

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

Кафедра детских болезней №3



«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по НИР, к.м.н., доцент
А.Е. Гурина
2017 г.

Гематология, нефрология

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по специальности Педиатрия 14.01.08

Всего учебных часов – 180; зачетных единиц - 5

Всего аудиторных занятий, час. – 128

Из них:

Лекции, час. – 50

Практические (семинарские) занятия, час. – 78

Всего часов на самостоятельную работу аспиранта – 52

г. Владикавказ 2017 год

При разработке рабочей программы учебной дисциплины Педиатрия

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования при реализации программ подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по направлению подготовки кадров высшей квалификации 31.06.01 «Клиническая медицина», утвержденный Министерством образования и науки РФ от 3 сентября 2014 г. N 1200.
- 2) Учебный план по специальности 14.01.08 Педиатрия, утвержденный ученым Советом ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации 14 апреля 2017 г., протокол № 3

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) одобрена на заседании кафедры
Детских болезней № 3 от «5» мая 2017г. Протокол №5

Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор



Касохов Т.Б.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) утверждена научным координационным советом
от «15» июня 2017г. Протокол №4

Разработчики:

Зав. кафедрой детских

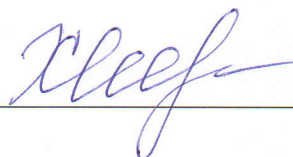
болезней № 3, д.м.н., профессор



Т.Б. Касохов

Завуч кафедры детских

болезней № 3, к.м.н.

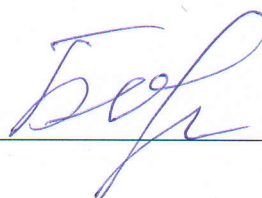


С.В. Туриева

Рецензенты:

д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских

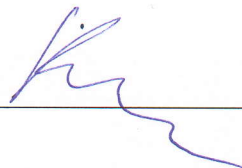
болезней №1



Т.Т. Бораева

д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских

болезней №2



З.Д. Калоева

2. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Цель и задачи освоения дисциплины (модуля)

Основной целью подготовки по дисциплине является изучение аспирантами современного состояния научных исследований в области нефрологии, гематологии, а также подготовка аспирантов к экзамену кандидатского минимума по специальности.

При этом задачами дисциплины являются:

- развитие навыка клинического мышления по диагностике заболеваний органов кроветворения, оценке особенностей их течения;
- использование в своей работе основных достижений доказательной медицины при проведении индивидуальных лечебных и профилактических мероприятий;
- дальнейшее совершенствование методов диагностики и лечения гематологических, нефрологических больных.
- формирование навыков изучения научной литературы и официальных статистических обзоров;
- формирование навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов;
- формирование у аспиранта навыков общения с коллективом.

2.2. Место учебной дисциплины (модуля) в структуре ОПОПВО академии

Дисциплина по выбору болезни органов кроветворения и мочевого выделения относится к вариативной части основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по направлению подготовки кадров высшей квалификации 31.06.01 Клиническая медицина по специальности 14.01.08 Педиатрия

2.2.1. Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу аспирантуры:

- Научно-исследовательская деятельность в области охраны здоровья граждан, направленная на сохранение здоровья, улучшение качества и продолжительности жизни человека путем проведения прикладных исследований в биологии и медицине;
- Преподавательская деятельность по образовательным программам высшего образования.

Программа аспирантуры направлена на освоение всех видов профессиональной деятельности, к которым готовится выпускник.

2.2.2. Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

п/ №	Номер/ индекс компетен ции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочны е средства ¹
1	2	3	4	5	6	7
	УК - 1	Способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях	1) фундаментальные аспекты развития и регуляторные механизмы функционирования внутренних органов; 2) основы фармакотерапии и в клинике внутренних болезней, фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств, осложнения, вызванные применением лекарств, методы их коррекции; 3) эпидемиологию и номенклатуру внутренних болезней;	Грамотно и самостоятельно анализировать и оценивать социальную ситуацию в России и за ее пределами и осуществлять свою деятельность с учетом результатов этого анализа.	- Навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления; - иностранным языком в объеме необходимо для возможности и коммуникации и получения информации из зарубежных источников.	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.
	УК - 3	Готовность участвовать в работе российских и международных исследовательских коллективов по решению научных и научно-	1) диагностику заболеваний внутренних органов; 2) фундаментальные аспекты развития и	Применять современные теоретические и экспериментальные методы исследования с целью	- Навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления,	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирова

		образовательных задач	регуляторные механизмы функционирования внутренних органов;	создания новых перспективных средств, в организации работы по практическому использованию и внедрению результатов исследований	- Навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, - иностранным языком в объеме необходимом для возможности и коммуникации и получения информации из зарубежных источников.	ние письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.
	УК - 4	Готовность использовать современные методы технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках	1) фундаментальные аспекты развития и регуляторные механизмы функционирования внутренних органов; 2) диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов, неинвазивные и инвазивные диагностические технологии;	Применять современные теоретические и экспериментальные методы исследования с целью создания новых перспективных средств, в организации работы по практическому использованию и внедрению результатов исследований.	Навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, - Навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, - иностранным языком в объеме необходимом для возможности и коммуникации и получения информации из	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.

					зарубежных источников	
	УК - 5	Способность следовать этическим нормам в профессиональной деятельности	1) Основы медицинской и врачебной этики и деонтологии при работе как с пациентами, так и с медицинским персоналом и коллегами по работе; 2) диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов, неинвазивные и инвазивные диагностические технологии; 3) этиологию, патогенез, факторы риска, генетику заболеваний внутренних органов;	-Использовать медицинскую учебную, нормативную, справочную и научную литературу для решения профессиональных задач; -Применять нормы медицинской и врачебной этики и деонтологии при работе как с пациентами, так и с медицинским персоналом и коллегами по работе;	-Методикой самостоятельной аналитической работы с различными источниками и информации с анализом результатов собственной деятельности и для предотвращения профессиональных ошибок; -Основами медицинской и врачебной этики и деонтологии.	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.
	ОПК - 3	Способность и готовность к анализу, обобщению и публичному представлению результатов выполненных научных исследований	1) диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов, неинвазивные и инвазивные диагностические технологии; 2) клинические проявления заболеваний внутренних органов;	-использовать медицинскую учебную, нормативную, справочную и научную литературу для решения профессиональных задач; интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований;	знаниями новых, современных тенденций в развитии здравоохранения и терапии в частности; методами общеклинического обследования терапевтического больного; интерпретацией	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.

					результатов лабораторных и инструментальных методов исследования);	
	ОПК - 4	Готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан	1) возрастные, половые особенности внутренних болезней; 2) методы первичной и вторичной профилактики, раннего и своевременного выявления заболеваний, диспансерного наблюдения за контингентами больных; 3) методы медицинской реабилитации больных с заболеваниями внутренних органов;	-оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для коррекции выявленного состояния, определить показания для госпитализации; - устанавливать диагноз, проводить лечение и реабилитацию больных с заболеваниями внутренних органов	современными методами диагностики в рамках изучаемой проблемы; - методами общеклинического обследования терапевтического больного; методами общеклинического обследования терапевтического больного.	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.
	ОПК - 6	Готовность к преподавательской деятельности по образовательным программам высшего образования	1) фундаментальные аспекты развития и регуляторные механизмы функционирования внутренних органов; 2) основы фармакотерапии, фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств, осложнения,	- использовать медицинскую учебную, нормативную, справочную и научную литературу для решения профессиональных задач; - анализировать социально-значимые проблемы и процессы в медицине.	- знаниями новых, современных тенденций в развитии здравоохранения и терапии в частности; - методикой самостоятельной аналитической работы с различными источниками информации с анализом	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.

			вызванные применением лекарств, методы их коррекции; 3) стратификацию риска осложнений внутренних болезней при различных патологических состояниях;		результатов собственной деятельности и для предотвращения профессиональных ошибок.	
	(ПК-3)	Способность и готовность применять алгоритм постановки диагноза, назначения лечения и определения эффективности проведенных терапевтических мероприятий у детей и подростков	диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов, неинвазивные и инвазивные диагностические технологии; - фундаментальные аспекты развития и регуляторные механизмы функционирования внутренних органов; - основы фармакотерапии и в клинике, фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств, осложнения, вызванные применением лекарств, методы их коррекции; - эпидемиологию	- устанавливать диагноз, проводить лечение и реабилитацию больных с заболеваниями внутренних органов; - использовать медицинскую учебную, нормативную, справочную и научную литературу для решения профессиональных задач	знаниями новых, современных тенденций в развитии здравоохранения и терапии в частности; методами общеклинического обследования терапевтического больного; интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных исследований);	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. Модульная работа ГИА.

			и номенклатуру внутренних болезней;			
	ПК - 4	Способность и готовность к анализу вскармливания и питания здоровых и больных детей, определению особенностей обмена веществ для совершенствования программ профилактики, лечения и реабилитации детей и подростков	Современные методы терапии основных соматических и инфекционных заболеваний и патологических состояний у детей и подростков, принципы организации и проведения интенсивной терапии и реанимации в амбулаторных условиях и в стационаре, вопросы фармакокинетики, фармакодинамики, взаимодействие лекарственных средств в возрастном аспекте.	Назначить лечение, контролировать его результаты, проводить коррекцию, Провести реабилитационные мероприятия с проведением традиционных и нетрадиционных методов,	Методикой подкожных, внутримышечных и внутривенных вливаний, Методикой первичной обработки ран, Методикой обработки пупочной ранки и кожи новорожденных, Методикой восстановления проходимости верхних дыхательных путей, Методикой наложения жгутов на конечности при кровотечениях, Методикой оценки клинических анализов крови, мочи, Методикой оценки биохимических анализов крови, Методикой оценки биохимического анализа мочи, Методикой	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. Модульная работа. ГИА.

					оценки результатов копрологиче- ского исследовани- я кала, Методикой оценки кислотно- щелочного состояния, Методикой оценки форм нарушения водно- солевого обмена.	
--	--	--	--	--	---	--

УК – универсальные компетенции, ОПК – общепрофессиональные компетенции, ПК – профессиональные компетенции

3. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

3.1.1. Объем учебной дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Вид учебной работы		Всего часов/ зачетных единиц	Год обучения		
			№ 1	2	№ 3
			часов	часов	часов
1		2	3	4	5
Аудиторные занятия (всего), в том числе:		128	51	51	26
Лекции (Л)		50	18	22	10
Практические занятия (ПЗ), семинары		78	33	29	16
Самостоятельная работа аспиранта (СР), в том числе:		52	21	12	19
<i>Реферат (Реф)</i>		1	-	1	-
<i>Подготовка к занятиям (ПЗ)</i>		6	3	3	-
<i>Подготовка к текущему контролю (ПТК))</i>		0,5	0,5	-	-
<i>Подготовка к промежуточному контролю (ППК))</i>		0,5	0,5	-	-
Вид промежуточной аттестации	зачет (З)	-	зачет	зачет	зачет
	экзамен (Э)	-	-	-	ГИА
ИТОГО: Общая трудоемкость	час.	180	72	63	45
	ЗЕТ	5	2	1.75	1.25

3.2.1 Разделы учебной дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении

п/ №	№ компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины	Содержание раздела в дидактических единицах (темы разделов)
1	2	3	4
	УК – 1, 3 УК - 4, 5 ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4	Методы дифференциальной диагностики заболеваний почек.	Методы дифференциальной диагностики заболеваний почек: анализы мочи, общий, по Нечипоренко, ультразвуковое, рентгеноурологическое исследование, динамическая сцинтиграфия почек, ангиография, биопсия почек.
2	УК – 1, 3 УК - 4, 5 ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4	Острые инфекционно — токсические поражения почек. Синдром сдавления. Острая почечная недостаточность. Консервативное лечение. Методы гемодиализа.	Острые инфекционно — токсические поражения почек. Синдром сдавления. Острая почечная недостаточность. Консервативное лечение. Методы гемодиализа
3	УК – 1, 3 УК - 4, 5 ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4	Острый гломерулонефрит. Хронический гломерулонефрит.	Острый гломерулонефрит. Клинико-лабораторная диагностика. Хронический гломерулонефрит. Классификации.
4	УК – 1, 3 УК - 4, 5 ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4	Амилоидоз почек. Нефротический синдром.	Амилоидоз почек. Нефротический синдром.
5	УК – 1, 3 УК - 4, 5 ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4	Острый и хронический пиелонефрит. Мочекаменная болезнь.	Острый и хронический пиелонефрит. Мочекаменная болезнь.
6	УК – 1, 3 УК - 4, 5	Заболевания крупных сосудов почек.	Заболевания крупных сосудов почек.

	ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4		
7	УК – 1, 3 УК - 4, 5 ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4	Опухоли почек.	Опухоли почек.
8	УК – 1, 3 УК - 4, 5 ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4	Хроническая почечная недостаточность.	Хроническая почечная недостаточность.
9	УК – 1, 3 УК - 4, 5 ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4	Анемии. Классификации. Анемии, возникающие в результате дефицитного эритропоэза. Железодефицитная анемия. Витамин В ₁₂ -дефицитная анемия. Фолиеводефицитные анемии. Апластические анемии. Анемии, связанные с повышенной деструкцией эритроцитов (гемолитические).	Анемия. Классификации. Анемии, возникающие в результате дефицитного эритропоэза. Железодефицитная анемия. Витамин В ₁₂ -дефицитная анемия. Фолиеводефицитные анемии. Апластические анемии. Анемии, связанные с повышенной деструкцией эритроцитов (гемолитические).
10	УК – 1, 3 УК - 4, 5 ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4	Свертывающая – антисвертывающая системы крови. Лабораторные и инструментальные методы исследования гемокоагуляции. Тромбоцитопеническая пурпура. Гемофилии. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.	Свертывающая – антисвертывающая системы крови. Лабораторные и инструментальные методы исследования гемокоагуляции. Тромбоцитопеническая пурпура. Гемофилии. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.
11	УК – 1, 3 УК - 4, 5 ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4	Острые лейкозы. Классификации. Хронические лейкозы. Остеомиелосклероз. Остеомиелофиброз.	Острые лейкозы. Классификации. Хронические лейкозы. Остеомиелосклероз. Остеомиелофиброз.
12	УК – 1, 3 УК - 4, 5 ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4	Лабораторная диагностика лейкозов.	Лабораторная диагностика лейкозов

13	УК – 1, 3 УК - 4, 5 ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4	Лимфогранулематоз. Лимфосаркома. Саркоидоз (Бенъе-Бека-Шаумана).	Лимфогранулематоз. Лимфосаркома. Саркоидоз (Бенъе-Бека-Шаумана).
14	УК – 1, 3 УК - 4, 5 ОПК–3,4, ОПК – 6 ПК – 3, 4	Исследование системы гемостаза (сосудисто-тромбоцитарный гемостаз, коагуляционный гемостаз, фибринолиз).	Исследование системы гемостаза (сосудисто-тромбоцитарный гемостаз, коагуляционный гемостаз, фибринолиз).

3.2.2. Разделы учебной дисциплины (модуля), виды учебной деятельности, формы контроля и матрица компетенций.

№	Наименование раздела (или темы) дисциплины	Аудиторные занятия (часы)		Аудиторная работа (часы)	Внеаудиторная (самостоятельная) работа студента (часы)	Итого часов	Формируемые компетенции (коды)	Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения		Формы текущего и промежуточного контроля успеваемости
		Лекции	Практические занятия					Традиционные	Интерактивные	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Методы дифференциальной диагностики заболеваний почек: анализы мочи, общий, по Нечипоренко,	2	3	5	3	8	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	ЛВ, КПЗ, ВК, ОТ, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К		КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С
2	Ультразвуковое, рентгеноурологическое исследование, динамическая сцинтиграфия почек, ангиография, биопсия почек	4	6	10	3	13	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	ЛВ, КПЗ, ВК, ОТ, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К		КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С
3	Острый гломерулонефрит. Клинико-лабораторная диагностика. Хронический гломерулонефрит. Классификации.	4	6	10	3	13	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	ЛВ, КПЗ, ВК, ОТ, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К	-	КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С
4	Острый и хронический пиелонефрит.	4	6	10	3	13	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	ЛВ, КПЗ, ВК, ОТ, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К	-	КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С

	Мочекаменная болезнь.									
5	Хроническая почечная недостаточность .	4	6	8	3	21	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	КПЗ, ВК, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К	-	КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С
6	Анемия. Классификации. Анемии, возникающие в результате дефицитного эритропоэза.	2	6	8	3	19	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	КПЗ, ВК, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К	-	КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С
7	Железодефицитная анемия. Витамин В ₁₂ -дефицитная анемия.	4	5	8	3	20	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	КПЗ, ВК, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К	-	КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С
8.	Фолиеводефицитные анемии. Апластические анемии.	4	6	8	3	21	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	КПЗ, ВК, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К		КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С
9.	Анемии, связанные с повышенной деструкцией эритроцитов (гемолитические) .	4	6	24	3	37	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	ЛВ, КПЗ, ВК, ОТ, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К		КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С
10.	Свертывающая – антисвертывающая системы крови. Синдром диссеминированного внутрисосудисто	4	6	8	3	21	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	ЛВ, КПЗ, ВК, ОТ, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К		КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С

	го свертывания.									
11.	Тромбоцитопеническая пурпура. Гемофилии.	4	6	10	3	13	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	ЛВ, КПЗ, ВК, ОТ, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К		КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С
12.	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.	4	6	10	5	15	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	ЛВ, КПЗ, ВК, ОТ, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К		КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С
13.	Лабораторные и инструментальные методы исследования гемокоагуляции.	2	5	7	4	11	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	ЛВ, КПЗ, ВК, ОТ, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К		КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С
14.	Гемофилии. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания	4	5	9	5	14	ОПК – 6, ПК – 3, ПК – 4	ЛВ, КПЗ, ВК, ОТ, КОП, ЗС, КС, ИБ, НПК, К		КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С
		50	78	128	52	-	-	-	-	-

ЛВ – Лекция визуализация, КПЗ - Клиническое практическое занятие, ВК - посещение врачебных конференций, консилиумов, ОТ - работа на обучающих тренажерах, КОП - использование компьютерных обучающих программ, ЗС - решение ситуационных задач, КС - анализ клинических случаев, ИБ - подготовка истории болезни, НПК - научно-практические конференции, К - написание конспектов ;
КР - Проведение контрольных работ, ДЗ - проверка выполнения письменных домашних заданий, КЗ - комплексная оценка знаний, АКС - анализ клинических случаев (клинический разбор), Т - тестирование , Пр - оценка освоения практических навыков, С - оценка по результатам собеседования, МШ – метод мозгового штурма, ПЛ – проблемные лекции, РИ – ролевые учебные игры, МК – метод кейса, ПС – проблемные семинары.

3.2.3. Название тем лекций и количество часов по семестрам изучения учебной дисциплины (модуля)

п/№	Название тем лекций учебной дисциплины (модуля)	Год обучения		
		1	2	3
1	2	3	4	5
1	Методы дифференциальной диагностики заболеваний почек: анализы мочи, общий, по Нечипоренко,	2	-	-
2	Ультразвуковое, рентгеноурологическое исследование, динамическая сцинтиграфия почек, ангиография, биопсия почек	4	-	-
3	Острый гломерулонефрит. Клинико-лабораторная диагностика. Хронический гломерулонефрит. Классификации.	4	-	-
4	Острый и хронический пиелонефрит. Мочекаменная болезнь.	4	-	-
5	Хроническая почечная недостаточность.	4	-	-
6	Анемия. Классификации. Анемии, возникающие в результате дефицитного эритропоэза.	-	2	-
7	Железодефицитная анемия. Витамин В ₁₂ -дефицитная анемия.	-	4	-
8	Фолиеводефицитные анемии. Апластические анемии.	-	4	-
9	Анемии, связанные с повышенной деструкцией эритроцитов (гемолитические).	-	4	-
10	Свертывающая – антисвертывающая системы крови. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.	-	4	-
11	Тромбоцитопеническая пурпура. Гемофилии	-	4	-
12	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.	-	-	4
13	Лабораторные и инструментальные методы исследования гемокоагуляции.	-	-	2
14	Гемофилии. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания	-	-	4
	Итого	18	22	10

3.2.4. Название тем практических занятий и количество часов по семестрам изучения учебной дисциплины (модуля)

п/№	Название тем практических занятий учебной дисциплины (модуля)	Год обучения		
		1	2	3
1	2	3	4	5
1	Методы дифференциальной диагностики заболеваний почек: анализы мочи, общий, по Нечипоренко,	3	-	-

2	Ультразвуковое, рентгеноурологическое исследование, динамическая сцинтиграфия почек, ангиография, биопсия почек	6	-	-
3	Острый гломерулонефрит. Клинико-лабораторная диагностика. Хронический гломерулонефрит. Классификации.	6	-	-
4	Острый и хронический пиелонефрит. Мочекаменная болезнь.	6	-	-
5	Хроническая почечная недостаточность.	6	-	-
6	Анемия. Классификации. Анемии, возникающие в результате дефицитного эритропоэза.	6	-	-
7	Железодефицитная анемия. Витамин В ₁₂ -дефицитная анемия.	-	5	-
8	Фолиеводефицитные анемии. Апластические анемии.	-	6	-
9	Анемии, связанные с повышенной деструкцией эритроцитов (гемолитические).	-	6	-
10	Свертывающая – антисвертывающая системы крови. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.	-	6	-
11	Тромбоцитопеническая пурпура. Гемофилии	-	6	-
12	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.	-	-	6
13	Лабораторные и инструментальные методы исследования гемокоагуляции.	-	-	5
14	Гемофилии. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания	-	-	5
	Итого	33	29	16

3.3. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА АСПИРАНТА

3.3.1. Виды СР.

п/№	Название тем самостоятельной работы учебной дисциплины (модуля)	Год обучения		
		1	2	3
1	2	3	4	5
1	Методы дифференциальной диагностики заболеваний почек: анализы мочи, общий, по Нечипоренко,	3	-	-
2	Ультразвуковое, рентгеноурологическое исследование, динамическая сцинтиграфия почек, ангиография, биопсия почек	3	-	-
3	Острый гломерулонефрит. Клинико-лабораторная диагностика. Хронический гломерулонефрит. Классификации.	3	-	-
4	Острый и хронический пиелонефрит. Мочекаменная болезнь.	3	-	-

5	Хроническая почечная недостаточность.	3	-	-
6	Анемия. Классификации. Анемии, возникающие в результате дефицитного эритропоэза.	3	-	-
7	Железодефицитная анемия. Витамин В ₁₂ -дефицитная анемия.	3	-	-
8	Фолиеводефицитные анемии. Апластические анемии.	-	3	-
9	Анемии, связанные с повышенной деструкцией эритроцитов (гемолитические).	-	3	-
10	Свертывающая – антисвертывающая системы крови. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.	-	3	-
11	Тромбоцитопеническая пурпура. Гемофилии	-	3	-
12	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.	-	-	5
13	Лабораторные и инструментальные методы исследования гемокоагуляции.	-	-	4
14	Гемофилии. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания	-	-	5
	Итого	21	12	19

3.3.2. Примерная тематика рефератов.

1. Гемолитические анемии. Этиология, патогенез, классификация, критерии диагноза, лечение.
2. Острый лейкоз. Классификация, критерии диагноза, лейкозные маски, принципы лечения.
3. Железодефицитные анемии. Этиология, патогенез, классификация, критерии диагноза, лечение.
4. Мегалобластные и апластические анемии. Этиология, патогенез, классификация, критерии диагноза, лечение.
5. Гемофилии. Диагностика, принципы лечения.
6. Современные методы лечения хронического гломерулонефрита.

3.4. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

3.4.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Год обуче ния	Виды контроля ²	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Формы оценочных средств
1	2	3	4	5
1.	1	КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С	Методы дифференциальной диагностики заболеваний почек: анализы мочи, общий, по Нечипоренко, ультразвуковое, рентгеноурологическое исследование, динамическая сцинтиграфия почек, ангиография, биопсия почек.	УО, ПР, РСЗ, ИДЗ, МР.
2.	1	КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С	Острые инфекционно — токсические поражения почек. Синдром сдавления. Острая почечная недостаточность. Консервативное лечение. Методы гемодиализа.	УО, ПР, РСЗ, ИДЗ, МР.
3.	1	КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С	Острый гломерулонефрит. Клинико-лабораторная диагностика. Хронический гломерулонефрит. Классификации.	УО, ПР, РСЗ, ИДЗ, МР
4.	1-2	КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С	Амилоидоз почек. Нефротический синдром.	УО, ПР, РСЗ, ИДЗ, МР
5.	2	КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С	Острый и хронический пиелонефрит. Мочекаменная болезнь.	УО, ПР, РСЗ, ИДЗ, МР
6.	2	КР, ДЗ, КЗ, АКС, Т, Пр, С	Опухоли почек.	УО, ПР, РСЗ, ИДЗ, МР
7.	2		Хроническая почечная недостаточность.	УО, ПР, РСЗ, ИДЗ, МР
8.	2		Анемии. Классификации. Анемии, возникающие в результате дефицитного эритропоэза. Железодефицитная анемия. Витамин В ₁₂ -дефицитная анемия. Фолиеводефицитные анемии. Апластические анеми.	УО, ПР, РСЗ, ИДЗ, МР

			Анемии, связанные с повышенной деструкцией эритроцитов (гемолитические).	
9.	2		Свертывающая – антисвертывающая системы крови. Лабораторные и инструментальные методы исследования гемокоагуляции. Тромбоцитопеническая пурпура. Гемофилии. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.	УО, ПР, РСЗ, ИДЗ, МР
10.	3		Острые лейкозы. Классификации. Хронические лейкозы. Остеомиелосклероз. Остеомиелофиброз.	УО, ПР, РСЗ, ИДЗ, МР
11.	3		Лабораторная диагностика лейкозов.	УО, ПР, РСЗ, ИДЗ, МР
12.	3		Лимфогрануломатоз. Лимфосаркома. Саркоидоз (Бенъе-Бека-Шаумана).	УО, ПР, РСЗ, ИДЗ, МР
13.	3		Исследование системы гемостаза (сосудисто- тромбоцитарный гемостаз, коагуляционный гемостаз, фибринолиз).	УО, ПР, РСЗ, ИДЗ, МР

Проведение контрольных работ (КР),

Проверка выполнения письменных домашних заданий (ДЗ),

Комплексная оценка знаний (КЗ),

Анализ клинических случаев (АКС),

Тестирование (Т),

Оценка освоения практических навыков (Пр.),

Оценка по результатам собеседования (устный опрос) (С).

Устный опрос (УО), письменная работа (ПР),

решение ситуационных задач (РСЗ), тестирование (Т),

индивидуальные домашние задания (ИДЗ), модульная работа (МР).

3.4.2. Примеры оценочных средств.

Примеры тестовых заданий:

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. САМОЙ ДОЛГОЖИВУЩЕЙ КЛЕТКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эритроцит
- 2) нейтрофил
- 3) тромбоцит
- 4) эозинофил

2. ГЕЛЬМИНТОЗАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ЭОЗИНОФИЛИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) энтеробиоз
- 2) описторхоз
- 3) фасциолез
- 4) стронгилоидоз

3. ТРАНЗИТОРНАЯ ЭОЗИНОФИЛИЯ ВОЗМОЖНА

- 1) в продроме заболевания
- 2) в начале приступа
- 3) на высоте приступа
- 4) в постприступный

4. ЭОЗИНОФИЛИЯ СВЯЗАНА

- 1) с атопией
- 2) с гельминтозом
- 3) с иммунопатологическими заболеваниями
- 4) с острым периодом бактериального заболевания

5. ПРИЧИНАМИ ГИПОХРОМНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) дефицит железа
- 2) нарушения порфиринового обмена
- 3) нарушение структуры цепей глобина
- 4) гемолиз

6. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НЕОБХОДИМЫМИ ПРОДУКТАМИ ПИТАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) мясо
- 2) картофель
- 3) ягоды
- 4) яйца

7. ОСНОВНЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ ПРИЧИНАМИ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) диафрагмальной грыжи
- 2) язвенной болезни
- 3) геморроя
- 4) полипа

8. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ГЕМОЛИЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) анемия
- 2) изменения цвета мочи
- 3) признак тромбофилии
- 4) пурпура

9. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА МИКРОСФЕРОЦИТАРНЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ

- 1) врожденный дефект структуры мембранного белка эритроцита
- 2) усиление процессов перекисного окисления липидов
- 3) гиперспленизм
- 4) иммунные процессы

10. ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕСФЕРОЦИТАРНЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) дефицита, снижения активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
- 2) пируваткиназы
- 3) ферментов системы глутатиона
- 4) ферментов мембраны эритроцитов

11. ФАКТОРАМИ, ПРОВОЦИРУЮЩИМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ КРИЗ ПРИ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) бактериальная инфекция
- 2) вакцинация
- 3) алиментарные факторы
- 4) вирусная инфекция

12. ЖАЛОБАМИ В ФИНАЛЕ ГЕМОБЛАСТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кровоточивость
- 2) видимые новообразования
- 3) гирсутизм
- 4) гнойно- воспалительны процессы

13. ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) нейтропения абсолютная
- 2) увеличение молодых форм нейтрофилов
- 3) увеличение зрелых сегментоядерных нейтрофилов
- 4) лейкемическое зияние

14. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) увеличение лимфоузлов
- 2) гепатоспленомегалия
- 3) исхудание, дистрофия
- 4) пурпура

15. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА ГИСТИЦИТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) специфические клетки в биоптате кожи
- 2) миелограмма
- 3) очаги остеолиза на рентгенограммах плоских костей
- 4) характер кожных высыпаний

16. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ КСАНТОМАТОЗЕ ХЕНДА-ШЮЛЛЕРА-КРИСЧЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сахарная кривая
- 2) очаги остеолиза на рентгенограммах плоских костей
- 3) экзофтальм
- 4) специфические клетки в пунктате костного мозга

17. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) тромбоцитопенической пурпуры
- 2) лейкоза острого, хронического
- 3) гемолитической анемии
- 4) лимфогранулематоза

18. ПРИЧИНАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ТРАНЗИТОРНОЙ ПРИОБРЕТЕННОЙ СКРЫТОЙ ТРОМБОФИЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) частые повторные заболевания
- 2) прививки
- 3) тяжелое заболевание
- 4) физическая нагрузка

19. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОТЛИЧИТЬ ЛИМФАДЕНИТ ОТ ИММУНОБЛАСТНОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИИ

- 1) нагноение
- 2) каменистое уплотнение вследствие склерозирования
- 3) симптомы воспаления (краснота, боль, отечность, припухлость)
- 4) увеличение лимфоузла

20. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНА

- 1) для мраморной болезни
- 2) для церебросидоза (болезнь Гоше)
- 3) для несфероцитарной гемолитической анемии
- 4) для гликогеноза 4 типа (Андерсена)

21. КЛЕТКОЙ НЕ КОСТНОМЗГОВОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нейтрофил
- 2) лимфоцит
- 3) эозинофил
- 4) базофил

22. АБСОЛЮТНАЯ НЕЙТРОПЕНИЯ НЕ СВЯЗАНА

- 1) с гиперопленизмом
- 2) с гипопродукцией
- 3) с иммунными процессами
- 4) с острой кровопотерей

23. ФАКТОРАМИ, ПОВЫШАЮЩИМИ СОЭ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) увеличение гематокрита
- 2) повышение вязкости крови
- 3) желтуха с холестазом
- 4) белки острой фазы воспаления

24. К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) алиментарные
- 2) неонатальные
- 3) кровопотери
- 4) гемолиз

25. ПРИ АНЕМИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ КРУПАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) риса
- 2) гречки
- 3) ячменя
- 4) манной

26. ОСНОВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) витамины группы В
- 2) препарат железа
- 3) аскорбиновая кислота
- 4) соляная кислота

27. КРОВОТЕЧЕНИЕМ, НАИБОЛЕЕ РЕДКО ВЫЗЫВАЮЩИМ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ АНЕМИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) легочное
- 2) носовое
- 3) маточные
- 4) желудочно-кишечные

28. ПРИ ТАЛАССЕМИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) мишеневидные эритроциты
- 2) базофильная пунктация эритроцитов
- 3) снижение осмотической устойчивости эритроцитов
- 4) повышение осмотической устойчивости эритроцитов

29. ФАКТОРАМИ, УМЕНЬШАЮЩИМИ ВЫРАЖЕННОСТЬ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) интенсификация глюкуронирования
- 2) усиление процессов акцепции билирубина с альбумином
- 3) уменьшение подкожно-жировой клетчатки
- 4) усиление диуреза

30. О ГЕМОЛИЗЕ В АНАЛИЗЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

- 1) полихроматофилия эритроцитов
- 2) наличие эритронормобластов
- 3) высокий цветной показатель
- 4) лимфоцитоз

31. ЭФФЕКТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) спленэктомия
- 2) кортикостероиды
- 3) алиментарные факторы
- 4) гемосорбция

32. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕСФЕРОЦИТАРНЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение активности ферментов эритроцитов
- 2) гиперспленизм
- 3) структурный дефект белков мембраны эритроцитов
- 4) иммунные процессы

33. МИКРОАНГИОПАТИЧЕСКАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) при скрытой тромбофилии
- 2) при тромбофилии
- 3) при ДВС – синдроме
- 4) при тромбоваскулите

34. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АПЛАСТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ НЕОБХОДИМА

- 1) с гемолитической анемией
- 2) с гемобластозами
- 3) с инфекционным лимфоцитозом
- 4) с тромбоцитопенической пурпурой

35. ПРАВИЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) госпитализация в специализированное отделение
- 2) госпитализация соматическое отделение
- 3) амбулаторное лечение
- 4) консультация гематолога

36. ВОЗМОЖНЫМИ ЖАЛОБАМИ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) температурной реакции с ознобом
- 2) слабости, потливости
- 3) желтухи с зудом
- 4) кровоточивости

37. К МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕТИКУЛЕЗАХ НАКОПЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) осмотр глазного дна
- 2) рентгенография костей
- 3) пункция костного мозга
- 4) фиброгастродуоденоскопия

38. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА

- 1) для лейкоза
- 2) для аденовирусной инфекции
- 3) для энтеровирусной инфекции
- 4) для ротавирусной инфекции

39. КРИТЕРИЯМИ СКРЫТОЙ ТРОМБОФИЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) тромбофилический анамнез жизни
- 2) тромбофилический семейный анамнез
- 3) лабораторно выявленные отклонения гемостаза
- 4) осмотр ребенка

40. ФАГОЦИТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) нейтрофил
- 2) макрофаг
- 3) моноцит
- 4) лимфоцит

41. К КОРОТКОЖИВУЩИМ КЛЕТКАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) лимфоцитов
- 2) эозинофилов
- 3) тромбоцитов
- 4) нейтрофилов

42. ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ЛИМФОПЕНИЯ ВЫЯВЛЕНА (ДЕТИ 5 ЛЕТ)

- 1) лейкоцитов 10000, лимфоцитов 60%
- 2) лейкоцитов 4000, лимфоцитов 50 %
- 3) лейкоцитов 20000, лимфоцитов 15%
- 4) лейкоцитов 3000, лимфоцитов 35%

43. НЕОБХОДИМЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЛИМФОСАРКОМУ, ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) биопсия лимфоузла
- 2) отпечатки и мазки из биоптата
- 3) рентгенография органов грудной клетки, средостения
- 4) спинномозговая пункция

44. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гепатомегалия
- 2) укорочение продолжительности жизни эритроцитов
- 3) нарушение костномозгового кроветворения
- 4) гиперспленизм

45. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сниженный цветной показатель
- 2) анизо-пойкилоцитоз
- 3) нормобластоз
- 4) гипохромия эритроцитов

46. ПРИЧИНАМИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) частые беременности
- 2) длительная предшествующая лактация
- 3) обильные менструации
- 4) злоупотребление алкоголем

47. ВНУТРИСОСУДИСТЫЙ ГЕМОЛИЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ

- 1) аутоиммунных
- 2) несфероцитарных
- 3) сфероцитарных
- 4) микроангиопатических

48. СОСТОЯНИЯМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ СНИЖЕННОЙ СОЭ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) период новорожденности
- 2) эксикоз

- 3) анемия
- 4) «синие» пороки сердца

49. КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОГЛОБИНОПАТИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) электроферетическое определение аномального гемоглобина
- 2) обнаружение нестабильного гемоглобина
- 3) выявление аномальных форм эритроцитов
- 4) иммунные нарушения

50. ПРИЧИНАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИОБРЕТЁННОЙ СКРЫТОЙ ТРОМБОФИЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) очаги хронической инфекции
- 2) множественные малые аномалии
- 3) атопия
- 4) остаточные явления перинатальной гипоксии

51. ПРЕПАРАТОМ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАЛАССЕМии ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) препарат железа
- 2) средства, улучшающие микроциркуляцию
- 3) десферал
- 4) кислород

52. ПРОВОКАТОРАМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО КРИЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сульфаниламидные
- 2) противомаларийные
- 3) нитрофуриновые
- 4) пенициллины

53. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА

- 1) для диссеминированной очаговой гнойной инфекции кожи
- 2) для детской экземы
- 3) для склеродермии
- 4) для эритродермии, распространённого дерматита

54. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНА

- 1) субсепсиса Висслера-Фанкони
- 2) системной красной волчанки
- 3) ревматоидном артрите
- 4) склеродермии

55. СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ГИСТИОЦИТОЗА (болезни Латтерере-Сивн) ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гепатоспленомегалия
- 2) высыпания на коже
- 3) гемолиз
- 4) зуд

56. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНЕЙ НАКОПЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) врождённая энзимопатия
- 2) хроническое воспаление
- 3) злокачественная пролиферация
- 4) приобретенная энзимопатия

57. АУТОИММУННАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ

- 1) при системной красной волчанке
- 2) при ревматизме
- 3) при хроническом активном гепатите
- 4) при иммунодефицитных состояниях

58. АБСОЛЮТНАЯ ЭОЗИНОФИЛИЯ ВЫЯВЛЕНА

- 1) лейкоцитов 10000, эозинофилов 3%
- 2) лейкоцитов 4000, эозинофилов 5%
- 3) лейкоцитов 20000, эозинофилов 4%
- 4) лейкоцитов 3000, эозинофилов 10%

59. УВЕЛИЧЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ И БАЗОФИЛОВ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) при остром лейкозе
- 2) при хроническом миелолейкозе
- 3) при бактериальной инфекции
- 4) при вирусной инфекции

60. ВЫСОКИЙ ЛИМФОЦИТОЗ СВОЙСТВЕНЕН

- 1) инфекционному лимфоцитозу
- 2) инфекционному мононуклеозу
- 3) энтеровирусной инфекции
- 4) бактериальной инфекции

61. ПРАВИЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) до нормализации гемоглобина
- 2) до нормализации гемоглобина и ещё 3-4 недели
- 3) до нормализации сывороточного железа
- 4) в течение 2 недель

62. АБСОЛЮТНАЯ ЛИМФОПЕНИЯ ОБНАРУЖЕНА (ДЕТИ 5 ЛЕТ)

- 1) лейкоцитов 10000, лимфоцитов 60%
- 2) лейкоцитов 4000, лимфоцитов 50 %
- 3) лейкоцитов 20000, лимфоцитов 15%
- 4) лейкоцитов 3000, лимфоцитов 35%

63. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА ЭОЗИНОФИЛИЯ

- 1) в предприступный период бронхиальной астмы
- 2) в начале приступа бронхиальной астмы
- 3) на высоте приступа бронхиальной астмы
- 4) в постприступный бронхиальной астмы

64. У НОВОРОЖДЕННЫХ ОЧАГИ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОГО КРОВЕТВОРЕНИЯ НЕ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) при фетопатии
- 2) при гемолитической болезни
- 3) при так называемой «физиологической желтухе»
- 4) при кровопотере

65. ПРИЧИНАМИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) дефицит железа у беременной
- 2) нарушение трансплацентарного пассажа железа
- 3) недоношенность
- 4) разрушение эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин

66. ЛИМФОЦИТОЗ СВЯЗАН

- 1) с бактериальной инфекцией
- 2) с гематоонкологическим заболеванием
- 3) с вирусной инфекцией
- 4) с типом конституции

67. БИОХИМИЧЕСКИМИ ТЕСТАМИ, ВЫЯВЛЯЮЩИМИ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) определение трансферрина
- 2) определение сывороточного железа
- 3) определение сывороточного белка
- 4) определение ферритина

68. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ТРОМБОФИЛИИ ПРИ ВНУТРИСОСУДИСТОМ ГЕМОЛИЗЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) обилие обломков эритроцитов
- 2) выделение эритрофосфатина, активирующего тромбоциты
- 3) лейкоцитоллиз
- 4) изменения гематокрита

69. ПРИ ГЕМОЛИЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) лейкоцитоз
- 2) нейтрофилёз
- 3) левый сдвиг нейтрофилов
- 4) нейтропения

70. ОСНОВНЫМИ ПРОВОКАТОРАМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО КРИЗА ПРИ НЕСФЕРОЦИТАРНЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) инфекции
- 2) лекарственные препараты
- 3) алиментарных факторов
- 4) иммунных процессов

71. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ АУТОИММУННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) положительная проба Кумбса
- 2) ретикулоцитоз
- 3) положительная непрямая проба Кумбса
- 4) определение сывороточных иммуноглобулинов

72. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АПЛАСТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1) анемия
- 2) пурпура
- 3) значительное увеличение лимфоузлов и селезёнки
- 4) воспаление слизистых оболочек (рта, прямой кишки, гениталий)

73. ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ СПОСОБСТВУЮТ

- 1) трепанобиопсии
- 2) пункция костного мозга
- 3) определение железа сыворотки
- 4) определение СОЭ

74. ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ионизирующей радиации, других мутагенов
- 2) вирусных
- 3) бактериальных
- 4) генетических

75. ПРИ ГЕМОБЛАСТОЗАХ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ

- 1) средостение
- 2) периферические
- 3) затылочные
- 4) внутрибрюшные

76. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гепатоспленомегалия
- 2) артропатия
- 3) пурпура

77. ГЕМОБЛАСТОЗАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) миеломная болезнь
- 2) моноцитарный лейкоз
- 3) хронический лимфолейкоз
- 4) сублейкемический миелоз (миелосклероз)

78. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛИМФОСАРКОМЫ, ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) плотное безболезненное новообразование лимфоузла
- 2) припухлость с признаками воспаления
- 3) регионарная лимфаденопатия
- 4) регионарный лимфаденит

79. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНА

- 1) тромбоцитопенической пурпуры
- 2) лейкоза острого, хронического
- 3) гемолитической анемии
- 4) лимфогранулематоза

«НЕФРОЛОГИЯ»

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ОБЪЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЕНКА 3 МЕСЯЦЕВ

20-30 мл
100 мл
150 мл
7 мл

2. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГОРМОНОВ НЕПОСРЕДСТВЕННО НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК
ВЛИЯЕТ

Инсулин
Альдостерон
Ангиотензин-2

3. ДЛЯ РЕБЕНКА 10 МЕСЯЦЕВ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КОЛЕБАНИЯ
ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ

1010-1020
1009-1015
1001-1003
1002-1008

4. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИВЕННОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ
болеи в животе неясной этиологии
стойкой лейкоцитурии
травмы брюшной полости с задержкой мочеиспускания
острого периода гломерулонефрита

5. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ
иммунокомплексным
неиммунным
микробно-воспалительным
инфекционным

6. НЕФРОТИЧЕСКАЯ ФОРМА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В
ВОЗРАСТЕ
до 1 года
с 1 года до 7 лет
в пубертатном возрасте
в любом возрасте

7. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ СМЕШАННОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
ЯВЛЯЕТСЯ
гипертензия
гематурия
протеинурия
все перечисленное

8. В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА РЕЖИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ
постельным
палатным
общим
любым из перечисленных

9. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
нефротическая форма гломерулонефрита
гематурическая форма гломерулонефрита
тубулоинтерстициальный нефрит
дизметаболическая нефропатия

10. У БОЛЬНОГО С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ПРИ АНАСАРКЕ И УГРОЗЕ ОТЕКА
ЛЕГКОГО, ИЗ ДИУРЕТИКОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ПРИМЕНИТЬ
верошпирон
верошпирон в сочетании с гипотиазидом
лазикс
урегит

11. ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
обменных нарушений
вирусной инфекции
микозной инфекции
всего перечисленного

12. К МЕМБРАНОСТАБИЛИЗАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ ПРЕПАРАТЫ
преднизолон
димефосфон
токоферола
азатиоприна

13. СООТНОШЕНИЕ АД ПРАВИЛЬНО
АД на руках и ногах одинаково
АД на руках выше, чем на ногах
АД на ногах выше, чем на руках, но не более 10-15мм.рт.ст.
АД на ногах выше, чем на руках на 20-30мм.рт.ст.

14. ЦИСТИТ НЕ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ
двухстаканной пробой
цистоскопией
цистографией
экскреторной урографией

15. ДЕВОЧКА 2 ЛЕТ. ТЕМПЕРАТУРА 38,6° С, БОЛИ В ЖИВОТЕ И ПОЯСНИЧНОЙ
ОБЛАСТИ. МОЧА ВИЗУАЛЬНО МУТНАЯ. ВАША ТАКТИКА
исследование общего анализа крови
госпитализация
назначение лечения
консультация уролога

16. АНТИБИОТИКИ, ДЕЙСТВУЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО БАКТЕРИЦИДНО
аминогликозиды
пенициллин
цефалоспорины
фторхинолоны

17. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ

с тугоухостью
с врожденным пороком сердца
с глюкозурией
с пиелонефритом

18. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОДУКТОВ, ПРИ ОКСАЛУРИИ ПОКАЗАНЫ
свеклы
мандаринов
картофеля
шоколада

19. ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ У БОЛЬНОГО С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИМЕНЯЮТ
хлорида магния
глюконата кальция
гидрокарбоната натрия
раствор глюкозы с инсулином

20. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
внутрисосудистым свертыванием крови
полиурией
цианозом
всем перечисленным

21. КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЧИ У РЕБЕНКА ДОСТИГАЕТ УРОВНЯ ВЗРОСЛОГО В
ВОЗРАСТЕ
1-й недели жизни
5 лет
6 месяцев
10 лет

22. ПОЧКА ЭКСКРЕТИРУЕТ
альдостерон
катехоламины
ренин
андрогены

23. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕ ОТРАЖАЕТ АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО
ПРОЦЕССА
белковые фракции
серомукоид
С-реактивный белок
электролиты крови

24. РЕНОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ
раздельную функцию почек
состояние функции канальцев почек
отсутствие функции почек
все перечисленное

25. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА МОГУТ БЫТЬ

стрептококк
вирусы
белковые антигены (профилактические прививки)
все перечисленное

26. ДЛЯ НАЧАЛА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

температурная реакция
абдоминальный синдром
олигурия
катаральные явления

27. К ВЕДУЩИМ СИМПТОМАМ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТСЯ

отечный синдром
абдоминальный синдром
протеинурия более 3г/л
олигурия

28. ОГРАНИЧЕНИЕ СОЛИ ПОКАЗАНО ПРИ

олигоанурии
артериальной гипертензии
отечного синдрома
микропротеинурии

29. ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ

повышают содержание глюкозы в крови
увеличивают количество лимфоцитов в крови
увеличивают синтез белка
являются иммуностимуляторами

30. ТУБУЛО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ

бактериальным воспалением
абактериальным воспалением
аутоиммунным процессом
всем перечисленным

31. ОСТЕОПОРОЗ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРЕПАРАТА

преднизолон
трентала
гепарина
лазикса

32. РАЗВИТИЕ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

для системной красной волчанки
для синдрома Вегенера
для узелкового периартериита
для иерсиниоза

33. У РЕБЕНКА 8 МЕСЯЦЕВ РВОТА, ТЕМПЕРАТУРА 39,0 С. БЕСПОКОЕН, ЧАСТО МОЧИТСЯ. В МОЧЕ СЛЕДЫ БЕЛКА, ЭРИТРОЦИТЫ – 20 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, ЛЕЙКОЦИТЫ – ДО 80 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. ВАШ ДИАГНОЗ

нефротический синдром
острый нефрит
пиелонефрит
хронический цистит

**34. ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНОМУ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

на высоте активности процесса
при стихании процесса
при улучшении самочувствия
при нормализации температуры

35. ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

острое начало болезни
умеренная, торпидная гематурия
умеренные отеки
выздоровление в подростковом периоде

36. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

гидронефроз
удвоение собирательной системы почек
неврозы
неврозоподобные состояния

37. ПРЕПАРАТ, УВЕЛИЧИВАЮЩИЙ КОЛИЧЕСТВО ОКСАЛАТОВ В МОЧЕ

аспирин
делагил
витамин В6
аскорбиновая кислота

**38. УГРОЖАЮЩИМ ДЛЯ ЖИЗНИ, ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

повышение мочевины в крови
повышение креатинина в крови
гиперурикемия
гиперкалиемиа

**39. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ
ЯВЛЯЕТСЯ**

селективная почечная ангиография
урография
сцинтиграфия
УЗИ почек

**40. ПРЕПАРАТ, ПОКАЗАННЫЙ РЕБЕНКУ С НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В АКТИВНОЙ ФАЗЕ**

индоцин
преднизолон
пресоцил
делагил

41. КОЛИЧЕСТВО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ СУЖЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА

три
четыре
одно
нет

42. В НОРМЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ С МОЧОЙ

1/3 объема выпитой жидкости
2/3 объема выпитой жидкости
1/6 объема выпитой жидкости
1/4 объема выпитой жидкости

43. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РУКАХ МОЖНО ИЗМЕРИТЬ

с 3 лет
с 1 года
с периода новорожденности
в любом возрасте

44. СЦИНТИГРАФИЯ ВЫЯВЛЯЕТ

раздельную функцию почек
топографию почек
размеры почек
все перечисленное

45. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

на 1-м году жизни
с 1 года до 2 лет
с 7 до 15 лет
после 2-3 лет

46. ГЕМАТУРИЧЕСКАЯ ФОРМА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

до 1 года
с 1 года до 7 лет
в пубертатном возрасте
в любом возрасте

47. ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

отечный синдром
олигурия
выраженная протеинурия
гепатомегалия

48. БЕЛОК В ДИЕТЕ ОГРАНИЧИВАЕТСЯ

при наличии отеков
при высокой протеинурии
при артериальной гипертензии
при микрогематурии

49. К ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

метандростенолон
гидрокортизон
преднизолон
триамцинолон

50. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА МОГУТ БЫТЬ

врожденные аномалии
наследственные факторы
приобретенные факторы
все перечисленное

Ответы к тестовым заданиям «Гематология»

	18- 1,2,3	38- 1,2,3
	19- 4	39- 1,2,3
	20- 1,2,4	40- 1,2,3
	21- 2	41- 1,2,3
1- 4	22- 1,2,3	42- 3
2- 2,3,4	23- 1,2,4	43- 1,2,3
3- 4	24- 1,2,3	44- 2
4- 1,2,3	25- 2,3,4	45- 1,2,4
5- 1,2,3	26- 2	46- 1,2,3
6- 1,3,4	27- 1	47- 1,2,4
7- 1,2,4	28- 1,2,4	48- 1,2,4
8- 4	29- 1,2,3	49- 1,2,3
9- 1	30- 1,2,3	50- 1,3,4
10- 1,2,3	31- 1	51- 1
11- 1,2,4	32- 1	52- 1,2,3
12- 1,2,4	33- 3	53- 1,2,4
13- 1,2,4	34- 3	54- 1,2,3
14- 1,2,3	35- 1	55- 1,2,3
15- 3	36- 1,2,3	56- 1
16- 4	37- 1,2,3	57- 1,3,4
17- 2,3,4		

58- 3	77- 2	19. 2, 3, 4
59- 2	78- 1	20. 1
60- 1,2,3	79- 2,3,4	21. 2
61- 2		22. 3
62- 4		23. 4
63- 4		24. 4
64- 1,2,4		25. 4
65- 1,2,3		26. 3
66- 1,2,4		27. 1, 3, 4
67- 1,2,4		28. 1, 2, 3
68- 2		29. 1
69- 1,2,3		30. 2
70- 1,2,3		31. 1
71- 1		32. 1, 2, 3
72- 1,2,4		33. 3
73- 1,2,3		34. 2
74- 1,2,4		35. 2
75- 1,2,4		36. 4
76- 1		37. 4
		38. 4
		39. 1
		40. 2
		41. 1
		42. 2
		43. 4
		44. 4
		45. 4
		46. 2
		47. 1, 2, 3
		48. 1, 2, 3
		49. 2, 3, 4
		50. 4

**Ответы к
тестовым
заданиям
«Нефрология»**

1. 1
2. 2, 3
3. 4
4. 1, 2, 3
5. 1
6. 2
7. 4
8. 1
9. 1
10. 4
11. 3
12. 1, 2, 3
13. 4
14. 4
15. 2
16. 4
17. 1
18. 3

Примеры ситуационных задач:

Ситуационные задачи

ГЕМАТОЛОГИЯ

Анемии

Задача №1

Мальчик 6-ти лет поступил в стационар с жалобами на резкую слабость, тошноту, рвоты, боли в животе, возникшие на третий день заболевания ОРЗ, на фоне положительной динамики катаральных явлений.

В анамнезе: мать ребенка страдала анемией, по поводу которой перенесла спленэктомию в 14-летнем возрасте, с тех пор чувствует себя здоровой. У мальчика с 2-х лет периодически

отмечалась анемия, не обследовался, не лечился. Рос и развивался по возрасту, получал прививки, болел не более 3-х раз в год, посещает д/сад.

При поступлении состояние средней тяжести, мальчик вялый, капризный, температура 37,8. Кожа и слизистые оболочки бледные, желтушные. Желтушность склер. Отчетливы стигмы дизэмбриогенеза: седловидный нос, гипертелоризм, высокое нёбо, выступающие лобные бугры. Тоны сердца приглушены, на верхушке систолический шум, пульс 26 уд. в минуту. В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, но болезненный в правом подреберье, печень +1,5см из-под реберной дуги, селезенка +5см, плотная. Менингеальные симптомы отрицательные. Со стороны других органов и систем при осмотре патологии не выявлено. Стул и моча обычного цвета.

В анализе крови - нормохромная, гиперрегенераторная анемия, микроцитоз, нейтрофилез, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, сфероцитоз.

1. Поставить предполагаемый диагноз.
2. Назначить план обследования.

Задача №2

Ребенок, 5 месяцев, родился недоношенным на 8-м месяце гестации, с массой тела 2 кг, длиной тела 45см; находился на естественном вскармливании до 3-х месяцев, затем — искусственное вскармливание; прибавка массы тела достаточная, в настоящее время масса тела составляет 7500г, длина тела — 64см. Жалобы на легкую утомляемость, вялость, переворачивается на живот и с живота на спину с трудом, интересуется игрушками, но эмоции, бедные. Бледен, кожа суховатая, трещины на губах, сглажены сосочки языка. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, при нагрузке появляется нежный систолический шум, ЧСС—134 в 1 минуту. Живот несколько увеличен в размере, печень выступает из-под края реберной дуги на 1см, селезенка, по краю реберной дуги. Мочится достаточно, моча светлая, стул оформленный, жёлтый.

В анализе крови: Эр-3,6*10¹²/л, НЬ-100 г/л, ЦП —0,8; Л 5,0*10⁹/л, Тр 220*10⁹/л, СОЭ 15 мм/час, Рт 3%0.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.

Задача №3

Девочка 10 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, повышение температуры до 39°, боли в животе, пояснице, рвоту, частые болезненные мочеиспускания.

В анамнезе: страдает вторичным пиелонефритом, на фоне удвоения левой почки, наблюдается урологом с 3-х летнего возраста. Обострения пиелонефрита перенесла в 4 года, в 7 и 9 лет. Периодически отмечается нарастание бледности, субиктеричность, ухудшения состояния, субфебрилитет, анализы мочи в это время без ухудшения. Настоящему ухудшению состояния предшествовала перенесенная 10 дней тому назад ангина (чем лечилась — неизвестно).

При поступлении состояние тяжелое: девочка бледная, под глазами «тени», температура тела нормальная, отчетливая желтушность кожи, слизистых оболочек и склер, повторная рвота. Девочка правильного телосложения, пониженной упитанности, психомоторно развита по возрасту. Тоны сердца приглушены, пульс 120 уд. в минуту, на верхушке и в точке Боткина систолический шум. Дыхание в легких — без особенностей. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации во всех отделах, печень не пальпируется, селезенка +1см из-под реберной дуги. Болезненность при поколачивании поясницы слева. Менингеальные симптомы отрицательные. Моча мутная, обычного цвета, стул не изменен. Мочеиспускания умеренно болезненные.

В анализе крови нормохромная анемия, ретикулоцитоз, макроцитоз, гиперлейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренная СОЭ.

1. Поставьте предварительный диагноз и сопутствующий диагноз.
2. Назначьте обследование.

Задача №4

Девочка 8 лет, поступила в отделение с жалобами на вялость, снижение аппетита, периодические боли в животе после еды, съедает медленно малые объемы пищи, бледность кожных покровов, состояние средней тяжести, вялая, плаксивая.

При осмотре: кожа бледная, сухая, шелушащаяся, тусклые ломкие волосы, ломкость ногтей, их поперечная исчерченность. Слизистые бледные, сосочки языка сглажены. ЧСС—100 в 1 минуту, левая граница сердца расширена на 1,5см влево, правая — на 0,5—1 см, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, АД— 100/60 мм рт. ст. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Живот не увеличен в размере, печень +1,5см, селезенка не увеличена. В эпигастрии болезненность при глубокой пальпации. Стул нормальный, дизурии нет, моча светлая.

В анализе крови - Эр $3,4 \times 10^{12}$ /л, НЬ -90 г/л, ЦП 0,7, Л $4,5 \times 10^9$ /л, СОЭ —12 мм/час.

Поставить предварительный диагноз.
Назначить дополнительные обследования.

Задача №5

Мальчик, 5 лет, поступил с жалобами на кишечное кровотечение, возникшее внезапно, на фоне здоровья, болевой синдром выражен слабо. В анамнезе: с годовалого возраста периодически бывает черный стул без отчетливого болевого синдрома.

При осмотре: бледный, серый колорит кожи, сухость кожи, вялый. При нагрузке возникает одышка, тахикардия до 120 уд. в мин. Слизистые бледные, заеды в углах губ, сглаженность сосков языка. В области средней трети плеча — межмышечное эластичное образование размером 2х2 см, такое же образование в мягких тканях подлопаточной области справа и в верхней трети бедра справа. Живот несколько втянут, напряжение прямых мышц живота, безболезненный при пальпации. Печень - не увеличена. Со стороны органов грудной клетки без видимых изменений. Дизурии нет, моча светлая, стул темный, кашицевидный.

В анализе крови Эр- $3,5 \times 10^{12}$ /л, НЬ-66 г/л, ЦП — 0,57, Тр — 250×10^9 /л, в мазке крови - анизоцитоз гипохромия эритроцитов. Межмышечное «образование» на бедрах пунктировали, получили жидкую кровь.

1. Поставить предположительный диагноз: основной и сопутствующий.
2. Составить план обследования.

Задача №6

Ребенку 8 лет. Родился с весом 2800г в срок с пороками развития: 6 пальцев на левой руке, расщелина твердого неба, заячья губа (оперирован в возрасте 3-х лет). До 1 года рос и развивался удовлетворительно, хотя несколько отставал в весе— вес в 1 год 9200г, не болел. Со второго года жизни отстает в весе и росте, психомоторно развит по возрасту. С 6 лет появились носовые кровотечения, частые экхимозы на коже. В 8-летнем возрасте появилась постоянная бледность кожи, общая слабость, в течение последних 2-х месяцев участились носовые кровотечения, что послужило поводом для обследования.

Объективно: состояние средней тяжести, мальчик вялый. Вес 22кг, рост-104см, 6 пальцев; из левой руки, множественные кровоизлияния на коже и слизистой рта, бледность кожи,

слизистых. Тоны сердца приглушены, пульс 116 уд. в мин. Печень, селезенка не увеличены. Со стороны других органов и систем при осмотре без видимых нарушений.

В анализе крови: нормохромная анемия, ретикулоциты отсутствуют, лейкопения, нейтропения с лимфоцитозом, тромбоцитопения, - ускоренная СОЭ.

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Составить план обследования.

Задача №7

Ребенку 10 лет. Поступил с жалобами на повышение температуры, кашель, одышку. Болен в течение 6 дней, отмечалась субфебрильная температура, ринит. В течение последних суток появился кашель, подъем температуры до 39, одышка, однократное носовое кровотечение. В анамнезе — склонность к носовым кровотечениям, к легкому появлению синяков. В течение последних 2-х месяцев замечена бледность, понижение аппетита.

Объективно: состояние тяжелое. Мальчик бледный, губы с синюшным оттенком, температура 38,6. Единичные экхимозы на коже туловища и конечностей, кровоизлияния на слизистой рта. Тоны сердца приглушены, пульс 124 уд. в мин., дыхание жесткое, справа в аксиллярной области ослаблено, здесь же выслушиваются крепитирующие хрипы. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. В остальном данные объективного осмотра без отклонений от нормы.

В анализе крови нормохромная анемия, лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, тромбоцитопения, понижение числа ретикулоцитов до 0,1%, ускоренная СОЭ.

1. Поставьте предположительный диагноз, основной и сопутствующий диагноз.
2. Составьте план обследования.

Система гемостаза

Задача №8

Мальчик, 6 лет. Поступил с жалобами на частое появление синяков без видимых причин. В анамнезе жизни с 3-летнего возраста отмечаются носовые кровотечения во время интеркуррентных инфекций. Мальчик от 2-й нормально протекавшей беременности, роды, период новорожденности без особенностей, пупочная ранка зажила вовремя. До 1 года ничем не болел, привит по возрасту. В последующем переносит вирусные инфекции по 2-3 раза в год. Появление множественных синяков замечено в течение 3-4 месяцев.

Объективно при поступлении: состояние удовлетворительное, самочувствие не нарушено. Мальчик средней упитанности, физически и психомоторно развит по возрасту. Кожа обычной окраски, на конечностях множественные экхимозы разной давности, единичные экхимозы на туловище, экхимоз на лице. На слизистой оболочке рта единичные мелкоточечные геморрагии. Слизистые обычной окраски, лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца отчетливые, пульс 100 уд/мин. Дыхание везикулярное, живот мягкий безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Менингеальные симптомы отрицательны. Положительна проба «щипка». Физиологически е отправления не нарушены.

Определите тип кровоточивости.

Укажите предполагаемые диагнозы.

Назначьте дополнительное обследование.

Задача №9

Больной 12 лет поступил в Детскую больницу с жалобами на кровотечение из лунки удаленного зуба.

В анамнезе у мамы ребенка часто появляются мелкоточечные кровоизлияния на коже и «синяки» различной величины, обильные menses. Родился в срок от первой беременности, беременность протекала нормально, отмечалось послеродовое кровотечение. Рос и развивался нормально. В 1 год 10 мес. на фоне катаральных явлений появилось носовое кровотечение, в последующем носовые кровотечения стали повторяться, обильные останавливались только после тампонады.

После ушибов всегда появляются синяки, которые приобретают характер гематом. Ребёнок редко болеет, из детских инфекций перенёс корь. Накануне поступления в стационар был удалён зуб, после чего отмечается непрекращающееся кровотечение.

Состояние средней тяжести бледность кожных покровов температура нормальная, на коже синяки различной давности, лимфоузлы без особенностей. Со стороны легких и сердца патологий не выявлено, пульс 90 артериальное давление 105/70 мм. рт. ст. Зев чист, кровотечение из лунки удаленного зуба. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, стул обычной окраски.

Поставьте предварительный диагноз.

Назначьте обследование

Задача №10

Мальчик 12 лет поступил в стационар с жалобами на гипертермию, головную боль, боль в мышцах, ринит и возникшее на этом фоне носовое кровотечение. Родители считают себя здоровыми, проявлений повышенной кровоточивости в семье ни у кого нет. Беременность у матери (вторая по счету), роды, период новорожденности и развитие до года протекали без особенностей, ребенок не болел, получал все прививки по возрасту. После года по 3—4 раза ежегодно переносит ОРВИ, болел также однократно пневмонией, а также ветряной оспой и эпидпаротитом. Повышенной кровоточивости прежде у мальчика не отмечалось. Настоящее заболевание началось накануне. В семье болеют гриппом. У мальчика поднялась температура до 39, появились миалгии, головная боль, сегодня присоединился ринит, на фоне которого возникло носовое кровотечение. В течение последних суток получал лечение по назначению врача: обильное питье, аскорутин, аспирин, тавегил, бисептол.

При поступлении состояние средней тяжести, температура 38,2°, кожа обычной окраски, на лице и коже груди участки необильной петехиальной сыпи. Слизистая зева умеренно гиперемирована, кровотечение из правого носового хода. Пальпируются единичные лимфоузлы передне-шейной и подчелюстной группы. Тоны сердца отчетливые, пульс 104 уд. в минуту. Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены, моча, стул обычной окраски.

Поставьте основной и сопутствующий диагнозы.

Назначьте дополнительное обследование.

Задача №11

Девочка 5 лет поступила в стационар с жалобами на геморрагические высыпания на коже и носовые кровотечения. Неблагоприятными моментами анамнеза жизни являются проявления экссудативного диатеза в виде высыпания на коже с первого года жизни, частые респираторные заболевания: по 3—15 раз в год в течение последних 2-х лет, аденоиды, обнаруженные при осмотре ЛОР-врачом 3 месяца тому назад. Проявлений повышенной кровоточивости ни у кого в семье и у ребенка в прошлом не отмечалось. Анамнез болезни: неделю тому назад девочка заболела ОРВИ, что проявлялось однократным подъемом температуры до 38,2, насморком, осиплостью голоса, покашливанием. Получала лечение бисептолом, тавегилом, домашними средствами. В

течение 4-х дней перестала лихорадить, самочувствие улучшилось, но сохранялся ринит. На этом фоне накануне поступления мать девочки заметила единичные синяки на коже туловища и конечностей, на следующий день количество синяков увеличилось, возникло носовое кровотечение, которое было остановлено путем передней тампонады врачом скорой помощи и ребенок госпитализирован в стационар.

При поступлении состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное, девочка активная, контактная, правильного телосложения, средней упитанности. Кожа, слизистые розовые, в носовых ходах кровяные корочки. На коже конечностей, туловища, а также на лице множественные экхимозы багрово-синюшного цвета, размером 0,5х0,5 см до 3 см в диаметре. На лице, шее и коже груди имеются также участки петехиальной сыпи. Мелкие точечные кровоизлияния на слизистой оболочке рта. Температура 36,8°. Лимфоузлы шейной группы единичные мелкие, носовое дыхание затруднено, слизистая оболочка зева разрыхлена, но не гиперемирована. Тоны сердца отчетливы, пульс 96 уд. в минуту, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Менингеальные симптомы отрицательные, физиологические отправления не нарушены, стул, моча обычной окраски.

Поставьте предположительный диагноз
Назначьте обследование.

Задача №12

Мальчик 8 лет поступил в стационар с жалобами на боли в животе, повышение температуры, жидкий стул, носовое кровотечение. В анамнезе жизни неблагоприятными моментами являются наличие хронического тонзиллита, ангины и респираторные инфекции по 2—3 раза в год. У ребенка в школе контакт по жидкому стулу.

Семейный анамнез не отягощен. Настоящие жалобы появились 2 дня тому назад, кроме того, мать ребенка отмечает, что в течение последнего месяца у мальчика отмечается обилие синяков на конечностях и единичные — на туловище без отчетливой связи с травмой. Во время данного заболевания продолжают появляться единичные свежие синяки, а в день поступления — носовое кровотечение.

При поступлении состояние средней тяжести, мальчик вялый, жалуется на боли в животе, тошноту, температура 37,5°. Телосложение правильное, физически развит по возрасту, средней упитанности. Кожа умеренно бледная, на конечностях и туловище множественные экхимозы разной давности, на лице и шее участки петехиальной сыпи, точечное кровоизлияние в склеру левого глаза. Слизистые оболочки розовые, чистые. Во время осмотра необильное носовое кровотечение, остановленное механическим прижатием. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ясные, пульс ритмичный 82 уд. в мин., дыхание везикулярное. Живот мягкий, но болезненный при пальпации в нижних отделах, отмечается урчание, во время осмотра жидкий стул (третий раз за день) с зеленью и слизью. Печень и селезенка не увеличены.

1. Поставьте основной и сопутствующий диагнозы,
2. Назначьте обследование.

Задача №13

Больная 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, но чаще 2 раз в год отмечаются неинтенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций в возрасте 12,5 лет стали отмечаться меноррагии. Родилась от 1 нормально протекающей беременности.

Родители считают себя здоровыми. При подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовым кровотечением.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны, кожные покровы бледные, многочисленные экстравазаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище. Встречаются петехии. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь, печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Нб 100 г/л, Эр. - $3,1 \cdot 10^{12}/л$, ЦП 0,9, Ретик.- 2%, Тром. - $450 \cdot 10^9/л$, Лейк. - $6,3 \cdot 10^9/л$, П/я - 3%, С/я - 69% , эоз. - 2%, Лимф. - 13%, Мон. - 13%, СОЭ 12 мм/час

Время кровотечения по Дьюку – 6 мин 30 сек.

Время свертывания: по Бюркеру: начало – 2 мин., конец – 3 мин., по Ли-Уайту – 9 мин.

Ретракция кровяного сгустка: после 24 часов – резко ослаблена, индекс ретракции – 0,2

Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена, ристоцетин-агрегация – нормальная.

О какой группе заболеваний Вы подумали?

Какие клинические и лабораторные данные позволяют предположить именно данную патологию?

Какие аномалии тромбоцитов имеются при этом заболевании?

Какие диагностические тесты существуют для определения функциональной неполноценности тромбоцитов?

КОАГУЛОПАТИИ

Задача №14

Мальчик 9 лет поступил в стационар с жалобами на боль, припухлость и нарушение подвижности левого коленного сустава. Из анамнеза жизни известно, что ребенок от II беременности, протекавшей без особенностей. Старшая сестра и родители мальчика считают себя здоровыми, дедушка по материнской линии страдал повышенной кровоточивостью и умер в молодом возрасте от инсульта. Родился ребенок в срок, с весом 3.500, период новорожденности, развитие до года — без особенностей, привит по возрасту. В годовалом возрасте после падения и ушиба отмечалась обширная гематома головы. Мальчик обследовался и лечился в стационаре, после чего ежегодно по 2—3 раза попадает в стационар с различными проявлениями кровоточивости: гемартрозы локтевых, коленных и голеностопных суставов, гематомы мягких тканей конечностей, кровотечение из прикушенной ранки языка. Предыдущее поступление в больницу — полгода тому назад в связи с гематомой мышц бедра после ушиба. Настоящему обострению предшествовало падение с велосипеда и ушиб коленного сустава накануне утром. Боль в суставе появилась и стала нарастать во время занятий в школе, мальчик госпитализирован скорой помощью, предыдущие выписные документы при поступлении отсутствуют. Со слов ребенка известно, что интеркуррентными инфекциями болел редко, посещал детский сад, в течение последнего года инфекциями не болел, в прошлом — перенес ветряную оспу.

При поступлении состояние средней тяжести, мальчик плаксивый из-за боли в ноге. Телосложение правильное, упитанность средняя, кожа, слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Отмечается умеренно выраженная деформация правого локтевого сустава, но ограничений подвижности нет. Левый коленный сустав увеличен в объеме, мягкие ткани над ним горячие на ощупь, отмечается резкая болезненность, ограничение подвижности, конечность полусогнута. Остальные суставы не изменены. Периферические лимфоузлы не увеличены, катаральных явлений нет. Тоны сердца отчетливые, пульс 90 уд. в мин. Дыхание

везикулярное, живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены, физиологические отправления не нарушены.

Поставьте предварительный диагноз.

Окажите помощь.

Назначьте обследование, необходимое при поступлении.

Задача №15

Мальчик 12 лет поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 38,6, боль и припухлость правого плеча, боль в горле при глотании. Из анамнеза жизни известно, что мальчик от I, нормально протекавшей беременности, семейный анамнез не отягощен. Родился в срок с весом 3.800, до года не болел. После года, начав посещать детские учреждения болел по 4—5 раз в год, переносил ОРВИ, ангины. С 6-летнего возраста наблюдается ЛОР-врачом по поводу хр. тонзиллита, перенес ветряную оспу, краснуху. В течение последних 4-х лет болеет значительно реже: по 1—2 раза в год. С 1,5 лет наблюдается гематологом в связи с появлением гемартрозов и гематом после ушибов. В возрасте 2-х лет диагностирована гемофилия А. Обострения переносит по 2—3 раза ежегодно в виде гематом, гемартрозов коленных и голеностопных суставов, кровотечения после удаления зуба, отмечались также желудочно-кишечное кровотечение и забрюшинная гематома после падения. 2 дня тому назад мальчик бегал с другими детьми на улице и при падении ушиб правую руку. Со вчерашнего дня отмечается боль в области плеча, нарастающая в динамике, припухлость, сегодня данные жалобы заметно выросли. Накануне вечером отмечался подъем температуры, появилась боль при глотании.

При поступлении состояние средней тяжести, мальчик вялый. Кожа чистая, обычной окраски. Слизистая зева ярко гиперемирована, миндалины гипертрофированы II степени, покрыты массивными гнойными, налетами. Увеличенные и умеренно болезненные лимфоузлы подчелюстные и переднее - шейные. Отмечается небольшая пастозность лица. Мальчик правильного телосложения, коленные, голеностопные суставы несколько деформированы (по типу шаровидной деформации) безболезненные, функция их не нарушена. Правое плечо резко болезненно, значительно превышает в окружности левое, мягкие ткани резко болезненны, напряжены, припухлость распространяется практически на всем протяжении от плечевого до локтевого сустава. Подвижность правой руки вследствие этого ограничена. Температура 38,6. Тоны сердца умеренно приглушены, пульс 108 уд. в мин. Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул, моча нормальной окраски. Менингеальные симптомы отрицательные.

Поставьте основной и сопутствующий диагнозы.

Назначьте обследование.

Задача №16

Больной О., 5 лет, обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничения движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза: с 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечается кровотечение из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушиба возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограниченность в них. Все выше перечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нём ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение

подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Нб 100г/л, Эр. – $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, Ретик. – 3%, Тромб. – $300 \cdot 10^9$ /л, Лейк. – $8,3 \cdot 10^9$ /л, П/я – 3%, С/я – 63%, Э – 3%, Л – 22%, М – 9%, СОЭ – 12 мм/час

Длительность кровотечения по Дьюку: 2 мин 30 сек

Время свертывания крови по Ли-Уайту: >15 мин

О каком заболевании у данного больного можно думать?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какая фаза гемостаза страдает при данной патологии?

НЕФРОЛОГИЯ

Задача №1

Мальчик 12 лет, госпитализирован в эндокринологическое отделение с диагнозом сахарный диабет.

Из анамнеза: родился в срок от 1 беременности, беременность и роды протекали нормально. Рос и развивался нормально, редко болеет простудными заболеваниями, за месяц до поступления мама заметила, что мальчик стал часто мочиться. За 2 дня до поступления сдан анализ мочи, выявлено: сахар в моче 2,0

Объективно общее состояние средней тяжести, жалуется на общую слабость. Физическое развитие соответствует возрасту. Со стороны легких и сердца данные без патологии. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, мочиться часто.

Анализ крови: Эр. $4,7 \cdot 10^{12}$ /л; НБ- 140 г/л; лейко- $6,2 \cdot 10^9$ /л; э-2%; п-1%, с/я-65%, лим-25%, мон-7%, СОЭ-12мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, креатинин - 70 мкмоль/л, мочевины - 6,2 мкмоль/л, сахар - 4 г/л, Са - 2,1 мкмоль/л, Р - 1,8 мкмоль/л.

Анализ мочи : белка нет, лейкоциты-1-2-3 в п/з , в суточной моче сахар-3,0.

Вопросы:

- 1) Поставьте диагноз
- 2) Обоснуйте патогенетические механизмы глюкозурии
- 3) Какова тактика введения больного

Задача №2

Девочка 8 лет госпитализирована с жалобами на боли в поясничной области, и изменения в анализе мочи – лейкоцитурия.

Из анамнеза девочка страдает пиелонефритом, больна с 5 летнего возраста, обследовалась. Рентгенологически выявлено удвоение почек с обеих сторон. Обострение заболевания по 2-3 раза в год, периодически лечится в стационаре. Часто болеет ОРВИ. Генеологический анамнез не отягощен.

Состояние при поступлении средней тяжести, выражены симптомы интоксикации. Со стороны легких и сердца изменений нет. Тоны сердца приглушены, живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области болезненно, мочится до 6-7 раз в сутки.

Анализ крови: Эр. $3,8 \cdot 10^{12}$ /л; НБ- 126 г/л; лейко- $12,1 \cdot 10^9$ /л; э-2%; п-6%, с/я 70%, лим 19%, мон-2%, СОЭ-30мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, креатинин - 60 мкмоль/л, мочевины – 5,6 мкмоль/л. Клубочковая фильтрация – 90 мл/мин. Канальцевая реабсорбция – 98,5%

Анализ мочи: удельный вес – 1011, белок – 0,033%, лейкоциты - большое количество. Морфология мочевого осадка (лейкоцитов) – нейтрофилов – 70%, лимфоцитов – 30%. Суточная экскреция белка – 0,234 мг/24ч.

Проба по Зимницкому – дневной диурез – 480 мл, ночной диурез – 910 мл. Колебания удельного веса – 1010-1017.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз согласно классификации
- 2) Обоснуйте диагноз

Задача №3

Мальчик 10 лет госпитализирован с жалобами на отеки, изменения цвета мочи болен 2 день.

Из анамнеза: за 2 недели до появления выше указанных жалоб, перенес фолликулярную ангину. Родился в срок от 3 нормально протекавшей беременности. Редко болеет

Объективно состояние тяжелое, выражены отеки на лице, нижних конечностях в брюшной полости асцит. Над легкими везикулярное дыхание, прослушивается на всем протяжении. Ритм сердечных сокращений правильный, тоны сердца приглушены. Зев чистый. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличена. Моча красноватая, мутная.

Анализ крови: Эр. $4,2 \cdot 10^{12}/л$; Нб- 130 г/л; лейкоц- $8,5 \cdot 10^9/л$; э-5%; п-4%, с/я-67%, лим-20%, мон-6%, СОЭ-25мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок-58 г/л, креатинин-90 мкмоль/л, мочевины-6,2 мкмоль/л. Клубочковая фильтрация- 50 мл/мин, канальцевая реабсорбция воды-98,9%, β -липопротеиды 45 ед(норм50).

Анализ мочи: удельный вес - 1020, белок-1,2г/л, лейкоциты 7-8 в п/з, эритроциты сплошь.

Вопросы:

- 1) Ваш диагноз
- 2) Дайте оценку функций по данным биохимического анализа крови

Задача №4

Больной 7 лет, поступил в клинику на 3 день болезни с жалобами на головную боль, отеки лица, голеней. Появлением мочи в виде «мясных помоев». Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых срочных родов. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ. Генеалогический анамнез не отягощен. Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отек лица, пастозность голеней стопы. Зев не резко гиперемирован, миндалины 2-3 см, разрыхлены, без наложений. АД-130/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 300-350 мл, моча красного цвета.

Анализ крови: Нб – 125г/л, Эр – $4,5 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц. – $12,5 \cdot 10^9/л$, п – 5%, с – 60%, л – 24%, м – 6%, СОЭ – 20 мм/ч.

Анализ мочи: цвет – красный, реакция – щелочная, отн. плотность - 1023, белок – 0,99%, лейкоц. – 1-2-3 в п/з, эр. – измененные, покрывают все п/з, эпителий -1-2 в п/з, цилиндры – зернистые 3-4 в п/з.

Биохимия крови: общий белок – 65 г/л, альбумины – 53%, глобулины - 47% , мочевины – 17,2 моль/л, креатинин – 200 мкмоль/л, К – 5,21 моль/л, холестерин – 6 моль/л, β -липопротеиды – 50 ЕД (N), суточная экскреция белка с мочой – 300 мг/сут.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Тактика лечения.

Задача № 5

Девочка 5 лет, от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией в третьем триместре. Роды вторые в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 52. Находилась на грудном вскармливании до 2 мес. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ – редко.

Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появилась резкая боль в поясничной области, озноб, температура тела 39°C , двукратная рвота, желтушность кожи, моча темного цвета.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно – ключичной линии, верхняя – 3 ребро. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС – 100 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +4 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигоанурия. На следующий день – анурия.

Анализ крови: Hb- 100г/л, Эр – $35 \cdot 10^{12}$ /л, Ретик. – 8%, Тромб. – $70,0 \cdot 10^9$ /л, Лейк. – $15,7 \cdot 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 70%, л – 19%, СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 20, 0мл, цвет – темно-коричневый, отн. плотность – 1,008, белок – 0,66%, лейкоц. – 4-6 в п/з, эр. – до 100 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, СРБ - ++, общий билирубин – 40 мкмоль/л (прямой – 3,5 мкмоль/л, непрямой – 36,5 мкмоль/л), холестерин-4,7 моль/л, глюкоза – 4,5 моль/л, мочевины – 38,6 моль/л, креатинин – 673 моль/л (N=до 100), калий – 6,9 моль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину – 18 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены правильно, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, ЧЛС не изменена.

Вопросы:

Сформулируйте развернутый клинический диагноз.

2. Тактика врача в данном случае.

Задача № 6

Больная Света М., 16 лет, госпитализирована в ДРКБ, в нефрологическое отделение с жалобами на боли в поясничной области справа, появление небольшого количества мочи красного цвета. Со слов больной, перестала мочиться, после чего боли усилились (не мочится в течение суток).

Девочка с детства страдает дисметаболической нефропатией, гипероксалурией. На контрольном УЗИ проведенном за 6 мес. До поступления в правой почке определяется конкремент 6*8 мм. До настоящего времени жалоб на боли не предъявляла.

Анализ крови: Эр. – $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, Hb – 140г/л, Лейк. – $11,0 \cdot 10^9$ /л, п – 9%, э – 1%, с/я – 710%, л – 7%, м – 3%.

Биохимический анализ крови: белок – 70 г/л, альбумины – 53 г/л, креатинин – 172 мкг/л (N= до 100), мочевины – 13,5 ммоль/л, калий – 5,7 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.

2. Назначьте необходимое дообследование.

3. Тактика ведения больного.

Задача №7

Мальчик, 7 лет, госпитализирован с жалобами на повышение температуры до 38°C . Частое болезненное мочеиспускание, однократно заметил кровь в конце мочеиспускания. Со слов мальчика за два дня до появления жалоб сидел на холодном камне. Родился в срок от первой нормальной беременности. Простудными заболеваниями болеет редко. Родители здоровы. При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, розовые. Зев чист. При аускультации над лёгкими везикулярное дыхание. Тоны сердца звучные, ясные. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивания по поясничной области безболезненное. Мочеиспускание частое, болезненное.

Анализы:

Кровь: Эр - $3,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб - 130 г/л, лейко - $6,8 \cdot 10^9/\text{л}$, эоз - 3%, п/я - 10%, с/я - 68%, лимф - 14%, м - 5%, СОЭ - 25 мм/ч

Биохимический анализ крови: клубочковая фильтрация - 100мм/мин, реарб. воды - 99%, креатинин - 60 мкмоль/л, мочевины - 4,5 ммоль/л

Анализ мочи: белок - 0.066г/л, уд.вес - 1020, лейко - большое количество, эритроциты - 20-30 в п/зр.

Морфология мочевого осадка: в мазке нейтрофилы - 75%, лимфоциты - 25%

УЗИ почек: размеры и структура почек не изменены.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз. Обоснуйте.

Какие дополнительные методы исследования нужно назначить для подтверждения диагноза.

Назначьте лечение.

Задача № 8

Девочка 16 лет, госпитализирована с жалобами на слабость, вялость, боли в поясничной области. В общем анализе мочи: лейкоцитов большое количество, эритроцитов до 10 в поле зрения.

Из анамнеза страдает пиелонефритом с 10 лет. Неоднократно лечилась в условиях стационара, проведено рентгенологическое обследование: на урограммах выявлен правосторонний нефроптоз, ротация левой почки, цистограмма без патологии, по данным формы 112, обострения 2-3 раза в год, лечится периодически в стационаре и амбулаторно. Наблюдается нефрологом. Страдает хроническим тонзиллитом. Генеологический анамнез не отягощен. Настоящая беременность и роды у матери протекали без осложнений.

Состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы бледные. Тени под глазами, периорбитальный цианоз. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Зев чистый, миндалины рыхлые, гипертрофированы. Живот мягкий. Печень не пальпируется. Стоя пальпируется нижний полюс правой почки. Мочится до 7-8 раз в сутки.

Анализ крови: Эр $4,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб 130г/л, лейкоциты $13 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я - 7%, с/я - 69%, лимф - 20%, м 4%, СОЭ - 26мм/ч.

Биохим. Ан. крови: креатинин 100мкмоль/л, мочевины 7,2 ммоль/л, клубочковая фильтрация 120мл/мин, канальцевая реабсорб 98,5%.

ОАМ: удельный вес - 1015, белок - 0,066%, лейкоц. - большое кол-во, эр. - ед. в поле зрения.

Морфология (лейкоцитов) в мочевом осадке 72%- нейтрофилы, 28%- лимфоциты.

Осмолярность мочи - 580мОсмоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз согласно классификации.

2. Выделите патологические данные лабораторного исследования у больной.

Ответы к задачам.

Ответы к задачам. Раздел «Гематология»

Анемии

Задача №1

1. Наследственный микросфероцитоз, период гемолитического криза.
2. План обследования: биохимический анализ крови с определением билирубина, гаптоглобина, определение осмотической стойкости эритроцитов, эритроцитометрия (после завершения гемолитического криза), обследование матери больного.

Задача №2

1. Диагноз: железодефицитная анемия недоношенных.
2. План обследования: определение железа в сыворотке крови, общей и латентной железосвязывающей способности, коэффициента насыщения.

Задача №3

1. Основной диагноз: вторичный пиелонефрит, период обострения, удвоение левой почки. Сопутствующий диагноз: несфероцитарная гемолитическая анемия, период криза.
2. План обследования: клинический анализ крови, анализ мочи, посев мочи, мазок из вульвы, функциональные пробы почек, биохимический анализ крови с определением общего белка, протеинограммы, СРБ, мочевины, креатинина, фосфора, кальция, сахара, гаптоглобина, билирубина, свободного гемоглобина, плазмы, ферментов эритроцитов, реакция Кумбса — определение антител к эритроцитам.

Задача №4

1. Диагноз: железодефицитная анемия.
2. План обследования: определение железа в сыворотке крови, общей и латентной железосвязывающей способности, показатели ферритина, коэффициента насыщения, ЭФГДС.

Задача №5

1. Диагноз основной — железодефицитная постгеморрагическая анемия; сопутствующий — распространенный ангиомадоз.
2. План обследования: определение железа в сыворотке крови, общей и латентной железосвязывающей способности, коэффициента насыщения, кал на скрытую кровь, ЭФГДС, фиброколоноскопия.

Задача №6

1. Диагноз — врожденная апластическая анемия типа Фанкони, период обострения.
2. План обследования: миелограмма, трепанбиопсия, биохимический анализ крови с определением гемоглобина, анализы мочи, кала, ЭКГ, УЗИ внутренних органов, цитогенетический анализ.

Задача №7

1. Основной диагноз — острая правосторонняя долевая пневмония, ДН I—II; сопутствующий диагноз: апластическая анемия.
2. План обследования: рентгенограмма грудной клетки, анализ мочи, кала, посевы мазков из зева, мокроты, биохимический анализ крови, миелограмма (после исчезновения симптомов интоксикации), трепанбиопсия, ЭКГ, УЗИ внутренних органов.

Система гемостаза

Задача №8

Пятнисто-петехиальный.

Идиопатическая тромбоцитопения.

Количество тромбоцитов, антитела к тромбоцитам

Задача №9

Основной диагноз - болезнь Виллебранда, луночное кровотечение.

План обследования: общий анализ крови, тромбоциты, длительность кровотечения по Дьюку, динамические свойства тромбоцитов, коагулограмма с определением фактора Виллебранда.

Задача №10

Основной диагноз: грипп.

Осложнение: приобретенная (токсическая, лекарственная) тромбоцитопатия.

Задача №11

Основной диагноз: Острая тромбоцитопеническая пурпура.

Обследование: общий ан. крови с определением числа тромбоцитов, длительности кровотечения по Дьюку, биохим. ан. крови: общий белок, протеинограмма, СРБ, сиаловые кислоты, определение тромбоцитарных антител, группы крови, резус-фактора, осмотр ЛОР-врача, стоматолога, ан. мочи, мазки из зева на гем.стрептококк.

Задача №12

Основной диагноз: острая кишечная инфекция — энтерит. Сопутствующий: острая тромбоцитопеническая пурпура.

Обследование: общий ан. крови с определением числа тромбоцитов, длительности кровотечения по Дьюку. Посев кала на кишеч. группу, стафилококк, копрограмма, биохим. ан. крови: белок, креатинин, фракции билирубина, трансаминазы.

Задача №13

Тромбоастения Гланцмана.

Носовое кровотечение, петехиально-пятнистый сыпь на коже.

Нарушение адгезивно-агрегационной способности.

Определение адгезивной способности тромбоцитов к стеклу, коллагену, агрегационной способности под влиянием АДФ, адреналина, коллагена

Коагулопатии

Задача №14

Основной диагноз — гемофилия, гемартроз левого коленного сустава.

Неотложная помощь при поступлении: иммобилизация сустава, обезболивающие средства, АГП в/в — капельно.

Обследование: время свертывания венозной крови, по - возможности коагулограмма (или данные о ней по документам) или проба со старой плазмой — до введения антигемофильных препаратов, ан. крови, ан. мочи, группа крови, резус-фактор.

Задача №15

Основной диагноз — лакунарная ангина.

Сопутствующий диагноз: гемофилия А, гематома правого плеча.

Обследование: ан. крови клинический, биохимический с определением белка, протеинограммы, СРБ, антистрептококковых антител, ан. мочи, кала, посев зева на гемолитический стрептококк, осмотр ЛОР - врача, рентгенограмма плечевой кости, определение группы крови, резус-фактора.

Задача №16

Коагулопатия.

Определить VIII и IX факторы свертывания.

Первая фаза процесса свертывания крови, нарушение по внутреннему механизму.

Примеры контрольных вопросов.

1. Укажите основные функции системы гемостаза.
2. Каковы основные структурно-функциональные компоненты свертывающей системы?
3. Каковы основные структурно-функциональные компоненты противосвертывающей системы?
4. Назовите основные этапы и патогенез тромбообразования.
5. Назовите основные показатели коагулограммы.
6. Классификация анемий по цветовому показателю, диаметру эритроцитов, количеству ретикулоцитов и степени тяжести.
7. Дайте определение понятия геморрагические диатезы (ГД).
8. Современная классификация геморрагических диатезов.
9. Назовите основные клинические проявления ГД.
10. Назовите основные типы кровоточивости, которые имеют место при ГД.
11. Какие формы анемий относятся к гиперхромным?
12. Причины развития дефицита В12?
13. Основные клинические проявления В12-дефицитной анемии?
14. Характеристика гемограммы и миелограммы при гиперхромных анемиях, тип кроветворения?
15. Принципы лечения гиперхромных анемий.
16. Определение понятия «гипохромные» анемии, их место в рамках рабочей классификации анемий.
17. Острый гломерулонефрит. Клинико-лабораторная диагностика.
18. Хронический гломерулонефрит. Классификации.
19. Амилоидоз почек. Нефротический синдром.
20. Острый и хронический пиелонефрит. Мочекаменная болезнь.

Ответы к задачам. Раздел «НЕФРОЛОГИЯ»

Задача №1

1. Почечная глюкозурия.
2. Заболевание связано с изолированными нарушениями реабсорбции глюкозы в проксимальных канальцах.
3. Специального лечения почечной глюкозурии в большинстве случаев не требуется. Нужно обеспечить правильное питание ребенка, чтобы избежать перегрузки углеводами, которая увеличивает потери сахара.

Задача №2

1. Хронический (обструктивный) пиелонефрит, фаза активного воспаления. ПН1 (парциальное нарушение функции почек по тубулярному типу).
2. а) Длительность течения заболевания (в течение 3 лет с частыми обострениями)
б) на фоне врожденной аномалии почек – удвоение почек
в) в анализе мочи - лейкоцитурия нейтрофильного характера
в анализе крови - лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, ускоренное СОЭ

г) изолированное нарушение функции концентрационной функции – снижение удельного веса по пробе Зимницкого

Задача №3

1. Острый гломерулонефрит с нарушением функции почек по гломерулярному типу.
2. Снижена клубочковая фильтрация.

Задача №4

1. Острый гломерулонефрит с нефритическим (гематурическим) синдромом. Почечная недостаточность острого периода.
2. Диета: исключение соли и белка.
Лазикс 1-3 мг в/в, эуфиллин 2,4% 0,12-0,18 мл/кг, глюкоза 10-20% в/в, реополиглюкин, гепарин 200-300ЕД/кг.
При гиперкалиемии: хлористый кальций или глюконат кальция в/в.
При гипертензионном синдроме – гипотензивные средства, диуретики, препараты АПФ (противопоказаны при гиперкалиемии)

Задача №5

1. Гемолитико-уремический синдром.
2. Показан гемодиализ срочно. Показания: анурия, азотемия, гиперкалиемия.

Задача №6

1. МКБ. Обструктивная уропатия. ОПН постренального характера.
2. УЗИ почек, мочевого пузыря.
3. Перевод в урологическое отделение.

Задача №7

1. Острый цистит: дизурические расстройства, повышение температуры, отсутствие симптомов интоксикации, отсутствие изменений со стороны почек на УЗИ. В анализе мочи лейкоцитурия нейтрофильного характера
2. УЗИ мочевого пузыря, в плане обследования–цистоскопия.
Посев мочи на флору, чувствительность к антибиотикам и степень бактериурии.
3. В качестве эмпирической терапии защищённые пенициллины и фурагин до получения посева.

Задача №8

1. Хронический пиелонефрит (обструктивный) фаза активного воспаления. Парциальное нарушение функции почек по тубулярному типу- ПН1.
2. Отмечается нарушение – снижение функции осмотического концентрирования почек, что свидетельствует о нарушении тубулярной функции.

3.4.3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.

№ п/п	Вид и номер компетен ции	Содержание компетенции	Элемент компетенции	Результат освоения	Показатели оценивания
1	УК - 1	Способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях	Решение задач, сформулированных преподавателем, Самостоятельное формулирование задач в устной и письменной форме, Изложение аргументов в устной и письменной форме	Знать	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.
2	УК - 3	Готовность участвовать в работе российских и международных исследовательских коллективов по решению научных и научно-образовательных задач	Решение задач, сформулированных преподавателем, Самостоятельное формулирование задач в устной и письменной форме, Изложение аргументов в устной и письменной форме	Владеть	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.
3	УК - 4	Готовность использовать современные методы технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках	Решение задач, сформулированных преподавателем, Самостоятельное формулирование	Уметь	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных

			задач в устной и письменной форме, Изложение аргументов в устной и письменной форме		задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.
4	УК - 5	Способность следовать этическим нормам в профессиональной деятельности	Решение задач, сформулированных преподавателем, Самостоятельное формулирование задач в устной и письменной форме, Изложение аргументов в устной и письменной форме	Знать	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.
5	ОПК - 3	Способность и готовность к анализу, обобщению и публичному представлению результатов выполненных научных исследований	Решение задач, сформулированных преподавателем, Самостоятельное формулирование задач в устной и письменной форме, Изложение аргументов в устной и письменной форме	Уметь	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.
6	ОПК - 4	Готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан	Решение задач, сформулированных преподавателем,	Владеть	Устный опрос. Письменная работа.

			Самостоятельное формулирование задач в устной и письменной форме, Изложение аргументов в устной и письменной форме		Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.
7	ОПК - 6	Готовность к преподавательской деятельности по образовательным программам высшего образования	Решение задач, сформулированных преподавателем, Самостоятельное формулирование задач в устной и письменной форме, Изложение аргументов в устной и письменной форме	Знать	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. ГИА.
8	(ПК-3)	Способность и готовность применять алгоритм постановки диагноза, назначения лечения и определения эффективности проведенных терапевтических мероприятий у детей и подростков	Решение задач, сформулированных преподавателем, Самостоятельное формулирование задач в устной и письменной форме, Изложение аргументов в устной и письменной форме	Уметь	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. Модульная работа ГИА.

9	(ПК-4)	Способностью и готовностью к анализу вскармливания и питания здоровых и больных детей, определению особенностей обмена веществ для совершенствования программ профилактики, лечения и реабилитации детей и подростков	Решение задач, сформулированных преподавателем, Самостоятельное формулирование задач в устной и письменной форме, Изложение аргументов в устной и письменной форме	Владеть	Устный опрос. Письменная работа. Решение ситуационных задач. Тестирование письменное. Индивидуальные домашние задания. Модульная работа. ГИА.
---	--------	---	--	---------	---

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

Номер темы	Основные показатели оценки и результатов	Формы и методы контроля	Критерии оценивания	Шкала оценивания
Острые инфекционно — токсические поражения почек. Синдром сдавления. Острая почечная недостаточность. Консервативное лечение. Методы гемодиализа.	Демонстрация умений:- Выполнять клиническое обследование больного с патологией почек; Оценивать тяжесть состояния больного, принимать необходимые меры для коррекции выявленного состояния, определять показания для госпитализации; Выполнять клиническое обследование больного с острой почечной недостаточностью; Пользоваться учебной, научной и научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности; знание:- фундаментальных аспектов развития и регуляторных механизмов функционирования. Показаний для использования инвазивных методов исследования Современные методы лечения острой почечной недостаточности. Показания для проведения гемодиализа.	УО-1, ПР-1, ПР-2, ТС-3, Пр - 5	стандарт	стандарт
Острый гломерулонефрит. Клинико-лабораторная диагностика. Хронический гломерулонефрит. Классификации.	Демонстрация умений:- Выполнять клиническое обследование больного с патологией почек; Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований; Устанавливать диагноз, проводить лечение и реабилитацию больных с заболеваниями почек; Оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для коррекции выявленного	УО-1, ПР-1, ПР-2, ТС-3, Пр - 5	стандарт	стандарт

	состояния, определить показания для госпитализации; знание:- клинические проявления, диагностику и дифференциальную диагностику острых и хронических гломерулонефритов; современные принципы лечения гломерулонефритов с позиций доказательной медицины.			
Амилоидоз почек. Нефротический синдром.	Демонстрация умений:- Выполнять клиническое обследование больного с патологией почек; Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований; Устанавливать диагноз, проводить лечение и реабилитацию больных с заболеваниями почек; Пользоваться учебной, научной и научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности; знание:- стандарты лечения; клинические проявления, диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний почек; неинвазивные и инвазивные диагностические технологии.	УО-1, ПР-1, ПР-2, ТС-3, Пр - 5	стандарт	стандарт

Острый и хронический пиелонефрит. Мочекаменная болезнь.	Демонстрация умений:- Выполнять клиническое обследование больного с патологией почек; Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований; Устанавливать диагноз, проводить лечение и реабилитацию больных с заболеваниями почек; Оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для коррекции выявленного состояния, определить показания для госпитализации; знание:- клинические проявления, диагностику и дифференциальную диагностику острых и хронических пиелонефритов; современные принципы лечения пиелонефритов с позиций доказательной медицины.	УО-1, УО-2, ПР-1, ПР-2.	стандарт	стандарт
Хроническая почечная недостаточность.	Демонстрация умений:- Выполнять клиническое обследование больного с патологией почек; Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований; Устанавливать диагноз, проводить лечение и реабилитацию больных с заболеваниями почек; Оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для коррекции выявленного состояния, определить показания для госпитализации; знание:- клинические проявления, диагностику и дифференциальную диагностику хронической почечной недостаточности; современные принципы лечения хронической почечной недостаточности с позиций доказательной медицины.	УО-1, УО-2, ПР-1, ПР-2.	стандарт	стандарт

Анемии. Классификации. Анемии, возникающие в результате дефицитного эритропоэза. Железодефицитная анемия. Витамин В₁₂-дефицитная анемия. Фолиеводефицитные анемии. Апластические анемии. Анемии, связанные с повышенной деструкцией эритроцитов (гемолитические).	Демонстрация умений:- Выявлять анемический синдром на ранних этапах его развития и анализировать полученные данные; Выполнять клиническое обследование больного с анемическим синдромом; пользоваться учебной, научной и научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности; знание:- Возможности дифференциации гипохромных, нормохромных, гиперхромных анемий. Показания для использования инвазивных методов исследования (включая стерильную пункцию). Современные методы лечения анемий	УО-1, УО-2, ПР-1, ПР-2.	стандарт	стандарт
Острые лейкозы. Классификации. Хронические лейкозы. Остеомиелосклероз. Остеомиелофиброз.	Демонстрация умений:- Выполнять клиническое обследование больного с патологией органов кроветворения; Оценивать тяжесть состояния больного, принимать необходимые меры для коррекции выявленного состояния, определять показания для госпитализации; Выполнять клиническое обследование больного с лейкозией; Пользоваться учебной, научной и научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности; знание:- фундаментальных аспектов развития и регуляторных механизмов функционирования органов кроветворения. Показаний для использования инвазивных методов исследования (включая стерильную пункцию и трепанобиопсию подвздошной кости). Современные методы лечения лейкозий.	УО-1, УО-2, ПР-1, ПР-2.	стандарт	стандарт

Лимфогранулематоз. Лимфосаркома. Саркоидоз (Бенъе-Бека-Шаумана).	Демонстрация умений:- Выполнять клиническое обследование больного с патологией органов кроветворения; Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований; Устанавливать диагноз, проводить лечение и реабилитацию больных с заболеваниями органов кроветворения; Оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для коррекции выявленного состояния, определить показания для госпитализации; знание:- фундаментальных аспектов развития и регуляторных механизмов функционирования органов кроветворения; клинические проявления, диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний органов кроветворения; современные принципы лечения миелопролиферативных заболеваний с позиций доказательной медицины.	УО-1, УО-2, ПР-1, ПР-2.	стандарт	стандарт
---	---	------------------------------------	-----------------	-----------------

Устные опросы (УО-1), тестирование (ПР-1), письменные опросы (ПР-2),

Ситуационные задачи (ТС-3), рефераты (Пр – 5)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Основная литература

№	Наименование	Авторы	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Гематология детского возраста : учеб. пособие	В.П. Булатов	Феникс, 2006	1	
2.	Гематология детского возраста : учеб. пособие	О. В. Халецкая	НижГМА, 2013	1	
				http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424261.html	
3.	Детская гематология : клинические рекомендации	А. Г. Румянцев	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015	15	
				http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417225.html	
4.	Методика исследования системы крови у детей. Семиотика и синдромы поражения: метод. разработка.		Владикавказ, 2008	20	
5.	Детские болезни : учебник	Исаева Л. А.	Медицина, 2002	2	
6.	Рациональная фармакотерапия детских заболеваний: руководство для практикующих врачей в 2 кн.	ред. А.А. Баранов	М.: Литтерра, 2007	Т. 1 -10 Т. 2 -10	
7.	Педиатрия : учебник	Шабалов Н. П.	СпецЛит, 2003	2	
8.	Педиатрия: национальное руководство: в 2т.		М.:ГЭОТАР-Медиа,2009	Т.1-2 Т.2-2	

Дополнительная литература.

№	Наименование	Авторы	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в биб-	на ка-

				лиотек е	федре
1.	Педиатрия. Клинические рекомендации	Баранов А.А.	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2006	10	
2.	Лекции по педиатрии	Эрман М. В.	Теремок, 2005	2	

**Список учебно-методической литературы, изданной сотрудниками
кафедры детских болезней №3**

№	Наименование	Авторы	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в биб- лиотеке	на кафедре
1.	Гастроэнтерология. Эндокринология детского возраста. Учебное пособие для врачей-интернов, клинических ординаторов, слушателей ФПДО	Касохов Т.Б., Цораева Л.К., Цораева З.А.	Владикавказ, 2010	1	3
2	Иммунология. Словарь- справочник для врачей.	Касохов Т.Б., Цораева З.А.	Владикавказ, 2009	2	5
3.	Воспалительные заболевания кишечника у детей	Касохов Т.Б., Цораева Л.К., Цораева З.А.	Владикавказ, 2016	-	5
4.	Вирусные гепатиты у детей	Касохов Т.Б., Хубаева И.В., Касохова В.В., Цораева З.А.	Владикавказ, 2015	-	4
5.	Атопический дерматит у детей	Касохов Т.Б., Цораева З.А.	Владикавказ, 2016	13	5
6.	Атопический дерматит у детей	Касохов Т.Б., Касохова В.В., Павловская Л.В., Цораева З.А.	Владикавказ, 2015	-	6
7.	Становление иммунной системы и иммунопатологические состояния у детей	Касохов Т.Б., Касохова В.В., Цораева З.А.	Владикавказ, 2015	-	6
8.	Гельминтозы у детей	Касохов Т.Б., Цораева З.А.,	Владикавказ, 2017	-	5

		Туриева С.В., Кусова А.Р.			
9.	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей	Касохов Т.Б., Цораева З.А., Сохиева Ф.А.	Владикавказ, 2017	-	4
10.	Воспалительные заболевания кишечника у детей	Касохов Т.Б., Цораева Л.К., Цораева З.А. Касохова В.В.	Владикавказ, 2012	ЭБ СОГМА	4

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть «Интернет»), необходимых для освоения дисциплины (модуля).

1. <http://www.elibrary.ru> – научная электронная библиотека, осуществляется поиск по тематическому разделу, названию журнала, автору. Содержит каталог русскоязычных и иностранных изданий.
2. <http://www.studmedlib.ru> – Электронная библиотеке медицинского вуза «Консультант студента».
3. ru.wikipedia.org - Поиск по статьям свободной универсальной энциклопедии, написанным на русском языке. Избранные статьи, интересные факты, текущий день в истории, ссылки на тематические порталы и родственные проекты.

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы

Стандарты медицинской помощи: <http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts3&mod2=db1>

- Протоколы ведения больных: <http://www.rspor.ru/index.php?mod1=protocols3&mod2=db1>

- Государственный реестр лекарственных средств:
<http://www.drugreg.ru/Bases/WebReestrQuery.asp>

- Российская энциклопедия лекарств (РЛС): <http://www.rlsnet.ru>

- Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: <http://www.vidal.ru>

- Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины.

<http://www.osdm.org/index.php>

- Московский центр доказательной медицины. <http://evbmed.fbm.msu.ru/>

- Лекции для последипломного образования «Принципы клинической фармакологии» Клинического центра Национального института здоровья США.

<http://www.cc.nih.gov/researchers/training/principles.shtml>

Электронные версии журналов:

«Consilium medicum» - <http://www.consilium-medicum.com/media/consilium>

«Вестник доказательной медицины» <http://www.evidence-update.ru/>

«Врач» - <http://www.rusvrach.ru/journals/vrach>

«Гематология и трансфузиология» - <http://www.medlit.ru/medrus/gemat.htm>

«Доказательная кардиология» - <http://www.mediasphera.ru/journals/dokcard>

«Интенсивная терапия» - <http://www.icj.ru>

«Инфекции и антимикробная терапия» -

<http://www.consilium-medicum.com/media/infektion/index.shtml>

«Проблемы эндокринологии» - <http://www.medlit.ru/medrus/probe.htm>

«Пульмонология» - <http://www.consilium-medicum.com/media/pulmo>

«Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии» - <http://www.m-vesti.ru/rggk/rggk.html>

«Русский медицинский журнал» - <http://www.rmj.ru>

«Справочник поликлинического врача» - <http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

«Трудный пациент» - <http://www.t-pacient.ru>

«Фарматека» - <http://www.pharmateca.ru>

Материально-техническое обеспечение учебной дисциплины (модуля)

Кафедра детских болезней №3 располагает материально-технической базой, обеспечивающей проведение всех видов теоретической и практической подготовки, предусмотренных учебным планом аспиранта. Материально-техническая база кафедры включает в себя:

- компьютеры с выходом в Интернет и в локальную сеть;
- принтеры;
- сканеры;
- ксероксы;
- видеопроекционное устройство.
- муляжи

Академия располагает компьютерными классами, объединенными в локальную сеть, с выходом в Интернет, оснащенными компьютерами.

Образовательные технологии

Используемые образовательные технологии при изучении данной дисциплины включают 8 % интерактивных занятий от объема аудиторных занятий.

Примеры интерактивных форм и методов проведения занятий:

- Круглый стол, дискуссии (КС);

перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (модулю)

Год обучения	Вид занятий Л, ПР,С, СР	Используемые образовательные технологии (активные, интерактивные)	Количество часов	% занятий в интерактивной форме	Перечень программного обеспечения
1 год	Л	традиционная лекция, лекция – визуализация	18	0	Microsoft Office PowerPoint; Acrobat Reader; Internet Explorer
2 год		традиционная лекция, лекция – визуализация,	22	0	Microsoft Office PowerPoint; Acrobat Reader; Internet Explorer
3 год		традиционная лекция, лекция – визуализация,	10	0	Microsoft Office PowerPoint; Acrobat Reader; Internet Explorer
1 год	ПР, С	Клиническое практическое занятие (КПЗ), работа на обучающих тренажерах (ОТ), использование компьютерных обучающих программ (КОП), решение ситуационных задач (ЗС), анализ клинических случаев (КС), круглый стол, дискуссия (КС)	33	8%	Microsoft Office PowerPoint; Acrobat Reader; Internet Explorer
2 год		Клиническое практическое занятие (КПЗ),	29	0	Microsoft Office

		решение ситуационных задач (ЗС), анализ клинических случаев (КС)			PowerPoint; Acrobat Reader; Internet Explorer
3 год		Клиническое практическое занятие (КПЗ), решение ситуационных задач (ЗС), анализ клинических случаев (КС)	16	0	Microsoft Office PowerPoint; Acrobat Reader; Internet Explorer
1 год	СР	Вопросы и задания для внеаудиторной работы, подготовка рефератов, подготовка к занятиям, текущему и промежуточному контролю	21	0	Microsoft Office PowerPoint; Acrobat Reader; Internet Explorer
2 год		Вопросы и задания для внеаудиторной работы, подготовка рефератов, подготовка к занятиям, текущему и промежуточному контролю	12	0	Microsoft Office PowerPoint; Acrobat Reader; Internet Explorer
3 год		Вопросы и задания для внеаудиторной работы, подготовка рефератов, подготовка к занятиям, текущему и промежуточному контролю	19	0	Microsoft Office PowerPoint; Acrobat Reader; Internet Explorer

