. В родах: вторичная слабость родовой деятельности, медикаментозная родостимуляция. Ребенок родился с массой 2900,0, дл.50 см. Оценка по шкале Апгар 3/5 баллов. Проведены все мероприятия по реанимации и интенсивной терапии по общепринятому протоколу. Состояние расценено как тяжелое из-за гемодинамических и метаболических нарушений. Тоны сердца глухие, легкий систолический шум на верхушке. PS 170 в мин. Дыхание аритмичное, с периодическими апноэ. R - 58 .В легких на фоне жесткого дыхания - единичные сухие и влажные хрипы. Живот мягкий, б/б. Отходит меконий. Кожные покровы цианотичны, с мраморным оттенком. Физиологические рефлексы угнетены. Общий анализ крови: эр. - 5,5.10¹²/л, НЬ - 260 г/л, лейкоц - 15.10⁹, п/я 8%, с/я - 62%, эозинофилы - 1%, лимф. - 20%, моноциты-9%, СОЭ - 2 мм/час, Ht - 65 %.

КОС : рН - 7,21, рСО₂-44 мм рт ст, рО₂-48 мм рт ст.

В периферич. Крови: ВЕ = 11 ммоль/л

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз
2. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания?
3. Какие клинические симптомы подтверждают ваш диагноз?
4. Расскажите патогенез хронической гипоксии
5. Оцените результаты общего анализа крови.
6. Оцените результаты анализа КОС и газового состава крови.
7. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
8. Назначьте адекватное лечение.
9. Каков прогноз у данного ребенка?

Ситуационная задача №3

Ребенок от беременности, протекавшей с угрозой прерывания, роды в сроке 30 недель, осложнились частичной отслойкой низко расположенной плаценты. Масса 1600, состояние при рождении относительно удовлетворительное, соответствует степени незрелости. Через 6 часов после рождения состояние резко ухудшилось. Кожные покровы землисто-цианотичны. Дыхание парадоксального типа, проявляется длинное продолжительное апноэ с нарастанием цианоза. Резко выражена ретракция грудины, западение межреберий, надключичных впадин, раздвигание крыльев носа. Дыхание до 100 в I мин. Над легким перкурторно укорочение легочного звука, аускультативное дыхание ослабленное, непостоянные крепитирующие хрипы. Границы сердца расширены, тоны сердца значительно приглушены, учащены. Явления дыхательной и сердечной недостаточности прогрессивно нарастают.

Задание:

1. О каком диагнозе можно думать?
2. Определите степень тяжести дыхательных расстройств.
3. Почему состояние ребенка ухудшилось через 6 часов?
4. Какое дыхание определяется аускультативно у здорового новорожденного?
5. Какие изменения характерны для рентгенограммы?
6. Каков прогноз?
7. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
8. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
9. Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни?

Ситуационная задача №4

Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение».

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период 15 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как средне-тяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен на первые сутки, но у матери гипогалактия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3 мл, внутрь назначена эпислон - аминокaproновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар.

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

Общий анализ крови: Нв - 180 г/л, Эр - 5, 4x10¹²/л, Ц. п. - 0, 94, тромб - 310, 0 x 10⁹/л. Лейк-5, 9x10⁹/л, п/я-3%, С-51%, л-38%, м -8%, СОЭ - 2 мм/час.

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

Коагулограмма: коагиновое время - 100" (норма - 40-60"), АЧТВ - 90" (норма - 40-60"). протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 30" (норма- 28-32"), протромбиновый комплекс - 25%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 48, 4 г/л, билирубин: непрямой - 196 мкмоль/л. АСТ - 38 ед., АЛТ - 42 ед.

Нейросонограмма: рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма-до 6 мм).

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
3. Какие звенья гемостаза Вы знаете?
4. Оцените результаты общего анализа крови.
5. Оцените результаты исследования коагулограммы. Что характеризуют проведенные тесты?
6. Оцените результаты биохимического анализа крови.
7. Правильной ли была тактика врачей родильного дома?
8. Нуждается ли этот ребенок в консультации невропатолога?

9. Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга?
10. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
11. Назначьте лечение.
12. Каков прогноз у этого ребенка?
13. Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни?
14. Как следует наблюдать этого ребенка в детской поликлинике?

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

**Кафедра детских болезней №1
Факультет педиатрический
Дисциплина Госпитальная педиатрия**

Курс 6

Ситуационная задача №5

Мальчик Ю., 1 месяца, находится в стационаре.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет. Беременность первая, протекала с токсокозом в первом триместре, в 24-26 недель гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Роды на 37-й неделе в головном предлежании. 1-ый период - 8 часов, 2-й - 25 мин, безводный промежуток - 9 часов, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении - 2700г, длина тела - 48 см, окружность головы - 35 см, грудной клетки - 32 см. Выписан из родильного дома на 7-й день жизни.

Дома ребенок был вялым, сосал по 60-70 мл за одно кормление. Прибавка в массе на первый месяц составила - 200 г. При посещении поликлиники выявлено увеличение размеров головы, и для обследования ребенок был госпитализирован. При поступлении состояние тяжелое. Кожа бледно-розовая. Питание понижено, подкожно-жировой слой истощен. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы - 40см, грудной клетки - см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный - на 0,2см, большой родничок - 4x4 см, выполнен, малый родничок - 0,5x0,5см. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм, Преобладает тонус разгибателей. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 см, селезенка - на 1см.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность- мутная, белок - 1660г/л, цитоз - 32 в 3ккл: нейтрофилы - 5%, лимфоциты - 27%.

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

Задание:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты.
3. Какие существуют пути инфицирования плода и новорожденного?
4. Каков путь передачи возбудителя в данном случае? Расскажите патогенез этого заболевания. Оцените результаты исследования ликвора.
5. Какие изменения можно выявить при нейросонографии и чем они обусловлены. Какие изменения могут быть выявлены окулистом при офтальмологическом исследовании?
6. Какие изменения могут быть выявлены при УЗИ органов брюшной полости? Каковы принципы лечения данного заболевания?
7. С участием каких специалистов должен наблюдаться ребенок в

поликлинических условиях?

8. К какой группе здоровья будет относиться этот ребенок после выписки?
9. Каков календарь профилактических прививок у этого ребенка?

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>	<h4 style="text-align: center;">Микроскопия осадка</h4> 1. Эпителиальные клетки _____ Плоские <u>единичные</u> 2. Лейкоциты <u>4-3-4 в п/зр</u> 3. Эритроциты <u>большое количество</u> 4. Цилиндры <u>2-1-4 в п/зр</u> 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., 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 кровотечения _____					
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 в п/зр</u>	
	9. Эритроциты <u>большое количество</u>	
10. Цилиндры <u>2-1-4 в п/зр</u>		
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 кровотечения _____			
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>6 мм/час</u>								

Практическое задание №5

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Ф.И.О. больного Боциев

Возраст 7 лет

	Микроскопия осадка
Доставленное количество – <u>50,0</u>	1. Эпителиальные клетки _____ Плоские _____ единичные
Цвет <u>мясных помоев</u>	2. Лейкоциты <u>10-10-12-14</u> в п/зр
Реакция <u>щелочная</u>	3. Эритроциты <u>большое количество</u>
Удельный вес <u>1010</u>	4. Цилиндры _____
Прозрачность <u>неполная</u>	5. Соли _____
Белок <u>0,066%</u>	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 тобласты	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
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>		<i>0,85-1.05</i>		<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>		<i>0,85-1.05</i>		<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</u> мм/час _____								

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 <u> </u> большое к-во <u> </u>
Реакция	Лейкоциты <u> </u> 5-10-12-18 в п/зр <u> </u>
Удельный вес	Эритроциты <u> </u> 2-4-2-4 <u> </u>
Прозрачность мутная	Соли <u> </u> оксалаты <u> </u>
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

	Микроскопия осадка
Доставленное количество – <u>100,0</u>	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 мочевоy 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*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	125	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
8,9*10 ⁹	-	15	5	6	15	44	15	5
Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровотечения _____ 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

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

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

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								

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

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 мм/час</u>								

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 мм/час</u>								

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

«Эмбриофетопатии новорожденных»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения неревматических кардитов

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 эмбриопатиями.

Деловая игра №2

«Эндокринопатии новорожденных»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения неревматических кардитов

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 эндокринопатиями.

Деловая игра №3

«Желтухи новорожденных»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения
неревматических кардитов

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 желтухами.

Деловая игра №4

«Анемии новорожденных»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения неревматических кардитов

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 анемиями.

Деловая игра №5

«Геморрагический синдром новорожденных»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения
неревматических кардитов

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 геморрагическим синдромом.

Деловая игра №6

«Неинфекционные заболевания кожи новорожденных»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения ревматических кардитов

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 инфекционными заболеваниями кожи.

Деловая игра №7

«Первичные иммунодефициты (болезнь Брутона)»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения ревматических кардитов

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 болезнью Брутона.

Деловая игра №8

«Вторичные иммунодефициты (синдром хронической усталости)»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения ревматических кардитов

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 синдромом хронической усталости.

Деловая игра №9

«Целиакия»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения неревматических кардитов

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 целиакией.

Деловая игра №10

«Муковисцидоз»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения ревматических кардитов

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 смукловисцидозом.

Деловая игра №11

«НЕРЕВМАТИЧЕСКИЕ КАРДИТЫ»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения неревматических кардитов

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 неревматическими кардитами.

Деловая игра №12

«Болезни перикарда»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения ревматических кардитов

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 болезнями перикарда.

Деловая игра №13

«Артериальная гипертензия»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения
неревматических кардитов

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 артериальной гипертензией.

Деловая игра №14

«Нарушение сердечного ритма (синусовая тахикардия)»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения
неревматических кардитов

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 синусовой тахикардией.

Деловая игра №15

«Системная красная волчанка»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения ревматических кардитов

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 системной красной волчанкой.

Деловая игра №16

«Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения неревматических кардитов

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 гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Деловая игра №17

«Аскаридоз»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения неревматических кардитов

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 аскаридозом.

Деловая игра №18

«Интерстициальный нефрит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения
неревматических кардитов

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 интрестициальными нефритами.

Деловая игра №19

«Апластические анемии у детей»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

Знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения апластических анемий.

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

Основные этапы технологии

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:

1. Электронный вариант УМК
2. Учебник Шабалов Н.П. Детские болезни, 2011 год.
3. Учебно-методическое пособие Гематология. Ревазова А.Б. Владикавказ, 2008г.
4. Методические рекомендации по самостоятельной работе студентов
5. Видеоматериал «АА у детей»
6. Выписка из истории болезни больного с АА
7. УМК по производственной практике для студентов 4, 5 курсов

Самостоятельная работа студентов в кабинете доклинической подготовки

Оснащение:

1. Муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций
2. Лабораторные инструменты (скарификаторы, предметные стекла, пробирки, растворы, красители и т.д.)
3. Диагностические системы

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Педиатр
- Гематолог
- Врач-лаборант
- Врач – генетик

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

Основные этапы технологии

2 этап – проведение игры:

- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Знакомство с ситуацией
- Разыгрывание сюжета, проведение манипуляций.

Критерии оценки участников игры

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									

Оценка проводится по 5-балльной системе.

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.

3 этап – заключительный

- Проводится обсуждение результатов
- Выносятся заключения 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 достижении общей цели.

Деловая игра №20

«Наследственная гемолитическая анемия»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

Знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения наследственных гемолитических анемий.

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

Основные этапы технологии

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:

8. Электронный вариант УМК
9. Учебник Шабалов Н.П. Детские болезни, 2011 год.
10. Учебно-методическое пособие Гематология. Ревазова А.Б. Владикавказ, 2008г.
11. Методические рекомендации по самостоятельной работе студентов
12. Видеоматериал «АА у детей»
13. Выписка из истории болезни больного с АА
14. УМК по производственной практике для студентов 4, 5 курсов

Самостоятельная работа студентов в кабинете доклинической подготовки

Оснащение:

4. Муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций
5. Лабораторные инструменты (скарификаторы, предметные стекла, пробирки, растворы, красители и т.д.)
6. Диагностические системы

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Педиатр
- Гематолог
- Врач-лаборант
- Врач – генетик

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

Основные этапы технологии

2 этап – проведение игры:

- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Знакомство с ситуацией
- Разыгрывание сюжета, проведение манипуляций.

Критерии оценки участников игры

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

Оценка проводится по 5-балльной системе.

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.

3 этап – заключительный

- Проводится обсуждение результатов
- Выносятся заключения 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 достижении общей цели.

Деловая игра №21

«Железодефицитная анемия у детей»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

Знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения железодефицитной анемии у детей.

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

Основные этапы технологии

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:

15. Электронный вариант УМК
16. Учебник Шабалов Н.П. Детские болезни, 2011 год.
17. Учебно-методическое пособие Гематология. Ревазова А.Б. Владикавказ, 2008г.
18. Методические рекомендации по самостоятельной работе студентов
19. Видеоматериал «АА у детей»
20. Выписка из истории болезни больного с АА
21. УМК по производственной практике для студентов 4, 5 курсов

Самостоятельная работа студентов в кабинете доклинической подготовки

Оснащение:

7. Муляжи и тренажеры для освоения практических навыков и манипуляций
8. Лабораторные инструменты (скарификаторы, предметные стекла, пробирки, растворы, красители и т.д.)
9. Диагностические системы

Распределение ролей:

- Пациент
- Мама пациента
- Педиатр
- Гематолог
- Врач-лаборант
- Врач – генетик

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

Основные этапы технологии

2 этап – проведение игры:

- Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Знакомство с ситуацией
- Разыгрывание сюжета, проведение манипуляций.

Критерии оценки участников игры

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

Оценка проводится по 5-балльной системе.

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.

3 этап – заключительный

- Проводится обсуждение результатов
- Выносятся заключения 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 достижении общей цели.

**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 6 курса педиатрического факультета

по специальности Педиатрия 31.05.02

дисциплина Госпитальная педиатрия

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	-	130-133
Вид контроля	Текущий контроль успеваемости			
1.	Ранний возраст	35	ОК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20, ПК-21, ПК -22	134-137
2.	Старший возраст	83	ОК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20, ПК-21, ПК -22	138-146
3.	Неонатология	178	ОК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20, ПК-21, ПК -22	147-168
4.	Гематология	20	ОК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20, ПК-21, ПК -22	169-171

ВХОДНОЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

После рождения температура тела ребенка:

- снижается
- повышается
- нормальная

Физиологическая потеря массы составляет

- 5-8%
- 10-12%
- >12%

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

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

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
- велозргометрию

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

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

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

Тип кровоточивости при иммунной тромбоцитопенической пурпуре
петехиально-экхиматозный
гематомный
смешанный
васкулитно-пурпурный
ангиоматозный

Тип наследования гемофилии

аутосомно-рецессивный
аутосомно-доминантный
сцепленный с X-хромосомой

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

2/3 от нормы

1/2 от нормы

1/3 от нормы

Объём питания при постнатальной гипотрофии II степени в период определения толерантности к пище составляет

2/3 от нормы

1/2 от нормы

1/3 от нормы

Объём питания при постнатальной гипотрофии III степени в период определения толерантности к пище составляет

2/3 от нормы

1/2 от нормы

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, выпадение 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
лимфоаденопатия
трофические нарушения кожи, волос, ногтей
гектическая лихорадка
систолический шум на верхушке

Принципы лечения железодефицитной анемии у детей:
заместительная терапия препаратами крови
витаминотерапия витамином А
витаминотерапия 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
ацетицистеин
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

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
амоксициллин
де-нол
трихопол

Для диагностики патологии желудка и 12-пестной 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 протонного 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
паразитарные 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 гранулам
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-Рожде 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
остаётся 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 отмечают:
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
функционирующий 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 долеую эмфизему
полисегментарный ателектаз
массивную мекониальную аспирацию
рассеянные ателектазы

Для новорожденных с массивной мекониальной 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
мекониальная аспирация
рассеянные ателектазы
болезнь гиалиновых мембран

Отечно-геморрагический синдром новорожденных характеризуется:
нарастанием цианоза
общим отечным синдромом
отсутствием хрипов в легких
общим геморрагическим синдромом

пенистым отделяемым на губах
отсутствием отдышки
выраженной отдышкой
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
аспирация в родах
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
полицитемия

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 пузырчатка 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 АВО, то развитие гемолитической болезни:

- обязательно
- не обязательно

Если у матери группа крови АВ (IV), а у ребенка О (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 АВО

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 АВО используется эритроцитная масса с группой крови:

- ребенка
- 0(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

экссфолиативный дерматит Риттера

буллезный эпидермолиз

некротическая флегмона

Эпидемическую пузырчатку новорожденных дифференцируют:

с врожденным ихтиозом

с буллезным эпидермолизом

с флегмоной новорожденных

с сифилитической пузырчаткой

с экссфолиативным 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
поясничный 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
гемартрозы
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:
сенсбилизацией 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
- лизоцим
- 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:

- сенсбилизацией 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:

граммотрицательными
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 отдышкой
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 аборты
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 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

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 пурпуры 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
стернальная пункция
анализ крови (тромбоциты, время свертывания крови и время кровотечения)
стернальная 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