

№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

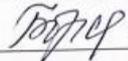
ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС 1. ПАТОЛОГИЯ
ПОДРОСТКОВОГО ПЕРИАОДА**
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 зачету
 - банк ситуационных задач
 - банк деловых игр
 - эталоны тестовых заданий
 - билеты к зачету

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

РЕЦЕНЗИЯ

на оценочные материалы

по дисциплине **Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового периода**

для студентов 6 курса

по специальности **31.05.02 Педиатрия**

Оценочные материалы составлены на кафедре детских болезней №1 на основании рабочей программы дисциплины **Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового периода 2023 г.** и соответствуют требованиям ФГОС ВО.

Оценочные материалы включают в себя тестовые задания, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, деловых игр, билеты к зачету.

Банк тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины **Иммунопатология детского возраста**. Сложность заданий варьирует. Количество заданий по каждой теме 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 билетов к зачету составляет 15, что достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же билета. Билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет включают в себя 3 вопроса. Вопросы одного билета относятся к различным разделам программы, позволяют более полно охватить материал дисциплины. Сложность вопросов в билетах по зачету 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 **Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового периода** способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными, общепрофессиональными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине **Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового периода** 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» мая 2023



А.А. Газданова

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

РЕЦЕНЗИЯ

на оценочные материалы

по дисциплине **Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового периода**
для студентов 6 курса

по специальности **31.05.02 педиатрия**

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

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

Количество билетов составляет 15. Вопросы в билетах разнообразны и отражают весь объем практических навыков дисциплины Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового периода.

Банк тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины госпитальная педиатрия и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам. Количество экзаменационных билетов составляет 15, что достаточно для проведения зачета 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 усвоения студентом теоретического материала при текущем, промежуточном, итоговом контроле. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

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

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине **Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового периода** могут быть рекомендованы к использованию для текущей и промежуточной аттестации на педиатрии у студентов 6 курса

Рецензент:

Председатель ЦУМК по педиатрии

д.м.н., профессор

«В» м.с.ф. 2023.



**Паспорт оценочных материалов
по дисциплине «Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового
периода»**

№п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Входной контроль знаний		Тестовые задания
Вид контроля	Текущий контроль успеваемости		
1	Особенности заболеваний органов дыхания подросткового периода Обучающий симуляционный курс-1. Неотложная медицинская помощь.	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр
2	Особенности заболеваний сердечно-сосудистой системы у подростков Обучающий симуляционный курс-1. Неотложная медицинская помощь.	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр
3	Особенности заболеваний органов пищеварения у подростков	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр
4	Особенности заболеваний мочевой системы у подростков Обучающий симуляционный курс-1. Неотложная медицинская помощь.	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр
5	Особенности заболеваний опорно-двигательного аппарата у	УК-1 ОПК-1	тестовые задания, вопросы к модулю,

	подростков	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	банк ситуационных задач, банк деловых игр
6	Особенности заболеваний эндокринной системы у подростков	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр
7	Особенности иммунной системы у подростков Обучающий симуляционный курс-1. Неотложная медицинская помощь.	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр
Вид контроля	Промежуточная аттестация		
1	Имунопатология детского возраста	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	вопросы к зачету, билеты к зачету

ВОПРОСЫ К МОДУЛЮ

1. Морфофункциональные особенности дыхательной системы у подростков.
2. Симптомы и синдромы основных заболеваний дыхательной системы у детей подросткового возраста.
3. Причины и основные этапы патогенеза заболеваний бронхолегочной системы.
4. Методику обследования пациентов с бронхопульмональной патологией. Клиническую патофизиологию дыхания у подростков. Методы исследования функции внешнего дыхания.
5. Показания и противопоказания к использованию лабораторных, инструментальных и других методов исследования дыхательной системы.
6. Алгоритм проведения и особенности лечения подростков с заболеваниями бронхолегочной системы.
7. Показания и противопоказания к применению основных групп лекарственных препаратов, разрешенных в педиатрии для лечения заболеваний органов дыхания.
8. Морфофункциональные особенности сердечно-сосудистой системы у подростков.
9. Симптомы и синдромы основных заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей подросткового возраста.
10. Причины и основные этапы патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний.
11. Методику обследования подростков с сердечно-сосудистой патологией.
12. Показания и противопоказания к использованию лабораторных, инструментальных и других методов исследования ССС.
13. Алгоритм проведения и особенности лечения подростков с заболеваниями ССС.
14. Показания и противопоказания к применению основных групп лекарственных препаратов, разрешенных в педиатрии для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.
15. Проанализировать и интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований (съёмка и расшифровка ЭКГ, непрямой массаж сердца, электроимпульсная терапия (дефибрилляция).
16. Обосновать и поставить диагноз, сформулировав его в соответствии с общепринятой классификацией.
17. Провести дифференциальный диагноз между особенностями ССС подростка и заболеваниями, а также предпатологическими состояниями, которые могут протекать скрытно.
18. Назначить питание и режим подростку с патологией ССС.
19. Назначить лечение с учетом особенностей подросткового возраста.
20. Назначить профилактические и реабилитационные мероприятия.
21. Оказать неотложную помощь при: острой сердечно-сосудистой недостаточности, остановке сердечной деятельности, гипертоническом кризе.
22. Морфофункциональные особенности пищеварительной системы у подростков.
23. Симптомы и синдромы основных заболеваний пищеварительной системы у детей подросткового возраста.
24. Причины и основные этапы патогенеза заболеваний пищеварительной системы.
25. Методику обследования пациентов с почечной патологией.
26. Показания и противопоказания к использованию лабораторных, инструментальных и других методов исследования пищеварительной системы.
27. Алгоритм проведения и особенности лечения подростков с заболеваниями пищеварительной системы.
28. Показания и противопоказания к применению основных групп лекарственных препаратов, разрешенных в педиатрии для лечения заболеваний органов пищеварительной системы.
29. Центральные и периферические органы иммунной системы.
30. Классификация иммунитета.
31. Клеточный и гуморальный иммунитет.
32. Понятие об иммунитете. Виды иммунитета.
33. Структура и функции иммунной системы.
34. Фагоцитоз. Роль в иммунном ответе.

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

1. Морфофункциональные особенности дыхательной системы у подростков.
2. Симптомы и синдромы основных заболеваний дыхательной системы у детей подросткового возраста.
3. Причины и основные этапы патогенеза заболеваний бронхолегочной системы.
4. Методику обследования пациентов с бронхопульмональной патологией. Клиническую патофизиологию дыхания у подростков. Методы исследования функции внешнего дыхания.
5. Показания и противопоказания к использованию лабораторных, инструментальных и других методов исследования дыхательной системы.
6. Алгоритм проведения и особенности лечения подростков с заболеваниями бронхолегочной системы.
7. Показания и противопоказания к применению основных групп лекарственных препаратов, разрешенных в педиатрии для лечения заболеваний органов дыхания.
8. Морфофункциональные особенности сердечно-сосудистой системы у подростков.
9. Симптомы и синдромы основных заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей подросткового возраста.
10. Причины и основные этапы патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний.
11. Методику обследования подростков с сердечно-сосудистой патологией.
12. Показания и противопоказания к использованию лабораторных, инструментальных и других методов исследования ССС.
13. Алгоритм проведения и особенности лечения подростков с заболеваниями ССС.
14. Показания и противопоказания к применению основных групп лекарственных препаратов, разрешенных в педиатрии для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.
15. Проанализировать и интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований (съемка и расшифровка ЭКГ, непрямой массаж сердца, электроимпульсная терапия (дефибрилляция)).
16. Обосновать и поставить диагноз, сформулировав его в соответствии с общепринятой классификацией.
17. Провести дифференциальный диагноз между особенностями ССС подростка и заболеваниями, а также предпатологическими состояниями, которые могут протекать скрытно.
18. Назначить питание и режим подростку с патологией ССС.
19. Назначить лечение с учетом особенностей подросткового возраста.
20. Назначить профилактические и реабилитационные мероприятия.
21. Оказать неотложную помощь при: острой сердечно-сосудистой недостаточности, остановке сердечной деятельности, гипертоническом кризе.
22. Морфофункциональные особенности пищеварительной системы у подростков.
23. Симптомы и синдромы основных заболеваний пищеварительной системы у детей подросткового возраста.
24. Причины и основные этапы патогенеза заболеваний пищеварительной системы.
25. Методику обследования пациентов с почечной патологией.
26. Показания и противопоказания к использованию лабораторных, инструментальных и других методов исследования пищеварительной системы.
27. Алгоритм проведения и особенности лечения подростков с заболеваниями пищеварительной системы.
28. Показания и противопоказания к применению основных групп лекарственных препаратов, разрешенных в педиатрии для лечения заболеваний органов пищеварительной системы.
29. Центральные и периферические органы иммунной системы.
30. Классификация иммунитета.
31. Клеточный и гуморальный иммунитет.
32. Понятие об иммунитете. Виды иммунитета.
33. Структура и функции иммунной системы.
34. Фагоцитоз. Роль в иммунном ответе.

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 **Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового периода**

Ситуационная задача № 1

Мальчик 12 лет, госпитализируется в стационар 4-й раз с жалобами на повышение температуры до 38°C, упорный влажный кашель с мокротой.

Из анамнеза жизни известно, что первом году мальчик рос и развивался хорошо, ничем не болел. В возрасте 1 года, во время игры по полу, внезапно появился приступ сильного кашля, ребенок посинел, стал задыхаться; после однократной рвоты состояние несколько улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребенок был госпитализирован с диагнозом "пневмония". Повторно перенес пневмонию в 2 и 3 года.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 20 кг, рост 110 см. ЧД - 36 в 1 минуту, ЧСС - 110 уд/мин. Кожные покровы бледные, сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно над легкими в задних нижних отделах слева отмечается притупление, там же выслушиваются средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. Аускультативно: приглушение I тона сердца. Печень 1-2 см. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Клинический анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - 3,0хЮ12/л, Лейк - 13,9хЮ9/л, п/я - 7%, с - 65%, л - 17%, м - 10% э - 1%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1,018, эпителий - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины - 60%, альфа-глобулины - 4%, альфа2-глобулины - 15%, бета-глобулины - 10%, гамма-глобулины - 11%, СРБ - , глюкоза - 4,5 ммоль/л, холестерин • 4,2 ммоль/л.

Рентгенограмма грудной клетки: в области нижней доли слева имеется значительное понижение прозрачности.

Вопросы к задаче №1:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план обследования больного.
4. Можно ли считать эпизод, произошедший с ребенком в годовалом возрасте, началом заболевания? Что это могло быть?
5. Патогенез данного заболевания?
6. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
7. Назначьте больному лечение.
8. Какие виды физиотерапии необходимо назначить в период обострения заболевания?
9. Показания к хирургическому лечению.
10. Как долго должен наблюдаться ребенок в поликлинике?
11. Какие виды спорта показаны ребенку?

**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 Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового периода

Ситуационная задача №2

Мальчик 14 лет, поступил в больницу с жалобами на затрудненное дыхание.

Мальчик от третьей беременности (дети от первой и второй беременности умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости).

Болен с рождения: отмечался постоянный кашель* на первом году жизни трижды перенес пневмонию. В последующие годы неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой.

При поступлении состояние мальчика очень тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы "часовых стекол" и "барабанных палочек". ЧД.- 40 в 1 минуту, ЧСС - 120 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева - жесткое. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке слабой интенсивности. Печень 5-6 см, н/3. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный.

Клинический анализ крови: Но -100 г/л, Эр - 3,5х10¹²/л, Ц.п. - 0,85, Лейк - 7,7хЮ⁹/л, п/я - 8%, с - 54%, э - 3%, л - 25%, м - 10%, СОЭ -45 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, альбумины -46%, альфа]-глобулины - 9%, альфа2-глобулины - 15%, бета-глобулины гамма-глобулины • 19,5%, тимоловая проба - 9,0, СРБ - -и-, ЩФ -i Уд/л (норма - 220-820), АЛТ- 36 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

Пилокарпиновая проба: натрий -132 ммоль/л, хлор - 120 ммоль/л.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя бронхосудистого рисунка, преимущественно в прикорневых густые фиброзные тяжи. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, "капельное сердце".

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет левой уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен, гное разрастание соединительной ткани; поджелудочная железа -15 мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры (га-і); желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка юна, уплотнена, стенки сосудов плотные, селезеночная вена извита.

Вопросы к задаче №2:

1. Дайте оценку приведенных лабораторно-инструментальных методов исследования.
2. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
4. Сформулируйте диагноз данному больному.
5. Каковы этиология и патогенез основного заболевания?
6. Каков генез гепатомегалии у больного?
7. Назначьте больному лечение.
8. Какие виды физиотерапии показаны во время обострения заболевания?
9. Какими видами спорта можно заниматься вне обострения заболевания?
10. Каков прогноз при данном заболевании?

**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 Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового периода

Ситуационная задача №3

Мальчик 15 лет, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

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

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

Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии - бронхиальная астма, у матери - экзема.

Заболел 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°C отмечались насморк, чихание. В связи с ухудшением состояния, появлением приступообразного кашля, одышки направлен на стационарное лечение.

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

Общий анализ крови: НЬ -120 г/л, Эр - 4,6хЮ12/л, Лейк - 4,8х10%, п/я-3%,с-51%,э-8%,л-28%,м-10%,СОЭ-5мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 120,0 мл, прозрачность - полная, относительная плотность - 1,018, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

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

Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.

Вопросы к задаче №3:

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.
2. Какое звено патогенеза обструктивного синдрома является ведущим в данном случае?
3. Объясните, почему сальбутамол снял приступ только через 4 часа?
4. Назначьте лечение в данном периоде заболевания?
5. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
6. Показана ли аденэктомия данному ребенку? Если да, то в каком периоде заболевания?
7. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?
8. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике?

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 6

**Дисциплина Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового
периода**

Ситуационная задача №4

Подросток 14 лет жалуется на приступы головокружения, периодически возникающее затрудненное дыхание, неприятные ощущения в области сердца. Несколько повышенного питания. Кожные покровы с мраморным рисунком, акроцианоз. Границы сердца с небольшим увеличением влево. Тоны умеренно приглушены, на верхушке и в Y-й точке непродолжительный систолический шум. Пульс лабилен.

Вопросы к задаче №4:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что может способствовать формированию данного заболевания?
3. Что определяет возникновение вегетативных нарушений у детей?
4. Назначьте план обследования ребенку.
5. Что может определяться на ЭКГ при ваготонических реакциях?
6. Составьте схему лечения этому ребенку.

**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 Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового периода

Ситуационная задача №5

При диспансерном осмотре школьным врачом у девочки-подростка 13 лет выявлена экстрасистолия. Пациентка жалоб не предъявляет, давность возникновения аритмии неизвестна.

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

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

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л, Лейк - 7,0x10⁹/л, п/я - 5%, с - 60%, л - 31%, м - 4%, СОЭ - 7 мм/час.

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

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

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

Вопросы к задаче №5:

1. Поставьте диагноз.
2. Каков механизм развития аритмии у данной больной?
3. Какие еще обследования необходимо провести данной больной?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Какова тактика лечения больной?
6. С какими специалистами желательно проконсультировать больную?
7. Какие функциональные пробы показаны больному с экстрасистолией?
8. Как Вы относитесь к назначению антиаритмических препаратов в данном случае?
9. Каков прогноз заболевания?
10. Какова тактика ведения данной больной в поликлинике?

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 6

Дисциплина Обучающий симуляционный курс 1. Патология подросткового периода

Ситуационная задача №6

Больная Д., 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с товарищами по школе. Приступы головной боли в последнее время отмечаются по несколько раз в месяц, проходят после анальгетиков или самостоятельно после отдыха.

Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально. Наблюдалась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь.

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, на коже лица угревая сыпь. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Пальпируются увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. Пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД 150/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: НЬ - 125 г/л, Эр - 4,6хЮ12/л, Лейк - 5,1хЮ9/л, п/я - 2%, с - 63%, э - 2%, л - 30%, м - 3%, СОЭ - 8 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1024, белок - abs, лейкоциты -2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок - 73 г/л, альбумины -60%, глобулины: альфа1 - 4%, альфа2 - 9%, бета - 12%, гамма - 15%, серомукоид - 0,18 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины -4,5 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 96 уд/мин, вертикальное положение электрической оси сердца.

Вопросы к задаче №6:

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Какие еще обследования необходимо сделать?
3. Какие факторы способствовали возникновению данного заболевания?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план лечения. Показаны ли больной гипотензивные препараты?
6. Какие специалисты должны проводить наблюдение за ребенком на участке?
7. Каков прогноз данного заболевания?
8. Каков механизм клинических симптомов при данном заболевании?
9. Меняется ли артериальное давление с возрастом ребенка и как?
10. Как изменяется с возрастом частота сердечных сокращений у детей?

БАНК ДЕЛОВЫХ ИГР

Деловая игра №1 «Гастродуоденит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения гастродуоденитов у детей подросткового возраста

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 подросткового возраста с гастродуоденитом.

Деловая игра №2

«Пиелонефрит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения пиелонефрита у детей подросткового возраста

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 подросткового возраста с пиелонефритом.

Деловая игра №3

«Гломерулонефрит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения гломерулонефрита у детей подросткового возраста

Формирование:

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

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

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

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

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

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

Распределение ролей:

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

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

2 этап - проведение игры

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

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

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

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

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

Критерии оценки

Оценка участников
по ролям, в баллах

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

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

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

Деловая игра №4

«Тетрада Фалло»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

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

Формирование:

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

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

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

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

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

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

Распределение ролей:

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

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

2 этап - проведение игры

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

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

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

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

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

Критерии оценки

Оценка участников
по ролям, в баллах

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

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

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

Деловая игра №5

«Острая пневмония»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения острой пневмонии у детей подросткового возраста

Формирование:

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

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

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

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

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

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

Распределение ролей:

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

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

2 этап - проведение игры

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

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

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

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

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

Критерии оценки

Оценка участников
по ролям, в баллах

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

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

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

Деловая игра №6

«Бронхоэктатическая болезнь»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

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

Формирование:

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

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

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

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

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

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

Распределение ролей:

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

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

2 этап - проведение игры

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

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

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

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

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

Критерии оценки

Оценка участников
по ролям, в баллах

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

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

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

Деловая игра №7

«Сахарный диабет»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, клиники, основных принципов диагностики и лечения сахарного диабета у детей подросткового возраста

Формирование:

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

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

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

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

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

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

Распределение ролей:

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

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

2 этап - проведение игры

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

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

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

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

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

Критерии оценки

Оценка участников
по ролям, в баллах

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

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.
Знакомство с критериями оценки участия в игре
- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.
Оценка результатов игры
- Оценка результатов игры проводится совместно с участниками в ходе дискуссии по окончании игры.
- Группе предлагается заслушать заключения экспертов из числа студентов и мнение преподавателя, обсудить результаты, коллегиально выставить оценки, определить рейтинг участников.
- Оценка теоретической подготовки к исполнению роли, решений, принимаемых тем или иным участником игры, выполнение медицинских манипуляций, проводится в баллах по критериям, приведенным в таблице.
- Предложенные критерии оценки объективно и комплексно характеризуют уровень подготовки и реальный вклад каждого участника в достижение общей цели.

Заключение

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

**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

г. Владикавказ 2023

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	-	37-40
Вид контроля	Текущий контроль успеваемости			
1	Особенности заболеваний органов дыхания подросткового периода Обучающий симуляционный курс-1. Неотложная медицинская помощь.	20	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	40-41
2	Особенности заболеваний сердечно-сосудистой системы у подростков Обучающий симуляционный курс-1. Неотложная медицинская помощь.	20	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	41-43
3	Особенности заболеваний органов пищеварения у подростков	20	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	44-47
4	Особенности заболеваний мочевой системы у подростков Обучающий симуляционный курс-1. Неотложная медицинская помощь.	20	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	47-51
5	Особенности заболеваний опорно-двигательного аппарата у подростков	20	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1	52-53

			ПК-2 ПК-4 ПК-5	
6	Особенности заболеваний эндокринной системы у подростков	20	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	53-55
7	Особенности иммунной системы у подростков Обучающий симуляционный курс-1. Неотложная медицинская помощь.	20	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	55-57

ВХОДНОЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Подростковый возраст в биологическом понимании начинается:

- с 8-10 лет
- с 10-11 лет
- с 12-13 лет
- с 14-15 лет

Подростковый возраст в административном понимании начинается:

- с 8-10 лет
- с 10-11 лет
- с 12-13 лет
- с 15 лет

Подростковый возраст в административном понимании заканчивается:

- к 13-14 годам
- к 15-16 годам
- к 18 годам
- к 20 годам

Гормоны, влияющие на рост у подростков:

- соматотропный гормон гипофиза
- гормоны щитовидной железы (тироксин, трийодтиронин)
- андрогены надпочечников и тестикул
- все перечисленные

К вторичным половым признакам у мальчиков относятся:

- мутация голоса
- оволосение лобка
- оволосение подмышечных впадин
- все перечисленное

К вторичным половым признакам у девочек относятся:

- оволосение лобка
- оволосение подмышечных впадин
- становление менструальной функции
- все перечисленные

У мальчиков первым пубертатным изменением является:

- увеличение щитовидного хряща
- оволосение лобка
- увеличение объема тестикул более > 4мл
- оволосение лица
- оволосение подмышечных впадин

14. У девочек первым по времени пубертатным признаком из вторичных половых признаков является:

- оволосение лобка
- появление менструаций
- развитие молочных желез
- оволосение подмышечных впадин

У подростков для оценки физического развития следует учитывать:

- возраст в годах
- рост в сантиметрах
- массу тела в килограммах
- пол
- все перечисленное

Ускорение роста и половое созревание у мальчиков начинается:

- в 8-9 лет
- в 10-12 лет
- в 11-13 лет
- в 14-15 лет

Ускорение роста и половое созревание девочек наступает:

- в 8-9 лет
- в 10-12 лет
- в 12-14 лет
- в 14-16 лет

Средняя длительность полового созревания составляет:

- 3 года
- 5 лет
- 7 лет
- 10 лет
- 11 лет

Под акселерацией понимается:

- ускорение темпов физического и полового развития
- ускорение темпов полового развития и появления либидо
- ускорение умственного развития и возбудимость нервной системы

Акселерация развития подростков проявляется:

- увеличением роста и массы тела
- увеличением роста и окружности грудной клетки
- увеличением роста, массы тела и половым созреванием

Замедленное половое созревание может наступить вследствие:

- задержки интеллектуального развития
- введения больших доз кортикостероидов
- психосоциальных конфликтов
- всего перечисленного

Формирующееся собственное “я” подростка проявляется:

- повышенной волевой целеустремленностью
- чрезмерным эгоизмом
- сильным негативизмом
- все перечисленным

Значимым мотивом для поведения подростка в первую очередь является:

- стремление быть взрослым
- желание быть привлекательным для сверстников
- стремление обогнать в развитии сверстников

Наличие у подростка личных убеждений, стремление уклониться от требований взрослых и доказать свое “я” через отрицание указывает:

- на невротическое состояние
- переходный возраст
- проявление психопатии

Поведение подростков определяется в большей мере:

- общественными ценностями и нормами общества
- личностными особенностями и стремлением к самоутверждению
- стремление к высокому уровню профессиональной значимости
- все перечисленным

Формирование хронического гастрита чаще всего отмечается:

- в детском и подростковом возрасте
- в молодом возрасте
- в среднем возрасте
- в пожилом возрасте
- в старческом возрасте

Хронический гастрит – это понятие:

- клиническое
- морфологическое
- клинико-морфологическое

В морфогенезе хронического гастрита ведущей причиной является:

- процессы воспаления
- процессы дистрофии
- сочетание процессов воспаления и дистрофии
- нарушение физиологической регенерации
- все перечисленное

Клинические проявления хронического гастрита:

- болевой синдром
- симптомокомплекс желудочной диспепсии
- другие симптомы поражения желудка
- все перечисленное

При хроническом антральном гастрите боли чаще всего локализуются:

- в эпигастральной области
- в подложечковой области
- в левом подреберье
- в правой половине надчревя
- вокруг пупка

31. Для хронического гастрита типа А характерно все, кроме:

- преимущественного диффузного поражения желудка
- преимущественного поражения желудка
- высокого уровня гастрина в сыворотке крови
- наличия антител к париетальным клеткам
- наличия В12-дефицитной анемии

Характерными признаками рефлюкс гастрита являются все, кроме:

- боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи
- рвоты желчью, приносящие облегчение
- потери массы тела
- низкой кислотности желудочного сока
- наличие дуоденогастрального рефлюкса

При каких хронических гастритах чаще всего наблюдается желудочное кровотечение:

- поверхностном
- умеренном атрофическом
- выраженном атрофическом
- эрозивном
- рефлюкс-гастрите

Антациды при хроническом гастрите с повышенной секрецией следует назначать:

- за 15 мин до еды
- натощак
- за 30 мин до еды
- через 1-1,5 часа после еды и на ночь

время не имеет значения

К блокаторам M1-холинорецепторов не относятся:

метацин
гастроцепин
пифамин
пирензепин

К препаратам, улучшающим трофику и усиливающим репаративные процессы при хроническом гастрите, не относятся:

солкосерил
витамин B12
аскорбиновая кислота
витамин B1
витамин B2

При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью при нарушении функции пищеварения показано все, кроме:

натурального желудочного сока
ацидин-пепсина
бетацида
нитропепсина
координакса

50. Для фазы затухающего обострения при язвенной характерно все, кроме

длительности 3-6 месяцев
наличия белого рубца
отсутствия клинических признаков рецидива
наличия красного рубца

Для лечения язвенной болезни, ассоциированной с воздействием Helicobacter pylori, применяется все, кроме:

де-нола
домперидона
трихопола
амоксциллина
фемотидина или омепразола

Ведущий клинический симптом синдрома Жильбера:

хроническая или интермиттирующая желтуха
темный цвет мочи
цвет мочи не изменен
диспепсические расстройства
значительное увеличение печени

При обострении синдрома Жильбера следует назначить:

витамины группы B
оротат калия
желчегонные средства
эссенциале
фенобарбитал

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

1. Вариантами формы сердца в подростковом возрасте являются все, кроме:

- аортальная форма сердца
- малое или “висячее” (капельное) сердце
- митральная форма сердца при нормальных размерах
- юношеская гипертрофия сердца
- “лежачее” сердце

2. Нарушения функции автоматии сердца, являющиеся анатомо- физиологическими особенностями подросткового возраста:

- синусовая тахикардия
- синусовая аритмия
- синусовая брадикардия
- синдром слабости синусового узла
- пароксизмальная тахикардия

3. Нарушения функции проводимости, являющиеся вариантами нормы у подростков:

- удлинение интервала PQ до 0,22 сек
- неполная блокада правой ветви пучка Гиса
- неполная блокада обеих левых ветвей пучка Гиса
- неполная АВ-блокада 2-й степени
- уширение комплекса QRS до 0,15 сек

4. Характерные аускультативные признаки функционального шума:

- мягкий систолический шум, чаще выслушиваемый над легочной артерией
- диастолический шум на верхушке сердца
- шум лучше выслушивается в горизонтальном положении
- шум обычно выслушивается на ограниченном участке

5. Характерные особенности секреторной функции желудка у подростков:

- объем секреции и кислотность желудочного сока ниже, чем у взрослых
- объем секреции и кислотность выше, чем у взрослых
- объем секреции и кислотность желудочного сока не отличаются от таковых у взрослых
- показатели секреции и кислотность желудочного сока стабильны
- гетерохолія (смена высоких показателей кислотности более низкими)

6. Характерные признаки доброкачественной протеинурии:

- суточная протеинурия не превышает 1 г
- суточная протеинурия превышает 1 г
- в анализах мочи присутствуют эритроциты и цилиндры
- протеинурия проявляется после ходьбы и проведения ортостатической пробы
- протеинурия отсутствует после пребывания в горизонтальном положении (утром до вставания с постели)

7. Подростковый возраст в биологическом понимании начинается:

- с 8-10 лет
- с 10-11 лет
- с 12-13 лет
- с 14-15 лет

8. Подростковый возраст в административном понимании начинается:

- с 8-10 лет
- с 10-11 лет
- с 12-13 лет
- с 15 лет

9. Подростковый возраст в административном понимании заканчивается:

- к 13-14 годам
- к 15-16 годам
- к 18 годам
- к 20 годам

10. Гормоны, влияющие на рост у подростков:

- соматотропный гормон гипофиза
- гормоны щитовидной железы (тироксин, трийодтиронин)
- андрогены надпочечников и тестикул
- все перечисленные

11. К вторичным половым признакам у мальчиков относятся:

- мутация голоса
- оволосение лобка
- оволосение подмышечных впадин
- все перечисленное

12. К вторичным половым признакам у девочек относятся:

- оволосение лобка
- оволосение подмышечных впадин
- становление менструальной функции
- все перечисленные

13. У мальчиков первым пубертатным изменением является:

- увеличение щитовидного хряща
- оволосение лобка
- увеличение объема тестикул более > 4мл
- оволосение лица
- оволосение подмышечных впадин

14. У девочек первым по времени пубертатным признаком из вторичных половых признаков является:

- оволосение лобка
- появление менструаций
- развитие молочных желез
- оволосение подмышечных впадин

15. У подростков для оценки физического развития следует учитывать:

- возраст в годах
- рост в сантиметрах
- массу тела в килограммах
- пол
- все перечисленное

16. Ускорение роста и половое созревание у мальчиков начинается:

- в 8-9 лет
- в 10-12 лет
- в 11-13 лет
- в 14-15 лет

17. Ускорение роста и половое созревание девочек наступает:

- в 8-9 лет
- в 10-12 лет
- в 12-14 лет
- в 14-16 лет

18. Средняя длительность полового созревания составляет:

- 3 года
- 5 лет

7 лет
10 лет
11 лет

19. Под акселерацией понимается:

ускорение темпов физического и полового развития
ускорение темпов полового развития и появления либидо
ускорение умственного развития и возбудимость нервной системы

20. Акселерация развития подростков проявляется:

увеличением роста и массы тела
увеличением роста и окружности грудной клетки
увеличением роста, массы тела и половым созреванием

21. Замедленное половое созревание может наступить вследствие:

задержки интеллектуального развития
введения больших доз кортикостероидов
психосоциальных конфликтов
всего перечисленного

22. Формирующееся собственное “я” подростка проявляется:

повышенной волевой целеустремленностью
чрезмерным эгоизмом
сильным негативизмом
все перечисленным

23. Значимым мотивом для поведения подростка в первую очередь является:

стремление быть взрослым
желание быть привлекательным для сверстников
стремление обогнать в развитии сверстников

24. Наличие у подростка личных убеждений, стремление уклониться от требований взрослых и доказать свое “я” через отрицание указывает:

на невротическое состояние
переходный возраст
проявление психопатии

25. Поведение подростков определяется в большей мере:

общественными ценностями и нормами общества
личностными особенностями и стремлением к самоутверждению
стремление к высокому уровню профессиональной значимости
все перечисленным

26. Формирование хронического гастрита чаще всего отмечается:

в детском и подростковом возрасте
в молодом возрасте
в среднем возрасте
в пожилом возрасте
в старческом возрасте

27. Хронический гастрит – это понятие:

клиническое
морфологическое
клинико-морфологическое

28. В морфогенезе хронического гастрита ведущей причиной является:

процессы воспаления
процессы дистрофии
сочетание процессов воспаления и дистрофии
нарушение физиологической регенерации

все перечисленное

29. Клинические проявления хронического гастрита:

болевым синдромом
симптомокомплексом желудочной диспепсии
другими симптомами поражения желудка
все перечисленное

30. При хроническом антральном гастрите боли чаще всего локализуются:

в эпигастральной области
в подложечковой области
в левом подреберье
в правой половине надчревя
вокруг пупка

31. Для хронического гастрита типа А характерно все, кроме:

преимущественного диффузного поражения желудка
преимущественного поражения желудка
высокого уровня гастрина в сыворотке крови
наличия антител к париетальным клеткам
наличия В12-дефицитной анемии

32. Характерными признаками рефлюкс гастрита являются все, кроме:

боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи
рвоты желчью, приносящие облегчение
потери массы тела
низкой кислотности желудочного сока
наличие дуоденогастрального рефлюкса

33. При каких хронических гастритах чаще всего наблюдается желудочное кровотечение:

поверхностном
умеренном атрофическом
выраженном атрофическом
эрозивном
рефлюкс-гастрите

34. Антациды при хроническом гастрите с повышенной секрецией следует назначать:

за 15 мин до еды
натощак
за 30 мин до еды
через 1-1,5 часа после еды и на ночь
время не имеет значения

35. К блокаторам М1-холинорецепторов не относится:

метацин
гастроцепин
пифамин
пирензепин

36. К препаратам, улучшающим трофику и усиливающим репаративные процессы при хроническом гастрите, не относятся:

солкосерил
витамин В12
аскорбиновая кислота
витамин В1
витамин В2

37. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью при нарушении функции пищеварения показано все, кроме:

натурального желудочного сока
ацидин-пепсина
бетацида
нитропепсина
координакса

38. При обнаружении у больных хроническим гастритом *Helicobacter pylori* показано все, кроме:

де-нола
сукральфата
цизаприда
амоксициллина
омепразола

39. Для лечения рефлюкс-гастрита следует назначать все, кроме:

церукала
эглонила
холестирамина
вентера
мотилиума

40. Осложнения при хроническом гастрите:

острое желудочное кровотечение
окулярное кровотечение
демпинг-синдром
все перечисленное
ни одно из перечисленных

41. При хроническом гастрите противопоказана:

работа, связанная с разъездами и длительными командировками
работа, сопровождающаяся постоянным сотрясением тела
работа в горячих цехах
все перечисленное

42. К протекторным факторам при язвенной болезни относятся все, кроме

щелочного секрета
непрерывного слоя слизи, примыкающего к эпителию
нарушения эвакуации пищи из желудка
влияния простагландинов
нормального кровотока

43. Ведущими симптомами язвенной болезни у подростков являются, все кроме

боль
изжога
частая рвота
сохраненный или повышенный аппетит

44. Изжога при язвенной болезни не бывает обусловлена:

грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
гастроэзофагальным рефлюксом
дуоденогастральным рефлюксом

45. Кислая отрыжка у больных язвенной болезнью обусловлена:

гастроэзофагальным рефлюксом
органическим стенозом привратника
дуодено-гастральным рефлюксом
всем перечисленным
ничем из перечисленного

46. Наиболее часто побочные действия, в том числе панцитопения и блокада проводящей системы сердца, наблюдаются при приеме:

- ранитидина
- циметидина
- зантака
- ульфамида
- фамотидина

47. Большинство гастроэнтерологов рекомендуют принимать антациды при лечении язвенной болезни:

- за 30 мин до приема пищи
- натощак
- во время еды
- сразу после еды
- через час после приема пищи и на ночь

48. К цитопротективными препаратами, применяемых при лечении язвенной болезни не относится:

- вентер
- де-нол
- энтпростил
- сайтотек
- мотилиум

49. К блокаторам центральных дофаминовых рецепторов, применяемых в лечении язвенной болезни, относятся все, кроме:

- реглана
- эглонила
- амитриптилина
- церукала
- координакса

50. Для фазы затухающего обострения при язвенной характерно все, кроме

- длительности 3-6 месяцев
- наличия белого рубца
- отсутствия клинических признаков рецидива
- наличия красного рубца

51. Для лечения язвенной болезни, ассоциированной с воздействием *Helicobacter pylori*, применяется все, кроме:

- де-нола
- домперидона
- трихопола
- амоксициллина
- фемотидина или омепразола

52. Ведущий клинический симптом синдрома Жильбера:

- хроническая или интермиттирующая желтуха
- темный цвет мочи
- цвет мочи не изменен
- диспепсические расстройства
- значительное увеличение печени

53. При обострении синдрома Жильбера следует назначить:

- витамины группы В
- оротат калия
- желчегонные средства
- эссенциале
- фенобарбитал

54. Синдром Дабина-Джонса чаще встречается в возрасте:

- от рождения до 25 лет
- от 26 до 44 лет
- от 45 до 50 лет
- от 51 до 60 лет
- старше 60 лет

55. Основными этиологическими факторами хронического энтероколита у подростков являются:

- кишечные инфекции
- лямблиоз
- алиментарная недостаточность
- хронический тонзиллит
- злоупотребление слабительными

56. Ведущий патогенетический механизм развития хронического энтероколита:

- аллергия
- наследственность
- дисбактериоз
- приобретенные энзимопатии
- врожденные энзимопатии

57. Основными клиническими симптомами хронического энтероколита в фазе обострения являются все, кроме:

- метеоризма
- диареи
- лихорадки
- болей в животе
- полифекалии

58. Информативными лабораторными и биохимическими исследованиями при хроническом энтероколите являются все, кроме:

- анализа кала на яйца глистов
- посева кала на дисбактериоз
- определения общего белка и белковых фракций крови
- определения щелочной фосфатазы
- определения электролитов крови

59. Назначение антибиотиков группы аминогликозидов показано:

- при дисбактериозе, вызванном синегнойной палочкой
- дисбактериозе, вызванном клебсиеллой
- дисбактериозе, вызванном протеом
- всем перечисленном

60. Препараты, улучшающие трофические процессы при хроническом энтероколите:

- но-шпа
- метацин
- пентоксил
- эглонил
- метилурацил

61. Клиническими проявлениями кардиоспазма у подростков являются:

- затруднение при глотании
- рвота или срыгивание проглоченной пищи
- боль за грудиной
- все перечисленное

62. Клинически гипотония желудка у подростков не характеризуется:

повышенным аппетитом
пониженным аппетитом
чувством тяжести, расширением желудка
рвотой съеденной пищей
отрыжкой, икотой

63. Врожденный гастроптоз наблюдается у здоровых подростков:

низкого роста
с избыточной массой тела
высокого роста, астенического телосложения
у всех перечисленных

64. Приобретенный гастроптоз наблюдается:

преимущественно у подростков женского пола
преимущественно у подростков мужского пола
при выраженной потере массы тела

65. Характерным для острого бронхита является все, кроме:

увеличения объема бронхиальной секреции
кашля
отделения мокроты
болей в грудной клетке
развития одышки

66. Предрасполагающими факторами развития острого бронхита являются все, кроме:

переохлаждения
курения
физического перенапряжения
злоупотребления крепкими алкогольными напитками
нарушения носового дыхания

67. Важной особенностью хронического бронхита (как нозологической формы) является все кроме:

диффузный характер поражения бронхиального дерева
локальный характер поражения бронхиального дерева
хроническое течение заболевания с периодами обострений и ремиссий
кашель с выделением мокроты
одышка

68. Возникновение кашля при хроническом бронхите не обусловлено раздражением рецепторов блуждающего нерва в кашлевых зонах слизистой оболочки:

гортани
голосовых связок
бифуркации трахеи
область деления крупных бронхов
область деления мелких бронхов

69. Характер мокроты на ранних стадиях хронического бронхита:

скудная, слизистая
слизисто-гнойная
гнойная
гнойная с прожилками крови
все перечисленное

70. Характерной особенностью одышки при хроническом бронхите является все, кроме:

возникновения только при значительной физической нагрузке
возникновения в ночное время
возникновения в утреннее время

значительной изменчивости и часто зависимости от метеорологических явлений и других причин (“день на день не приходится”)

возникновения только при обострении процесса

71. Характерный аускультативный признак при поражении бронхов среднего калибра при хроническом бронхите:

сухие свистящие хрипы

сухие жужжащие хрипы

среднепузырчатые влажные хрипы

крепитация

резко ослабленное везикулярное дыхание

72. Осложнениями хронического обструктивного бронхита являются:

обструктивная эмфизема легких

легочная гипертензия

легочное сердце

все перечисленное

ни одно из перечисленных

73. Основными симптомами поллиноза являются все, кроме:

ринита

хронической рецидивирующей крапивницы

приступа удушья

конъюнктивита

74. Основными признаками бронхиальной обструкции является все, кроме:

одышки при физической нагрузке

ограничении экскурсии грудной клетки

отсутствия ограничения подвижности нижнего легочного края

ослабленного везикулярного дыхания, хрипов трескучих или влажных

уменьшения жизненной емкости легких, снижения дыхательного объема

75. Лекарственным препаратом, обладающим выраженным бронхолитическим действием, не является:

интал

эуфиллин

беродуал

беротек

теопэк

76. К отхаркивающим средствам не относятся:

бронхолитин

бромгексин

настой термопсиса

раствор йодида калия

мукалтин

77. К противокашлевым препаратам, назначаемым при хроническом бронхите, относятся:

либексин

тусупрекс

синекод

все перечисленные

ни один из перечисленных

78. Внутрибольничные пневмонии развиваются при поступлении в стационар через:

6 часов

12 часов

24 часа
48 часов и более
все верно

79. Возбудителями атипичных пневмоний являются все, кроме:

пневмоцисты
микоплазмы
легионеллы
хламидии

80. Возбудителем крупозной пневмонии являются:

стафилококки
вирусы
пневмококки
клебсиеллы
протей

81. Клиническими проявлениями очаговой пневмонии являются:

лихорадка
кашель
выделение мокроты
боли в грудной клетке
все перечисленные

82. С целью идентификации бактериальных возбудителей исследуют:

мокроту
бронхиальные смывы
транстрахеальный аспират
все перечисленное
все ответы неправильны

83. Антибактериальная терапия при пневмонии не должна:

быть ранней и курсовой с учетом характера патологического процесса и состояния больного
начинаться только после установления возбудителя
быть направлена против установленного или предполагаемого возбудителя
быть адекватной по выбору препарата, допустимым дозам (разовой и суточной)
корректироваться в процессе лечения

84. Адекватная этиотропная терапия при пневмонии обеспечивает снижение температуры тела через:

12 часов
24 часа
48-72 часа
5 суток
более 5 суток

85. Показаниями к комбинированной антибактериальной терапии пневмонии являются все, кроме:

снижения температуры через 72 часа
неизвестного возбудителя
наличия смешанной флоры
тяжелой, не поддающейся влиянию определенного антибиотика заболевания
упорных инфекций

86. Показаниями для отмены антибактериальной терапии при пневмонии являются:

двое-трое суток нормальной температуры
6 суток нормальной температуры
нормализация лейкограммы
наличие остаточной инфильтрации легочной ткани после 6 дней нормальной температуры

87. При пневмонии антибиотикотерапию начинают до выделения возбудителя, выбор первоначального антибактериального средства основывается:

- на эпидемиологических данных
- клинико-патогенетических особенностях
- клинико-рентгенологических особенностях
- учете анамнеза пациента до развития острой пневмонии
- все ответы правильны

88. Больному, страдающему легионеллезной пневмонией, не следует назначать:

- эритромицин
- септрин
- рулид
- макроцен
- азитромицин

89. Средством выбора в лечении атипичных пневмоний не является:

- ровамицин
- оксациллин
- сумаamed
- рокситромицин
- макропен

90. Признаками бронхиальной обструкции является все, кроме:

- кашля со скудным отделением мокроты
- повышения температуры тела
- наличия сухих свистящих хрипов
- дыхания с удлиненным выдохом

91. Признаком рестриктивной недостаточности не является:

- короткое дыхание
- одышка при физической нагрузке
- ограничение подвижности легочного края
- наличие сухих свистящих хрипов

92. Признаком дыхательной недостаточности легкой степени (1 ст.) является:

- одышка при обычных физических нагрузках
- одышка в покое
- цианоз
- все перечисленное

93. Для атопической формы бронхиальной астмы не характерно:

- начало заболевания в детском и подростковом возрасте
- приступы астмы, возникающие на фоне хронических неспецифических заболеваний
- положительный аллергологический семейный анамнез
- приступы удушья, возникающие внезапно
- удушье, чаще возникающие в весенне-осенний период (нередко обнаруживается связь с пищевыми аллергенами)

94. Бронхиальную астму необходимо дифференцировать:

- с хроническим обструктивным бронхитом
- с трахеобронхиальной дискинезией
- с загрудинным зобом
- с узелковым периартериитом
- со всем перечисленным

95. Признаками приступа бронхиальной астмы является все, кроме:

- удушья экспираторного характера

удлиненного выдоха, сопровождающегося свистящими хрипами, слышными на расстоянии
вынужденного положения больного
наличия при аускультации большого количества среднепузырчатых звонких влажных хрипов

96. Характерными чертами астматического статуса является все, кроме:

резистентности к симпатомиметикам
непродуктивного и неэффективного кашля
анемии
полицитемии
прогрессирующей гипоксии

97. Причиной возникновения астматического статуса являются все, кроме:

передозировки симпатомиметиков
инфекции дыхательных путей
неблагоприятного метеорологического влияния
быстрой отмены кортикостероидов
применения больших доз преднизолона

98. К легочным осложнениям пневмонии относятся:

инфекционно-токсический шок
ДВС-синдром
сердечно-сосудистая недостаточность
абсцесс легкого

99. Лабораторные признаки активности ревматической лихорадки:

повышенная СОЭ
повышение содержания в крови α_2 -глобулинов
наличие С-реактивного белка в сыворотке крови
все перечисленное

100. Дополнительные критерии ревматической лихорадки у подростков:

наличие общего недомогания
артралгии
боли в области голеней и в мышцах всего тела
субфебрильная температура
все перечисленное

101. Для ревматического полиартрита характерно все, кроме:

острого бурсита, сочетающегося с экссудативным воспалением периартикулярных тканей
сопутствующей лихорадки
припухлости, покраснения и неподвижности из-за болей в суставах
преимущественного поражения мелких суставов

102. Больным с острой ревматической лихорадкой следует назначить антибактериальные препараты:

эритромицин
тетрациклин
пенициллин
оксациллин
гентамицин

103. Самая частая причина развития стеноза митрального клапана у подростков:

ревматизм
инфекционный эндокардит
синдром Лютамбаше
миксома левого предсердия
большой тромб левого предсердия

104. Аускультация сердца при стенозе левого атриовентрикулярного отверстия выявляет:

первый тон на верхушке ослаблен
первый тон на верхушке хлопающий
на верхушке сердца щелчок открытия митрального клапана
на верхушке сердца диастолический шум

105. Самая частая причина развития недостаточности клапана аорты у подростков:

инфекционный кардит
ревматизм
пролапс митрального клапана
тупая травма грудной клетки
врожденные аномалии аорты

106. Самая частая причина стеноза устья аорты:

ревматизм
атеросклероз
инфекционный эндокардит
пролабирование аортального клапана
врожденные аномалии клапана и устья аорты

107. Аускультация сердца при стенозе устья аорты выявляет:

усиленный 1-й тон над верхушкой сердца
ослабленный 2-й тон над аортой или отсутствие 2-го тона
диастолический шум над аортой
систолический шум над аортой
систолический шум над верхушкой сердца

108. Синдром Рейтера включает все, кроме:

артрит
конъюнктивит
орхит
уретрит
дерматит

109. Наиболее характерным симптомом инфекционного эндокардита является все перечисленное, кроме:

лихорадки
потрясающего озноба с обильным потоотделением и падением температуры
потоотделения и падения температуры, облегчающего состояние больного
болей в костях
полиартралгии

110. При первичном инфекционном эндокардите чаще всего наблюдается:

поражение митрального клапана
поражение трикуспидального клапана
поражение аортального клапана
поражение клапана легочной артерии
сочетанное или комбинированное поражение клапанов сердца

111. Тромбоэмболические осложнения при инфекционном эндокардите чаще наблюдаются:

в иммуновоспалительную фазу
в инфекционно-токсическую фазу
в дистрофическую фазу

112. Наиболее информативным исследованием для диагностики инфекционно-токсической фазы инфекционного эндокардита является:

общий анализ мочи
общий анализ крови

посев крови на стерильность
белковые фракции крови
все перечисленное

113. Наиболее эффективными медикаментами для лечения инфекционного эндокардита в инфекционно-токсическую фазу являются:

антибиотики с бактерицидным действием
комбинации антибиотиков бактерицидного и бактериостатического действия
сульфаниламиды пролонгированного действия
преднизолон
ортофен

114. Ранними симптомами неревматического кардита у подростков является:

общая слабость, повышенная утомляемость
бледность кожных покровов, повышенная потливость
часто субфебрильная температура
часто сердцебиение, перебои и особенно боли в области сердца
все перечисленное

115. Основными ЭКГ признаками неревматического миокардита является:

снижение вольтажа зубцов в стандартных и грудных отведениях
снижение сегмента RS-T ниже изолинии и инверсия зубца Т
нарушение проводимости
нарушение возбудимости
все перечисленное

116. Профилактика неревматического миокардита у подростков включает:

мероприятия по предупреждению инфекций
рациональное лечение ОРВИ, хронического тонзиллита, гриппа
тщательное наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой системы (ЭКГ) в период разгара инфекций, особенно в фазе реконвалесценции и в первую-третью неделю по выздоровлении
освобождение на 2-3 недели от работ с физическими нагрузками лиц, перенесших острую инфекцию
все перечисленное

117. Частыми причинами развития предсердной пароксизмальной тахикардии у подростков являются:

неревматические миокардиты
кардиомиопатии
вегетативная дистония
все перечисленное

118. Основными причинами развития пароксизмальной тахикардии у подростков являются:

ИБС
синдрома слабости синусового узла
передозировки адреномиметических препаратов
неревматического миокардита
все вышеперечисленное

119. Наиболее частые причины развития желудочковой пароксизмальной тахикардии у подростков:

пороки сердца
диффузный токсический зоб
пролапс митрального клапана
все перечисленное

120. Основной причиной внезапной смерти у подростков является:

хронических миокардитов
ИБС на фоне выраженного атеросклероза венечных артерий
гипертрофических кардиомиопатий
пролапса митрального клапана

синдрома удлинённого QT

121. Основные признаки пролапса митрального клапана:

провисание одной или обеих створок клапана левого предсердия
провисание одной створки клапана в левый желудочек
провисание двух створок клапана в левый желудочек
все ответы правильны

122. Причиной развития ПМК может быть:

патология створок митрального клапана
патология хордального аппарата створок митрального клапана
дисфункция папиллярных мышц
нарушение сократимости левого желудочка
все перечисленное

123. Заболевания врождённого характера, приводящие к ПМК:

синдром Марфана
синдром Эллерса-Данлоса
синдром Холт-Орама
все перечисленное

124. Синдром Эллерса-Данлоса наряду с ПМК проявляется:

чрезмерной подвижностью суставов
частыми подвывихами
гиперэластозом кожи
сколиозом
гипотонией мускулатуры
всем перечисленным

125. Синдром Холт-Орама проявляется:

пролабированием створок МК
дефектами развития плечевой и лучевой кости
ДМПП
всем перечисленным

126. Частыми жалобами при ПМК являются:

боли в сердце, не купирующиеся в покое и при нагрузке
головокружение
быстрая утомляемость
чувство нехватки воздуха
все перечисленное

127. К часто встречающимся нарушениям ритма при ПМК относят все, кроме:

синусовой тахикардии
желудочковой экстрасистолии
предсердной экстрасистолии
пароксизмальной мерцательной аритмии
синдрома слабости синусового узла

128. Основными заболеваниями, приводящими к развитию сердечной недостаточности у подростков, являются все, кроме:

врождённых пороков сердца
митральных пороков сердца
инфекционного эндокардита
миокардитов
рецидивирующего бронхита

129. Характерными признаками острой сосудистой недостаточности у подростков являются все, кроме:

бледности кожных покровов
нитевидного пульса
падения АД
гиперемии кожных покровов

130. При острой сосудистой недостаточности у подростков показаны все препараты, кроме:

адреналина
преднизолона
мезатона
анаприлина

131. При выявлении у подростков четких критериев недостаточности кровообращения 1-й стадии рационально назначить:

сердечные гликозиды
диуретики
периферические вазодилататоры
все перечисленное

132. К факторам, вызывающим нейроциркуляторную дистонию у подростков, относят:

острые и хронические нервно-эмоциональные стрессы
нейроэндокринные факторы
острые респираторные вирусные инфекции и травмы головного мозга
курение и употребление алкоголя
все перечисленное

133. К ситуациям, при которых наиболее часто возникают боли при нейроциркуляторной дистонии у подростков, не относится:

покой
физическое переутомление
волнение
изменение погоды

134. Наиболее частым нарушением ритма у подростков с нейроциркуляторной дистонией является все, кроме:

синусовой брадикардии
синусовой аритмии
синусовой тахикардии
синдрома слабости синусового узла
экстрасистолии

135. Характерными признаками нейроциркуляторной дистонии у подростков являются все, кроме:

фебрильной температуры
субфебрилитета
гиперемии лица и кожи груди
быстрого и стойкого дермографизма
холодных, иногда бледных и синюшных конечностей

136. У подростков характерными признаками нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу не являются:

головная боль
повышение в основном систолического артериального давления
повышение в основном диастолического АД
гиперкинетический тип кровообращения
дистонический тип реакции при проведении велоэргометрии

137. У подростков характерными симптомами нероциркуляторной дистонии по гипотоническому типу является:

общая слабость, повышенная утомляемость

сниженная работоспособность
наклонность к обморокам
лабильность АД с тенденцией к гипотонии
все перечисленное

138. Изменение конечной части желудочкового комплекса (сегмента RS-T) на ЭКГ у подростков при нейроциркуляторной дистонии обусловлено всем, кроме:

лабильности вегетативной нервной системы
увеличения продукции катехоламинов
гиперчувствительности миокарда к катехоламинам
относительной гипокалиемии
спазма коронарных артерий

139. При проведении ортостатической пробы у подростков с нейроциркуляторной дистонией выявляется все, кроме:

тахикардии
инверсии зубца Т
уменьшения систолического АД
снижения диастолического АД
прироста диастолического АД

140. Фактором, обуславливающим отнесение подростков к группе риска по заболеваемости гипертонической болезнью, не является:

наследственное предрасположение
низкая физическая активность
избыточное потребление соли
язвенная болезнь
избыточная масса тела

141. Ведущее место в патогенезе ГБ занимает все, кроме:

наследственных или приобретенных нарушений клеточных мембран с электролитными нарушениями
повышенной реактивности симпатической нервной системы
истощения депрессорных систем
повышения активности ренин-ангиотензин -альдостероновой системы
повышения продукции вазопрессина

142. Характерным типом гемодинамики при 1 ст. гипертонической болезни является:

гипокинетический
эукинетический
гиперкинетический
все перечисленные
все ответы неправильны