

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 **ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ В ПЕДИАТРИИ**

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

для студентов 4 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 Бораева – Г.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 Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии
для студентов 4 курса
по специальности 31.05.02 Педиатрия**

Оценочные материалы составлены на кафедре детских болезней №1 на основании рабочей программы дисциплины Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии 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 25, что достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же билета в одной группе. 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 Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными, общепрофессиональными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации у студентов 4 курса педиатрического факультета.

Рецензент:

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

«18» мая 2023



А.А. Газданова

**Паспорт оценочных материалов
по дисциплине «Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии»**

№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	Болезни пищевода.	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	Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.	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	Заболевания желчевыводящей системы.	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	Заболевания печени.	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	Заболевания поджелудочной железы.	УК-1 ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1,	тестовые задания, вопросы к модулю, банк ситуационных задач, банк деловых игр

		ПК-2, ПК-4, ПК-5	
6	Неспецифические заболевания кишечника.	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	Хронические запоры.	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
8	Гельминтозы.	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	Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии	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. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника.
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Острый эзофагит. Причины. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Пищевод Баррета. Этиология. Патогенез. Основы диагностики.
5. Синдром Меллори-Вейса. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Хронический гастрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Эрозивный гастродуоденит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Язвенная болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника.
9. Язвенная болезнь. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
11. Острый холецистит. Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
12. Хронический холецистит. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Желчекаменная болезнь. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
14. Хронический гепатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
15. Жировой гепатоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
16. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
17. Острый панкреатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
18. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
19. Синдром Золлингера-Эллисона. Частота встречаемости. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
20. Неспецифический язвенный колит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
21. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
22. Хронические запоры. Этиология. Патогенез. Клиника.
23. Хронические запоры. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
24. Аскаридоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
25. Токсокароз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Трихоцефалез. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
27. Энтеробиоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
28. Тениаринхоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
29. Тениоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
30. Лямблиоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

1. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника.
2. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Острый эзофагит. Причины. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Пищевод Баррета. Этиология. Патогенез. Основы диагностики.
5. Синдром Меллори-Вейса. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Хронический гастрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Эрозивный гастродуоденит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Язвенная болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника.
9. Язвенная болезнь. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
11. Острый холецистит. Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
12. Хронический холецистит. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Желчекаменная болезнь. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
14. Хронический гепатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
15. Жировой гепатоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
16. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
17. Острый панкреатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
18. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
19. Синдром Золлингера-Эллисона. Частота встречаемости. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
20. Неспецифический язвенный колит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
21. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
22. Хронические запоры. Этиология. Патогенез. Клиника.
23. Хронические запоры. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
24. Аскаридоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
25. Токсокароз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Трихоцефалез. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
27. Энтеробиоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
28. Тениаринхоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
29. Тениоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
30. Лямблиоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

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 4

Дисциплина Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии

Ситуационная задача №1

Мальчик Н., 12 лет поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в животе - в подложечной области, в эпигастрии, возникающие после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды; изжогу, отрыжку. Редко беспокоят боли за грудиной и чувство затруднения при проглатывании «кусковой» пищи.

Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3400 г., рост 50 см. На естественном вскармливании находился до 5 месяцев. До 4 лет – пищевая аллергия на цитрусовые в виде сыпи. Год назад начал заниматься тяжелой атлетикой – штангой. Боли в животе, изжога беспокоят около 1 года.

Наследственность отягощена: у отца - гастрит, у бабушки по отцовской линии – язвенная болезнь желудка.

Объективно: рост 160 см, масса 50 кг. Общее состояние средней тяжести. Положение активное. Кожные покровы бледные, чистые. Над легкими – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, Ps – 75 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. При глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется изжога. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул оформлен, 1 раз в сутки. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: $E_r-4,2 \times 10^{12}/л$, H_b-141 г/л, $T_r-217 \times 10^9/л$, $L-7,2 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 57%, лимф. – 32%, эоз. – 3%, мон. – 5%, СОЭ–7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, уд. вес - 1014, белка нет, эпителий - един., L – един. в п/зр., соли мочевой кислоты.

Б/х анализ крови: общий билирубин – 18,0 мкмоль/л, прямой билирубин – 4,5 мкмоль/л, АЛТ – 55,9 нм/сл, общий белок – 63,7 г/л, альбумины – 36,9 г/л, амилаза – 60,4 Е/л.

Копрограмма: оформлен, коричневого цвета, яйца глист не обнаружены.

Бак посев кала на кишечную группу: отрицательный.

ФЭГДС: Слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, на задней стенке эрозия до 0.3 см. Кардия смыкается недостаточно. В желудке желчь, слизистая антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов не изменена.

Уреазный тест на H_p () положительный.

УЗИ органов брюшной полости: Печень не увеличена, паренхима гомогенная. Желчный пузырь–70325 мм (N), толщина стенки 1 мм, содержимое однородное. Поджелудочная железа, селезенка, почки - без видимой патологии.

рН-метрия: натошак в н/3 пищевода рН 6,3; периодически кратковременное на 15–20 сек снижение до 3.3–3.0; в теле желудка 1,7; в антруме – 3,8.

ЭКГ: синусовый ритм, 74 в 1 минуту.

Вопросы к задаче №1:

1. Поставьте диагноз по классификации.
2. Обоснуйте его.
3. Каков этиопатогенез заболевания?
4. Укажите анатомо-физиологические особенности кардиоэзофагеального перехода у грудных детей.
5. Проведите анализ фиброэзофагогастродуоденоскопии.
6. Проведите анализ рН-метрии.
7. В каких случаях следует проводить рентгенологическое исследование ВОПТ?
8. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда.
9. Какие режимные моменты следует соблюдать данному ребенку?
10. Назначьте комплексную терапию данному больному.
11. Какие прокинетики используют при лечении данного заболевания, в чем их различие между собой?
12. Следует ли ребенку продолжать занятия тяжелой атлетикой?

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Дисциплина Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии

Ситуационная задача №2

Девочка М., 16 лет, госпитализирована в стационар с жалобами на боли в животе, чувство жжения за грудиной, отрыжку кислым, воздухом, изжогу.

Из анамнеза: Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне тяжелой внутриутробной гипоксии плода, срочных самостоятельных родов. На 1-ом году жизни находился под наблюдением у невропатолога с диагнозом перинатальная энцефалопатия ишемически-гипоксического генеза.

Боли в животе беспокоят в течение 3-х лет. Амбулаторно не обследовалась, лечение не получала. В течение последнего года у девочки появилась изжога, отрыжка, периодически отмечающиеся эпизоды кашля по ночам. Наследственность отягощена: у матери – хронический гастрит, у отца – эрозивный дуоденит.

Объективно: масса 48 кг, рост 158 см. Состояние средней тяжести. Положение активное. На осмотр реагирует адекватно. Кожные покровы чистые, отмечается мраморный рисунок, проявления дистального гипергидроза. Питание удовлетворительное. Тонус и сила мышц не нарушены. Скелет развит пропорционально, без деформации. Над легкими перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД- 18 в 1 мин. Тоны сердца средней звучности, ритм правильный. Рс - 78 в 1 мин. Язык обложен у корня неплотным налетом белого цвета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области эпигастрия. Печень у края реберной дуги. Симптомы Мерфи, Ортнера слабо положительные. Стул и диурез не нарушены.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: Эр.- $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 124г/л, цв.п. - 0,9, лейкоц. - $6,5 \times 10^9/л$; э - 1%; п/я - 3%; с/я - 57%; лимф. - 31%; мои. - 8%, СОЭ - 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: количество – 50,0 мл, уд. вес- 1019, прозр. полная, сахар – нет, белок – нет, лейкоц. – 1-2-0-1 в п/зр; эпителий. Кл. - ед. в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин общий - 14,1 мкмоль/л, прямой - 2,5 мкмоль/л, АЛТ - 48,1 нм/сл.

УЗИ внутренних органов: со стороны печени, почек, поджелудочной железы без патологии, желчный пузырь увеличен в размерах, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное.

ФЭГДС: отмечается отек, тотальная гиперемия слизистой пищевода. Слизистая антрального отдела желудка резко гиперемирована, отечна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована.

HELPII-тест – резко положительный.

Реогастроимпедансометрия: кислотопродукция в теле повышена, нейтрализация в антруме декомпенсирована.

Вопросы к задаче №2:

1. Поставьте клинический диагноз по классификации.
2. Какие инструментальные методы исследования подтверждают поставленный Вами диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования можно провести для подтверждения диагноза?
4. Сколько отделов пищевода различают топографически? Перечислите их, дайте краткое описание каждого отдела пищевода.

5. Что такое угол Гиса?
6. Составьте план лечения данного больного.
7. Через какой промежуток времени можно повторно проводить эрадикацию Hр?
8. Перечислите группы ингибиторов протонной помпы (ИПП).
9. Объясните действие ИПП, выпишите рецепт.
10. Выпишите рецепт антибакт. препарата, применяемого для эрадикации Hр.

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Дисциплина Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии

Ситуационная задача №3

Вадим О., 15 лет, госпитализирован в экстренном порядке в связи с выраженными болями за грудиной, болезненностью при глотании, беспокойством.

Из анамнеза: заболел остро, симптомы заболевания появились через 15 минут после того, как мальчик выпил 70% раствор уксусной эссенции, которую мать по неосторожности оставила на столе. В связи с появлением вышеуказанных жалоб, мальчик был доставлен родителями в стационар.

Объективно: состояние средней тяжести. Мальчик беспокоен. Кожные покровы бледноватые, на щеках легкий румянец. Губы резко гиперемированы, местами имеются изъязвления. Слизистая полости рта гиперемирована. Глотание болезненно, затруднено. Выражена гиперсаливация. Над легкими пуэрильное дыхание, ЧД - 36 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца средней звучности, ритм правильный, Ps 130 уд в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочится свободно.

Вопросы к задаче № 3:

1. Поставьте диагноз.
2. Что послужило причиной развития данной патологии?
3. Нужно ли проводить ФЭГДС, в какие сроки?
4. Показано ли проведение R-графии пищевода с барием?
5. От чего зависит тяжесть данного заболевания?
6. В каких отделах пищевода возникают наиболее выраженные изменения при данном заболевании?
7. Основные принципы терапии.
8. В чем заключается профилактики стенозирования пищевода?
9. В каких случаях проводят оперативное лечение?
10. В чем заключается профилактика ожогов пищевода?

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Дисциплина Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии

Ситуационная задача №4

Мальчик С., 18 лет жалуется на боль за грудиной, в животе, плохое прохождение твердой пищи, слюнотечение, за 2 месяца похудел на 15 кг.

Из анамнеза: боли в животе, за грудиной беспокоят с 7-летнего возраста. Проходил обследование в стационаре (на ФЭГДС в возрасте 7 лет: ГЭРБ II степени, поверхностный гастродуоденит, ассоциированный с Нр.

В 12 лет диагностирован пищевод Баррета). Лечение проводилось не систематически, рекомендации врача не выполнялись.

Наследственность отягощена: у матери - гастрит, у бабушки по материнской линии – рак пищевода.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, черты лица заострены, тургор снижен. Аппетит снижен. Голос осиплый. Над легкими – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, опухоль в брюшной полости не пальпируется. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул оформлен, 1 раз в сутки. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: $E_r-3,2 \times 10^{12}/л$, H_b-83 г/л, $T_r-187 \times 10^9/л$, $L-4,2 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 47%, лимф. – 42%, эоз. – 3%, мон. – 5%, СОЭ–10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, уд. вес - 1014, белка нет, эпителий - един., L – един. в п/зр., соли мочевой кислоты.

Б/х анализ крови: общий билирубин – 18,0 мкмоль/л, прямой билирубин – 4,5 мкмоль/л, АЛТ – 55,9 нм/сл, общий белок – 63,7 г/л, альбумины – 36,9 г/л, амилаза – 60,4 Е/л, сывороточное железо – 6,3 мкмоль/л.

Копрограмма: оформлен, коричневым, яйца глист не обнаружены.

Бак посев кала на кишечную группу: отрицательный.

ФЭГДС: в слизистой оболочке пищевода определяется опухоль бледно-розового цвета с сероватым налетом, легко кровоточащая при дотрагивании, в размере до 1 см. Слизистая антрального отдела желудка и луковица двенадцатиперстной кишки гипертрофирована (рис. 1). Уреазный тест на Нр () положительный.

R-грамма пищевода с контрастным веществом: нарушение структуры рельефа слизистой оболочки пищевода, отсутствие перистальтики стенки пищевода, дефект наполнения, тень опухолевого узла, сужение в средней трети пищевода (рис. 2).



Рис. 1. Эндоскопическая картина

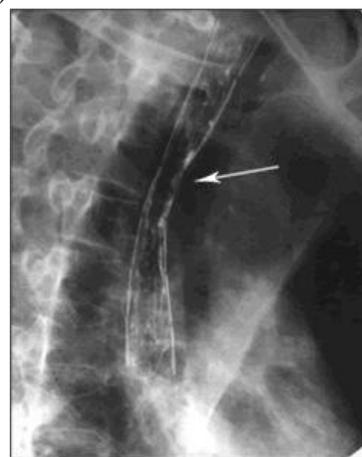


Рис. 2. Рентгенограмма пищевода с

рака пищевода

контрастом

УЗИ органов брюшной полости: Печень не увеличена, паренхима гомогенная. Желчный пузырь—64321 мм (N), толщина стенки 1 мм, содержимое однородное. Поджелудочная железа, селезенка, почки - без видимой патологии.

Вопросы к задаче № 4:

1. О каком диагнозе нужно думать?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Что такое физиологическое сужение пищевода?
4. Сколько физиологических сужений пищевода Вы знаете?
5. Составьте план обследования больного.
6. С какими заболеваниями проводят диф. диагностику данной патологии?
7. Составьте план лечения.
8. В каком случае проводят паллиативные оперативные вмешательства?
9. Показана ли лучевая терапия данному больному.
10. Прогноз данного заболевания.

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Дисциплина Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии

Ситуационная задача №5

Мальчик 14 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак, отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось.

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

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

Осмотр: рост 147 см., масса 41 кг. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя () в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Печень 1, край мягко – эластичный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, иногда типа «овечьего».

Общий анализ крови: НГ-132 г/л; Эр- $4,4 \times 10^{12}$ /л; Ц.п.-0,9; Лейк- $7,3 \times 10^9$ /л; п/я-3%, с/я-47%, л-38%, э-4%, м-8%; СОЭ - 5мм/час.

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

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

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

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

Дыхательный уреазный тест: положительный.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены Желчный пузырь грушевидной формы 65x 38 мм (норма 50x30) с перегибом в области шейки, содержит гетерогенное содержимое. Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

Вопросы к задаче №5:

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Дисциплина Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии

Ситуационная задача №6

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

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

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

Общий анализ крови: НЬ - 136 л; Ц.п. - 0,92; Эр - 4,4x10¹²/л; Лейк - 7,2x 10⁹ г/л; п/я - 3 %, с/я - 54 %, э - 3 %, л - 32 %, м - 8 %; СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 6.0: плотность - 1023; белок - нет, сахар - нет; эп.кл. - небольшое количество, лейкоциты - 1 - 2 в п/з.

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

Кал на скрытую кровь: отрицательная реакция.

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

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

Биопсийный тест на НР-инфекцию: отрицательный.

Вопросы к задаче №6:

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

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Дисциплина Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии

Ситуационная задача №7

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

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

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

Общий анализ крови: эритроц. - $3,9 \times 10^{12}/л$, Нв - 109 г/л, цв. пок. - 0,8, лейкоц. - $9,2 \times 10^9$ г/л, с/я. - 44%, п/я. - 10%, лимф. - 36%, мон. - 8%, эоз - 2%. СОЭ - 12 мм/час.

Сывороточное железо - 10 мкмоль/л.

Фиброгастродуоденоскопия: Слизистая оболочка желудка ярко гиперемирована. отечная. Чередуются участки гиперемии с эрозированной поверхностью, с участками менее яркого цвета. Двенадцатиперстная кишка - без особенностей.

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

Рентгенография придаточных пазух носа: краевое затемнение обеих гайморовых пазух.

Вопросы к задаче №7:

1. Поставить диагноз с учетом классификации.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Составьте диагностический алгоритм.
4. Оцените общий анализ крови.
5. Назначить диету. Вопросы к задаче 33
6. Современные принципы лечения данного заболевания.
7. Предложите схему лечения данному ребенку?
8. Какова должна быть тактика наблюдения за больным после выписки из стационара?

Кафедра детских болезней №1

Факультет педиатрический

Курс 4

Дисциплина Особенности заболеваний ЖКТ в педиатрии

Ситуационная задача №8

Девочка 15 лет, больна 1 год, жалобы на "голодные" боли в эпигастрии. появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ФЭГДС госпитализирована.

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

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

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

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, Ал АТ - 19 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза - 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 3 м к моль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8x0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55x21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

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

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный ().

Вопросы к задаче №8:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назовите этиопатогенетические причины возникновения данного заболевания.
4. Назовите отягощающие факторы заболевания.
5. Перечислите основные методы и способы диагностики НР-инфекции
6. Назначьте лечение данному ребенку.

7. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.
8. Оцените результаты общего анализа крови.
9. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?
10. Дайте заключение по общему анализу мочи.

БАНК ДЕЛОВЫХ ИГР

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 1 «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Формирование:

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

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

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

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

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

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

Распределение ролей:

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

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

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

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

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

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

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

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

3 этап - заключительный

- Проводится обсуждение результатов.
- Выносятся заключение экспертов, преподавателя.
- Коллегиальное выставление оценок, определение рейтинга.

Знакомство с критериями оценки участия в игре

- Перед началом игры студентам раздаются бланки с критериями оценки участников.
- Оценка направлена, прежде всего, на профессиональный (содержательный) уровень подготовки, а также позволяет учесть личностные особенности студентов.
- Ротация экспертов в процессе игры позволяет достичь максимальной объективности в оценке каждого студента.

Оценка результатов игры

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

Заключение

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

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 2

«Хронический гастродуоденит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения хронических гастродуоденитов

Формирование:

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

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

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

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

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

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

Распределение ролей:

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

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

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

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

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

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

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

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

3 этап - заключительный

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

Заключение

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

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 3

«Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

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 язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 4

«Болезнь Крона»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения болезни Крона

Формирование:

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

Выявление личностных особенностей студентов.

Воспитание:

- ответственного отношения к делу
- гуманного отношения к пациентам

1 этап - подготовительный

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

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

Распределение ролей с указанием особенностей подготовки в соответствии со сценарием.

Методические средства обеспечения самостоятельной работы студентов: электронный вариант УМК.

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

Распределение ролей:

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

Студенты, не принимающие непосредственного участия в сцене становятся экспертами.

2 этап - проведение игры

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

5 баллов – «отлично», замечаний, добавлений нет

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

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

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

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

3 этап - заключительный

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

Заключение

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

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 5

«Дисфункция билиарного тракта»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения дисфункции билиарного тракта

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 дисфункцией билиарного тракта.

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 6

«Хронический холецистит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения хронического холецистита

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 хроническим холециститом.

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 7

«Хронический гепатит»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения хронического гепатита

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 хроническим гепатитом.

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 8

«Хронический запор»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения хронического запора

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 хроническими запорами.

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 9

«Аскаридоз»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения аскаридоза

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 саскаридозом.

ДЕЛОВАЯ ИГРА № 10

«Лямблиоз»

Цель игры:

Оценка степени усвоения теоретического материала:

- знание этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения лямблиоза

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 лямблиозом.

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

Кафедра детских болезней №1

ЭТАЛОНЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

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

Для студентов 4 курса педиатрического факультета

по специальности Педиатрия 31.05.02

г. Владикавказ 2023 г

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	Код формируемых компетенций	стр. с __ по __
1	2	3	4	5
Вид контроля	Входной контроль уровня подготовки обучающихся	30	-	60-63
Вид контроля	Текущий контроль успеваемости			
1.	Болезни пищевода	44	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	64-68
2.	Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	31	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	69-71
3.	Заболевания желчевыводящей системы	22	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	71-73
4.	Заболевания печени.	25	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	73-75
5.	Заболевания поджелудочной железы	22	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10	76-77

			ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	
6.	Неспецифические заболевания кишечника.	21	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	78-80
7.	Хронические запоры	18	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	81-83
8.	Гельминтозы.	17	УК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5	83-86

ВХОДНОЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

ДИСФАГИЯ – ЭТО
жжение за грудиной
боль за грудиной
ощущение першения и царапания по ходу пищевода
срыгивание желчью
затруднение при глотании пищи или жидкости

ПРИ ВЫРАЖЕННОМ ЭЗОФАГИТЕ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
дисфагия
боль при глотании
метеоризм
изжога
усиленная саливация

ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ (АТИПИЧНЫЕ) СИМПТОМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

отоларингологические
бронхолегочные
кардиалгические
стоматологические
кишечные

АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ ПРЕПАРАТЫ

альмагель
гастроцепин
фуразолидон
амоксициллин
Де-нол
трихопол

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С *HELICOBACTER PYLORI*, ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАНИЕ ПРЕПАРАТОВ

де-нол флемоксин трихопол
алмагель де-нол трихопол
омепразол алмагель де-нол
омепразол де-нол фуразолидон флемоксин
де-нол трихопол
вентер трихопол флемоксин

БЫСТРО ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ К

де-нолу
фосфалюгелю
амоксициллину
трихополу
фуразолидону

ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ ГАСТРИТЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ

монотерапия
двойная терапия
тройная терапия
квартотерапия

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНВАЗИИ ПИЛОРИЧЕСКОГО ХЕЛИКОБАКТЕРА ИСПОЛЬЗУЮТ
уреазный тест с биоптатом слизистой оболочки желудка
уреазный дыхательный тест
серологическую диагностику
общий анализ крови
морфологическое исследование биоптата
ПЦР биоптата слизистой оболочки желудка
копрологическое исследование

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ПОДРОСТКОВ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
аппендицитом
эпидемическим паротитом
эпидемическим гепатитом
острым гастритом

УВЕЛИЧИВАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
длительное парентеральное питание
хронические заболевания легких
хронические заболевания кишечника
сахарный диабет

ПРОЦЕСС ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ У ПОДРОСТКОВ ВКЛЮЧАЕТ
застой желчи
быструю эвакуацию желчи
нарушение состава желчи
наличие ядер для кристаллизации

ЖЕЛЧНЫЕ КАМНИ ПО СОСТАВУ БЫВАЮТ
холестериновые
пигментные
геморрагические
смешанные

ДЛЯ СИНДРОМА МИРРИЦЦИ ХАРАКТЕРНО
желтуха
обесцвеченный стул
резкое усиление болей в животе
парадоксальное исчезновение болей в животе

ЖЕЛЧЕГОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА
истинные холеретики
ложные холеретики
гидрохолеретики
холекинетики

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО
КОЛИТА С ОСЛОЖНЕНИЯМИ
постоянная рвота
токсический мегаколон
развитие пиелонефрита
полипоз кишечника
гиперплазия регионарных лимфоузлов

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ
ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ
обзорная рентгенография брюшной полости
ректороманоскопия

пальцевое исследование прямой кишки
колоноскопия

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

кишечное кровотечение
перфорация толстокишечных язв
выпадение прямой кишки
инвагинация

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

эндоскопический
ультразвуковой
морфологическое исследование биоптатов
коагулограмма

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ У ПОДРОСТКОВ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

с язвенной болезнью 12-перстной кишки
с амебиазом
с дизентерией
с полипозом кишечника

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ НАПРАВЛЕНИЯМ

противовоспалительное лечение
антидиарейное лечение
слабительные препараты
антибактериальное лечение
местное лечение

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

кишечное кровотечение
перфорация толстокишечных язв
выпадение прямой кишки
инвагинация

ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ У ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

препараты 5- аминосалициловой кислоты
глюкокортикоиды
 α - интерферон

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВКЛЮЧАЕТ

α - интерферон
поливитамины
ферментные препараты
б- меркаптопурин
азатиоприн

К НЕМАТОДОЗАМ ОТНОСЯТ

ляблиоз
энтеробиоз
аскаридоз
гименолепидоз
описторхоз

ЦЕСТОДОЗЫ ВКЛЮЧАЮТ

гименолепидоз
трихинеллез
описторхоз
эхинококкоз
тениоз

К ТРЕМАТОДОЗАМ ОТНОСЯТСЯ

аскаридоз
трихоцефалез
описторхоз
фасциллез

К ГЕОГЕЛЬМИНТАМ ОТНОСЯТСЯ

аскаридоз
анкилостомидоз
энтеробиоз
эхинококкоз

К ЗООГЕЛЬМИНТАМ ОТНОСЯТСЯ

аскаридоз
эхинококкоз
тениаринхоз
анкилостомидоз

ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ ХОЗЯИНОМ БЫЧЬЕГО ЦЕПНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

человек
крупный рогатый скот

ПРОМЕЖУТОЧНЫМ ХОЗЯИНОМ СВИНОГО ЦЕПНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

человек
свинья

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Болезни пищевода

КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПИЩЕВОДА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ПОДРОСТКОВ

рак пищевода
кардиоспазм
доброкачественная опухоль
дивертикул пищевода
эзофагит

НАЛИЧИЕ ИНФЕКЦИИ *H. PYLORI* ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ОКАЗЫВАЕТ

повреждающее действие на слизистую оболочку пищевода и требует обязательного проведения антихеликобактерной терапии
протекторное действие на слизистую оболочку пищевода, проведение эрадикационной терапии не требуется
тактика лечения зависит от наличия вирулентных штаммов *H. pylori*
ингибиторы протонной помпы оказывают достаточное антихеликобактерное действие, проводить эрадикацию не обязательно

В НОРМЕ ОДНОКРАТНЫЙ КОНТАКТ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ ПИЩЕВОДА ПРИ «ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ЗАБРОСЕ» СОСТАВЛЯЕТ

до 1 мин
не более 5 мин
5–10 мин
до 15 мин

ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ДИСФАГИЯ (СИМПТОМ ЛИХТЕНШТЕРНА) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

ракового стеноза пищевода
дивертикулов пищевода
ахалазии кардии
ГЭРБ
стриктур пищевода

ПРИ ПОПАДАНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ПИЩЕВОД МОГУТ РАЗВИТЬСЯ СИМПТОМЫ

давление и боли за грудиной
страх смерти
стенокардия
мгновенная смерть
перфорация стенки пищевода

ВЫБЕРИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ НЕ ОТНОСИТСЯ К ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА

рубцовые сужения пищевода
пилороспазм
кардиоспазм
эрозивный эзофагит

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

первичное снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере
первичное повышение давления в нижнем пищеводном сфинктере
повреждающее действие рефлюктата на слизистую оболочку пищевода
снижение пищеводного клиренса
снижение резистентности слизистой оболочки пищевода

ОДИНОФАГИЯ – ЭТО

икота

повышенное слюноотделение
ощущение «кома» за грудиной
боль при глотании и/или прохождении пищи по пищеводу
ощущение сухости во рту

ДИСФАГИЯ – ЭТО
жжение за грудиной
боль за грудиной
ощущение першения и царапания по ходу пищевода
срыгивание желчью
затруднение при глотании пищи или жидкости

ОЩУЩЕНИЕ «КОМА» В ГОРЛЕ ЧАЩЕ ВСЕГО У ПОДРОСТКОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
гипертонической дискинезии пищевода
ахалазии кардии
рефлюкс-эзофагита
дивертикулов пищевода
стеноза пищевода

ПРИ ВЫРАЖЕННОМ ЭЗОФАГИТЕ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
дисфагия
боль при глотании
метеоризм
изжога
усиленная саливация

ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ (АТИПИЧНЫЕ) СИМПТОМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ
отоларингологические
бронхолегочные
кардиалгические
стоматологические
кишечные

РЕСПИРАТОРНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ
ларингоспазм
коклюш
ночные приступы бронхиальной астмы
плеврит
бронхоспазм

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЭЗОФАГИТА ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД
рентгенологический
ультразвуковой
эндоскопический

ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ
кровотечение
пептические стриктуры
язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
появление желтухи

ПРИЗНАКИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА
язвы пищевода
линия цилиндрического эпителия в нижней части пищевода
врожденный короткий пищевод
отсутствие перистальтики пищевода

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА

воспалительные процессы в стенке пищевода
воспалительные процессы в стенке кишечника
инфекционные заболевания
специфические заболевания
эзофагиты и травмы

ПРОЦЕСС РУБЦЕВАНИЯ ДО КОНЕЧНОЙ СТАДИИ ОБРАЗОВАНИЯ РУБЦОВОЙ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА ЗАНИМАЕТ В СРЕДНЕМ

от 7 до 10 дней
от 2 до 3 недель
от 1 до 1,5 месяцев
до 2-3 лет

РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ

в области аортального сужения пищевода
в области устья пищевода
в наддиафрагмальном отделе пищевода
позади перстневидного хряща пищевода
на уровнях нормальных физиологических сужениях

ЧАЩЕ И НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЕ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА РАЗВИВАЮТСЯ В ОБЛАСТИ

верхней трети пищевода
нижней трети пищевода
устье пищевода
аортальном отделе
средней трети пищевода

СИМПТОМЫ РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА У ПОДРОСТКОВ

дисфагия
срыгивание, отрыжка, рвота
регургитация, исхудание
обильное отделение слюны, запрокидывание головы
развитие стеноза на первой неделе заболевания

ОСЛОЖНЕНИЯ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ У ПОДРОСТКОВ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА

перфорация
пенетрация
медиастинит
эмпиема плевры, пищеводно-трахеальный свищ
алиментарное истощение

ДИАГНОЗ РУБЦОВОГО СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

анамнестических данных
эзофагоскопии
обзорной рентгенографии
рентгеноконтрастного исследования
течения заболевания и бужирования пищевода

ПИЩЕВОД ВЫСТЛАН

многослойным плоским эпителием
мерцательным эпителием
цилиндрическим эпителием желудка
цилиндрическим эпителием кишечника

ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

язва пищевода

цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части пищевода

врожденный короткий пищевод

отсутствие перистальтики пищевода

ЛЕЧЕНИЕ ЭЗОФАГИТА МОЖЕТ БЫТЬ

консервативным

оперативным

консервативным и оперативным (по показаниям)

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ИСПОЛЬЗУЮТ

ферментные препараты

горечи

прокинетики

антациды

ингибиторы протонной помпы

гормоны

КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ОТНОСИТСЯ К ПРОКИНЕТИКАМ

мотилиум

нексиум

метоклопромид

кординакс

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ИНГИБИТОРАМ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ

омепразол

неосмектин

ультоп

эзомепразол

рэлцер

рабепразол

ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ЭЗОФАГИТА У ПОДРОСТКОВ

вирусные инфекции

грибковое поражение

пищевая аллергия

термический ожог

овощная диета

ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЭЗОФАГИТА У ПОДРОСТКОВ

ожог щелочами

отравление ртутью

грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

механическая травма пищевода инородным телом

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

факторы питания (алкоголь, газированные напитки, жиры)

ожирение

стресс

прием НПВП, блокаторов β -адренорецепторов, антагонистов кальция

прием ИПП

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЭЗОФАГИТА У ПОДРОСТКОВ

инфекционные заболевания

желудочно-пищеводный рефлюкс

физические и химические воздействия
пищевая аллергия

ДЛЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ ХАРАКТЕРНО

лейкоцитоз
эозинофилия
палочкоядерный сдвиг
ускорение СОЭ

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ ВКЛЮЧАЕТ

сорбенты
гормоны
противогельминтные препараты
ферментные препараты
антибиотики

К ПРОТИВОГЕЛЬМИНТНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

флемоксин
декарис
албендазол
алмагель
пирантел

ЧЕЛОВЕК ЯВЛЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПРОМЕЖУТОЧНЫМ ХОЗЯИНОМ ДЛЯ

свиного цепня
эхинококка
малярийного плазмодия
токсоплазмы
острицы

В ФЕКАЛИЯХ БОЛЬНОГО МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ ЯЙЦА

широкого лентеца
альвеолококка
легочного сосальщика
трихинеллы спиральной
печеночного сосальщика

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ

ночные
поздние
ночные и поздние
ранние
ранние и поздние
зависят от локализации гастрита

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ

ранние
поздние
ночные
ранние и поздние
ранние и ночные
поздние и ночные

ГАСТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С HELICOBACTER PYLORI, ОТНОСИТСЯ К

аутоиммунному (тип А)
бактериально-обусловленному (тип В)
смешанному (тип А и В)
химико-токсически индуцированному (тип С)
лимфоцитарному

АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ ПРЕПАРАТЫ

альмагель
гастроцепин
фуразолидон
амоксициллин
Де-нол
трихопол

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С HELICOBACTER PYLORI, ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАНИЕ ПРЕПАРАТОВ

де-нол флемоксин трихопол
алмагель де-нол трихопол
омепразол алмагель де-нол
омепразол де-нол фуразолидон флемоксин
де-нол трихопол
вентер трихопол флемоксин

БЫСТРО ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ К

де-нолу
фосфалюгелю
амоксициллину
трихополу
фуразолидону

ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ ГАСТРИТЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ

монотерапия
двойная терапия
тройная терапия
квадротерапия

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНВАЗИИ ПИЛОРИЧЕСКОГО ХЕЛИКОБАКТЕРА ИСПОЛЬЗУЮТ

уреазный тест с биоптатом слизистой оболочки желудка
уреазный дыхательный тест
серологическую диагностику
общий анализ крови
морфологическое исследование биоптата
ПЦР биоптата слизистой оболочки желудка
копрологическое исследование

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДКА И 12-п. КИШКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

обзорный снимок брюшной полости
ретроградную панкреатохолангиографию
ирригографию
эзофагогастродуоденоскопию
колоноскопию

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОДРОСТКА С ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ МЕРОПРИЯТИЯ

обследование ближайших родственников на инвазию НР
лечение родственников, обсемененных Нр
изоляция ребенка
санитарно-эпидемиологические мероприятия в семье

ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ В ЖИВОТЕ

ранние
поздние
ночные
ранние и поздние
ранние и ночные
поздние и ночные

ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО

кислотообразование нормальное, защитные свойства слизистой оболочки снижены
кислотообразование повышено, секретообразование снижено
кислотообразование снижено, секретообразование повышено
кислотообразование повышено, секретообразование повышено

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

алая кровь в стуле
слабость
опоясывающие боли в животе
кинжальные боли в животе
дегтеобразный стул
рвота «кофейной гущей»

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И/ИЛИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПОДРОСТКОВ

кинжальные боли в подложечной области
рвота, не приносящая облегчения
опоясывающие боли
доскообразное напряжение мышц передней стенки живота
жидкий стул

СТЕНОЗИРОВАНИЕ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА И/ИЛИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

отрыжкой
рвотой, приносящей облегчение
выраженным метеоризмом
похуданием
жидким стулом
тошнотой
ощущением давления и полноты в подложечной области сразу же после еды

БОЛЕВОЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

постоянным характером
мойнигановским ритмом
беспорядочным появлением боли

ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, ПРИМЕНЯЕТСЯ ДИЕТА

стол № 1а
стол №4
стол № 5
стол № 8
Мейленграхта

ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПОДРОСТКОВ

синдром мальабсорбции
кровотечение
ахалазия пищевода
пенетрация
перфорация

ВЕДУЩИМИ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

семейная предрасположенность
инвазия пилорическим хеликобактером
нарушение режима питания
высокое кислото- и ферментообразование
частые ОРВИ
частое использование антибиотикотерапии
низкая резистентность слизистой оболочки 12-перстной кишки

Заболевания желчевыводящей системы

ДЛЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНО

внезапное начало
постепенное начало
чаще днем
чаще ночью
боли в правой половине живота
боли в левой половине живота

БОЛЬ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

уменьшается на правом боку
усиливается на правом боку
иррадирует в спину, правое плечо, лопатку
иррадиации не имеет

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ПОДРОСТКОВ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С аппендицитом

эпидемическим паротитом
эпидемическим гепатитом
острым гастритом

УВЕЛИЧИВАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

длительное парентеральное питание
хронические заболевания легких
хронические заболевания кишечника
сахарный диабет

ПРОЦЕСС ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ У ПОДРОСТКОВ ВКЛЮЧАЕТ

застой желчи
быструю эвакуацию желчи
нарушение состава желчи
наличие ядер для кристаллизации

ЖЕЛЧНЫЕ КАМНИ ПО СОСТАВУ БЫВАЮТ

холестериновые
пигментные
геморрагические
смешанные

ДЛЯ СИНДРОМА МИРРИЦЦИ ХАРАКТЕРНО

желтуха
обесцвеченный стул
резкое усиление болей в животе
парадоксальное исчезновение болей в животе

ЖЕЛЧЕГОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА

истинные холеретики
ложные холеретики
гидрохолеретики
холекинетики

ГИДРОХОЛЕРЕТИКИ ВКЛЮЧАЮТ

холосас
салицилат натрия
фламин
сульфат магния

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПОДРОСТКОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ

слабой минерализации
средней минерализации
сильной минерализации

ПОД ДИСХОЛИЕЙ ПОДРАЗУМЕВАЮТ

изменение состава желчи
изменение цвета желчи
изменение количества желчи

В ЖЕЛЧИ РАЗЛИЧАЮТ ЦИЛИНДРИЧЕСКИЙ ЭПИТЕЛИЙ

мелкий эпителий внутрипеченочных ходов
широкий эпителий желчного пузыря
широкий эпителий внутрипеченочных ходов
удлиненный эпителий общего желчного протока

УВЕЛИЧИВАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

хронические гемолитические анемии
ожирение
активный образ жизни
малоподвижный образ жизни

ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
характерны атопические дерматиты аллергического генеза
характерны атопические дерматиты неаллергического генеза
нехарактерны атопические дерматиты

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА
диффузное утолщение стенок желчного пузыря
слоистость стенок желчного пузыря
гомогенное содержимое желчного пузыря
негомогенное содержимое желчного пузыря

АНОМАЛИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОХРАНЯЮТСЯ
после дачи желчегонного завтрака и опорожнения желчного пузыря
при изменении положения больного
при изменении температуры больного

ХОЛЕКИНЕТИКИ ВКЛЮЧАЮТ
холагол
аллахол
кукурузные рыльца
холецистокинин
питуитрин Р

КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ ПРИ ДИСФУНКЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА
уменьшают
увеличивают

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПОДРОСТКОВ НАЗНАЧАЮТ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ
гипотермальной температуры
термальной температуры
гипертермальной температуры

ПОДРОСТКАМ С ХОЛЕЦИСТИТОМ ПОКАЗАНЫ КУОРТОРЫ
Трускавец
Крым
Ессентуки
Аната
Железноводск
Старая Русса

Заболевания печени

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ
сочетание нескольких повреждающих гепатотропных факторов
стеатоз печени
индивидуальная непереносимость лекарств
ферментные аномалии

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ
тяжелое
удовлетворительное

средней тяжести
крайне тяжелое

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕПАТИТЕ

острая приступообразная боль в животе
острая боль в правом подреберье
тупые боли
усиливается после еды
болевого синдрома не выражен

ТЕЧЕНИЕ ПОРТАЛЬНОГО ЦИРРОЗА

чаще с обострениями
волнообразно прогрессирующее
латентное

ТЕЧЕНИЕ БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА

прогрессирующее
с непрерывными рецидивами
волнообразно прогрессирующее

ХАРАКТЕРНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

инфильтрация портальных трактов, дегенерация гепатоцитов
массивный некроз печени
ступенчатые некрозы, разрастание соединительной ткани
диффузный фиброзный процесс с перестройкой архитектоники ткани и сосудистой системы,
узелковая трансформация печени

БИОХИМИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ АКТИВНОСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

увеличение уровня щелочной фосфатазы, липопротеидов, глутаминтранс-пептидазы
повышение уровня конъюгированного билирубина, гиперглобулинемия. повышение показателей
тимоловой пробы
гиперпротеинемия
метаболический ацидоз

ИССЛЕДОВАНИЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ВЫЯВЛЯЕТ

постоянную диспротеинемию
повышение сывороточной холинэстеразы
нормальное содержание билирубина
отрицательную бромсульфалеиновую пробу

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

большая печень
увеличение печени умеренное, асцит
спленомегалия часто
спленомегалия редко
кровоточивость

БИОХИМИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ ПРИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОМ ЦИРРОЗЕ

высокая активность трансаминаз
увеличение содержания непрямого билирубина
снижение фибринолитической активности сыворотки крови
изменений почечных проб нет
снижение протромбинового индекса и сулемового теста

ПРИЗНАКИ БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

гепатомегалия, желтушность, пигментация кожи
спленомегалия

остеопороз позвонков, диспептический синдром
лейкопения, эритроцитоз

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

снижение активности щелочной фосфатазы
высокий уровень холестерина
положительная тимоловая проба
высокая щелочная фосфатаза
высокая активность трансаминаз
гиперпротеинемия

УРОВЕНЬ АМИНОТРАНСФЕРАЗ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ЦИРРОЗА

резко повышен
нормальный или незначительно повышен
нормальный или резко повышен

ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

степень гепатомегалии
активная стадия цирроза печени
желудочно-кишечные кровотечения
развитие асцита

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

стойкая желтуха
гепатомегалия
развитие признаков портальной гипертензии
функциональная недостаточность печени

ПРИЗНАКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

гепатомегалия
желтуха
геморрагический синдром
отечный синдром

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОБУСЛОВЛЕН

синдромом гиперспленизма
снижением белково-синтетической функции печени
портальной гипертензией
тромбоцитопатией

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕПАТИТЕ

острая приступообразная боль в животе
острая боль в правом подреберье
тупые боли
усиливается после еды
болевого синдрома не выражен

ЛЕЧЕНИЕ ПОРТАЛЬНОГО КРИЗА

резерпин, осмодиуретики
маннитол
гемотерапия
анаболические стероиды
большие дозы витамина С

СРЕДСТВА ВЫБОРА ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ

витамины группы В
карболен, иммунодепрессанты

тиреоидин, ретинол
люминал
гипотензивные препараты

Заболевания поджелудочной железы

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

бактериальные инфекции
вирусные инфекции
закрытая травма живота
лекарственные препараты, в т. ч. глюкокортикоиды
пороки развития Фатерова сосочка

В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕОБЛАДАЕТ

острая почечная недостаточность
острый живот
острая сердечная недостаточность
гиповолемия
высокая температурная реакция
острая дыхательная недостаточность

В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕНТРАЛЬНОЕ МЕСТО ЗАНИМАЕТ

активизация энзимов поджелудочной железы, аутолиз
поражение капилляров брыжейки
поражение капилляров желудочно-кишечного тракта
токсическое воздействие метаболитов лецитина желчи

В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПАНКРЕАТИТА НАБЛЮДАЕТСЯ

повышение калликреиногена в сыворотке крови
гиперлипидемия, гиперамилаземия
понижение активности амилазы
препятствие для выхода энзимов в 12-п кишку
гипергликемия

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДЯТ С

экссудативным плевритом
острым аппендицитом
тромбозом мезентериальных сосудов
онкологическими заболеваниями брюшной полости

ДЛЯ ДИФ. ДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА И ДИСПАНКРЕАТИЗМА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ

ферментов поджелудочной железы в крови
уроамилазы
ультразвуковое
ретроградную холепанкреатографию

ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ДАННЫЕ

о клеточном составе периферической крови
о сахаре крови
об уровне амилазы и липазы в сыворотке крови
о кислотно - основном состоянии

СИМПТОМЫ, СПЕЦИФИЧНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

высокая температура
боли в левом подреберье и/или опоясывающие
рвота

пятнисто-паплезная сыпь
коллаптоидное состояние

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

анамнез, жалобы непосредственное исследование больного
определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови
рентгенорадиологический
ультразвуковой

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

диспротеинемия
гиперамилаземия
гиперлипаземия
снижение уровня стандартных бикарбонатов

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

анамнез, жалобы непосредственное исследование больного
определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови
рентгенорадиологический
ультразвуковой

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ ВЫЯВЛЯЕТ

резкий лейкоцитоз
гиперпротеинемию
снижение протромбинового времени, фибринолиз
тромбоцитоз
диастазурию

ПРИЗНАКИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ

гиперамилаземия
похудание
полифекалия
болевого абдоминальный синдром

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ПОДРОСТКОВ

диффузное увеличение размеров поджелудочной железы
неровный прерывистый контур поджелудочной железы
повышенная эхогенность тканей
сниженная эхогенность тканей

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ПОДРОСТКОВ

локальное увеличение поджелудочной железы
диффузное увеличение поджелудочной железы
повышение эхогенности ткани поджелудочной железы
снижение эхогенности ткани

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

H₂ - блокаторы
антихолинергические
сульфаниламиды

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

некроз поджелудочной железы
анурия
диабетическая кома
ретроперитонеальный синдром
гнойный панкреатит

Неспецифические заболевания кишечника

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

перенесенные кишечные инфекции
пищевая аллергия
аутоиммунные реакции
хронический гастродуоденит

ОСНОВНОЙ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ПОДРОСТКОВ

дивертикулит толстого кишечника
некроз толстого кишечника
деструктивно-язвенный процесс
кровоточивость грануляций

ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ КОЖИ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

узловатая эритема
петехиальная сыпь
бледность
повышенная чувствительность к холоду

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

гемоколит
диарея
полифекалия
рвота

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ОСЛОЖНЕНИЯМИ

постоянная рвота
токсический мегаколон
развитие пиелонефрита
полипоз кишечника
гиперплазия регионарных лимфоузлов

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

обзорная рентгенография брюшной полости
ректороманоскопия
пальцевое исследование прямой кишки
колоноскопия

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

кишечное кровотечение
перфорация толстокишечных язв
выпадение прямой кишки
инвагинация

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

эндоскопический
ультразвуковой
морфологическое исследование биоптатов
коагулограмма

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ У ПОДРОСТКОВ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- с язвенной болезнью 12-перстной кишки
- с амебиазом
- с дизентерией
- с полипозом кишечника

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ НАПРАВЛЕНИЯМ

- противовоспалительное лечение
- антидиарейное лечение
- слабительные препараты
- антибактериальное лечение
- местное лечение

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

- кишечное кровотечение
- перфорация толстокишечных язв
- выпадение прямой кишки
- инвагинация

ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ У ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

- препараты 5- аминосалициловой кислоты
- глюкокортикоиды
- α - интерферон

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВКЛЮЧАЕТ

- α - интерферон
- поливитамины
- ферментные препараты
- б- меркаптопурин
- азатиоприн

АНТИДИАРЕЙНЫЕ СРЕДСТВА ВКЛЮЧАЮТ

- лоперамид
- кора крушины
- лист сенны
- гранатовые корки

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ НАЗНАЧЕНА ПРИ

- тяжелых формах неспецифического язвенного колита
- легких формах неспецифического язвенного колита
- при присоединении бактериального процесса
- для профилактики присоединения вторичной инфекции

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 6% раствор перекиси водорода
- отвар крапивы
- раствор йода
- облепиховое масло

Хронические запоры

НАЧАЛОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ СЧИТАЕТСЯ

- место впадения тонкой кишки в толстую в правой подвздошной области
- место впадения тонкой кишки в толстую в левой подвздошной области
- место впадения аппендикулярного отростка в правой подвздошной области
- место перехода восходящего отдела толстой кишки в поперечно ободочную

СТЕНКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБРАЗОВАНА

- слизистой оболочкой
- подслизистой основой
- мышечной оболочкой
- межмышечной основой
- серозной оболочкой

ОСОБЕННОСТИ РЕЛЬЕФА ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- большое количество полулунных складок
- присутствие в области лент складок
- отсутствие в области лент складок
- отсутствие на внутренней поверхности ворсинок

СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИИ ВСАСЫВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПО СРАВНЕНИЮ С ТОНКОЙ ОБУСЛОВЛЕНО

- снижением количества призматических клеток эпителия
- повышением количества призматических клеток эпителия
- отсутствием ворсинок на апикальной поверхности
- толстым слоем каемчатого апикального эпителия

ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ КОЛОНОПРОТЕКЦИИ

- слой слизи
- неперемешивающийся слой воды
- гликокаликс

ЭФФЕКТЫ ПРОПИОНОВОЙ КИСЛОТЫ (ПРОПИОНАТ), СИНТЕЗИРУЕМОЙ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРОЙ

- энергообеспечение эпителия
- антибактериальное действие
- поддержание ионного обмена
- блокировка адгезии патогенов к эпителию

ДЛЯ ДИСБАКТЕРИОЗА С ГНИЛОСТНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ ХАРАКТЕРНО

- кислая рН кала
- щелочная рН кала
- жирные кислоты
- резкий гнилостный запах
- иодофильная флора

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ У ПОДРОСТКОВ - ЭТО СТОЯНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ДЕФЕКАЦИЕЙ

- реже 1 раза в день
- реже 1 раза в 2 дня
- реже 1 раза в 3 дня
- реже 1 раза в 4 дня

ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ПОДРОСТКОВ

- дефицит пищевых волокон в пищевом рационе
- большое количество пищевых волокон в пищевом рационе

стрессы
нарушение биоритмов
ксенобиотики

ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ПОДРОСТКОВ

острая каловая интоксикация
хроническая каловая интоксикация
дисбактериоз кишечника
образование каловых камней
трещины прямой кишки

МЫШЕЧНАЯ ОБОЛОЧКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРЕДСТАВЛЕНА

одним слоем гладких мышц
двумя слоями гладких мышц
циркулярным слоем
продольным слоем

ИННЕРВАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

экстрамуральным механизмом
интрамуральным механизмом
иннервация в толстой кишке отсутствует

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

верхней брыжеечной артерией
нижней брыжеечной артерией
аортой

ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ КОЛОНОПРОТЕКЦИИ

слой слизи
неперемешивающийся слой воды
гликокаликс

ВОДА ТРАНСПОРТИРУЕТСЯ ИЗ ПРОСВЕТА ТОЛСТОЙ КИШКИ

трансцеллюлярным путем
парацеллюлярным путем
нецеллюлярным путем

ДЛЯ ДИСБАКТЕРИОЗА С БРОДИЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ ХАРАКТЕРНО

кислая рН кала
щелочная рН кала
жирные кислоты
гнилостный запах
иодофильная флора

ЭФФЕКТЫ МАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ (БУТИРАТ), СИНТЕЗИРУЕМОЙ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРОЙ

энергообеспечение эпителия
антибактериальное действие
поддержание ионного обмена
блокировка адгезии патогенов к эпителию

ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ПОДРОСТКОВ

нерациональное питание
употребление в пищу большого количества клетчатки
гипотиреоз
долихосигма

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ У ПОДРОСТКОВ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА
кологенные
проктогенные
тонкокишечные

ПРОБИОТИКИ ВКЛЮЧАЮТ

линекс
бифиформ
хилак-форте
дюфалак
лактобактерин

Гельминтозы

К НЕМАТОДОЗАМ ОТНОСЯТ

ляблиоз
энтеробиоз
аскаридоз
гименолепидоз
описторхоз

ЦЕСТОДОЗЫ ВКЛЮЧАЮТ

гименолепидоз
трихинеллез
описторхоз
эхинококкоз
тениоз

К ТРЕМАТОДОЗАМ ОТНОСЯТСЯ

аскаридоз
трихоцефалез
описторхоз
фасциллез

К ГЕОГЕЛЬМИНТАМ ОТНОСЯТСЯ

аскаридоз
анкилостомидоз
энтеробиоз
эхинококкоз

К ЗООГЕЛЬМИНТАМ ОТНОСЯТСЯ

аскаридоз
эхинококкоз
тениаринхоз
анкилостомидоз

ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ ХОЗЯИНОМ БЫЧЬЕГО ЦЕПНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

человек
крупный рогатый скот

ПРОМЕЖУТОЧНЫМ ХОЗЯИНОМ СВИНОГО ЦЕПНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

человек
свинья

ЦИКЛ РАЗВИТИЯ АСКАРИДЫ ДЛИТСЯ

2-3 недели
1 месяц

11-12 недель
более года

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ОСТРИЦЫ

1 год
1 мес
6 мес

ТРИХИНЕЛЛЕЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ В ПИЩУ

куриных яиц
мяса птицы
свинины
мяса кабана

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АСКАРИДОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

поносом
рвотой
болями около пупка
головными болями
болями в суставах

ДЛЯ ТРИХИНЕЛЛЕЗА ХАРАКТЕРНО

резкое похудание
отечность век
боли в мышцах
ожирение

ПАРАЗИТИРОВАНИЕ ЛИЧИНОК СВИНОГО ЦЕПНЯ И ЭХИНОКОККА НЕВОЗМОЖНО

в головном мозге
в мышцах
в костях
в печени
в легких
в кишке
в подкожной клетчатке
в глазу

ДЛЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ ХАРАКТЕРНО

лейкоцитоз
эозинофилия
палочкоядерный сдвиг
ускорение СОЭ

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ ВКЛЮЧАЕТ

сорбенты
гормоны
противогельминтные препараты
ферментные препараты
антибиотики

К ПРОТИВОГЕЛЬМИНТНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

флемоксин
декарис
албендазол
алмагель
пирантел

ЧЕЛОВЕК ЯВЛЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПРОМЕЖУТОЧНЫМ ХОЗЯИНОМ ДЛЯ

свиного цепня

эхинококка

малярийного плазмодия

токсоплазмы

острицы

В ФЕКАЛИЯХ БОЛЬНОГО МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ ЯЙЦА

широкого лентеца

альвеолококка

легочного сосальщика

трихинеллы спиральной

печеночного сосальщика

МИГРАЦИЯ ПО КРОВЕНОСНЫМ СОСУДАМ ЧЕЛОВЕКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЛИЧИНОК

власоглава

трихинеллы спиральной

острицы

аскариды

ГЕЛЬМИНТОЗЫ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ЧЕЛОВЕКУ С РЫБОЙ

дифиллоботриоз

описторхоз

тениидоз

ГЕЛЬМИНТОЗЫ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ЧЕЛОВЕКУ С МЯСОМ СВИНЕЙ

тениидоз (финноз)

трихинеллез

эхинококкоз

дифиллоботриоз

описторхоз

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТЕНИОЗА И ТЕНИАРИНХОЗА ОСНОВАНА НА
МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОТЛИЧИЯХ

зрелых члеников

личинок

яиц

цист

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ХОЗЯИН СОСАЛЬЩИКОВ

рыбы

грызуны

брюхоногие моллюски

насекомые

человек

НЕМАТОДОЗЫ ВКЛЮЧАЮТ

ляблиоз

энтеробиоз

аскаридоз

гименолепидоз

описторхоз

ЦЕСТОДОЗЫ ВКЛЮЧАЮТ

гименолепидоз

трихинеллез

описторхоз

эхинококкоз
тениоз

ТРЕМАТОДОЗЫ ВКЛЮЧАЮТ

аскаридоз
трихоцефалез
описторхоз
фасциллез

ГЕОГЕЛЬМИНТЫ ВКЛЮЧАЮТ

аскаридоз
анкилостомидоз
энтеробиоз
эхинококкоз

ЗООГЕЛЬМИНТЫ ВКЛЮЧАЮТ

аскаридоз
эхинококкоз
тениаринхоз
анкилостомидоз