

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Направление подготовки (специальность): **31.05.02 ПЕДИАТРИЯ**

Кафедра **ГОСПИТАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине является неотъемлемым приложением к рабочей программе. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине «Пульмонология» (дисциплина по выбору)
по направлению подготовки 31.05.02 «Педиатрия» (уровень
специалитета)
по специальности «Врач-педиатр»

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1.	Анатомо-физиологические особенности и методы исследования дыхательной системы у детей.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	ЗНАТЬ: 1. Основы этики и деонтологии врачебной деятельности с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 2. Основы и требования по ведению медицинской документации в соответствии с законодательством РФ 3. Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний у больных детей и подростков 4. Анатомо-физиологические	Тестовые задания Ситуационные задачи Опрос	20 2
2.	Бронхолегочная дисплазия.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8	5. особенности, закономерности роста и развития здорового и больного ребенка. 6. Этиологию, патогенез, морфогенез,	Тестовые задания Ситуационные задачи	20 2

		ПК-9 ПК-10	клиническую картину, особенности течения болезней у детей,	Опрос	
3.	Острый бронхит и бронхиолит.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	классификации болезней 7. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики болезней у детей. 8. Принципы терапии	Тестовые задания Ситуационные задачи Опрос	20 2
4.	Дыхательная недостаточность.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	наиболее распространенных заболеваний у детей. 9. Принципы и методы оказания медицинской помощи при различных неотложных состояниях у детей, показания к госпитализации. 10. Оценку качества оказания медицинской помощи детям с использованием	Тестовые задания Ситуационные задачи Опрос	20 2
5.	Аллергический ринит.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	основных медико-статистических показателей 11. Теоретические основы информатики, сбор, хранение, переработка, преобразование, распространение	Тестовые задания Ситуационные задачи Опрос	20 2
6.	Плеврит.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	12. информации в медицинских и биологических системах, использование информационных компьютерных систем в медицине и здравоохранении.	Тестовые задания Ситуационные задачи Опрос	20 2
7.	Муковисцидоз.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	Основы доказательной медицины. УМЕТЬ: 1. Использовать этические и деонтологические принципы в работе врача педиатра с	Тестовые задания Ситуационные задачи Опрос	20 2

учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий.

2. Оформить медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях педиатрического профиля.

3. Обосновать принципы терапии наиболее распространенных заболеваний; назначить рациональную терапию, применить лекарственные препараты, их комбинации для лечения детей, выписать рецепты лекарственных средств.

4. Собрать анамнез, провести физикальное обследование пациента различного возраста; интерпретировать результаты обследования, обосновать диагноз, определить план обследования и лечения.

5. Заполнять медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях педиатрического профиля

6. Выявлять жизнеугрожающие состояния у детей и оказывать неотложную помощь.

7. Анализировать и оценивать качество

медицинской помощи, состояние здоровья детского населения с использованием основных медико-статистических показателей.

8. Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности, методами статистической обработки материала.

ВЛАДЕТЬ:

1. Принципами этики и деонтологии врача педиатра в клинической практике.

2. Оформлением истории болезни как юридического документа и другой документации в медицинских организациях педиатрического профиля.

3. Алгоритмом назначения терапии; современными порядками, стандартами и протоколами оказания медицинской помощи детям.

4. Сбором анамнеза, методами общего клинического обследования детей и подростков, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, постановки клинического диагноза.

5. Алгоритмом и

		<p>протоколами выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий, назначением терапии.</p> <p>6. Алгоритмом и протоколами оказания врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях у детей.</p> <p>7. Алгоритмом оценки качества оказанной медицинской помощи.</p> <p>Алгоритмом оценки основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию помощи детям на основе доказательной медицины;</p> <p>представлением результатов анализа для публичного обсуждения.</p>		
--	--	--	--	--

Тестовые задания для студентов шестого курса педиатрического факультета по дисциплине «ПУЛЬМОНОЛОГИЯ» (дисциплина по выбору)

Тесты по теме: «Дыхательная недостаточность»

1. ЛАЮЩИЙ КАШЕЛЬ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ

- 1) острым бронхитом
- 2) пневмонией
- 3) ларинготрахеитом*

2. ЛОКАЛЬНОЕ ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) начального периода пневмонии*
- 2) ларинготрахеита
- 3) острого бронхита

3. ХАРАКТЕР КАШЛЯ ПРИ ЛАРИНГОТОРАХЕИТЕ

- 1) приступообразный без реприз
- 2) продуктивный влажный
- 3) сухой навязчивый
- 4) грубый лающий*

4. ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ

- 1) экспираторное затруднение дыхания*

- 2) затруднение дыхания
- 3) нормальное дыхание
- 4) тахипноэ

5. ДЛЯ 2-Й СТЕПЕНИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) только осиплость голоса вплоть до афонии, лающий кашель
- 2) боль при глотании, выраженная интоксикация
- 3) аритмичное или парадоксальное дыхание, брадикардия, снижение АД, остановка дыхания
- 4) стридор, слышимый на расстоянии, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры в покое*

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА СО СТЕНОЗОМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ

- 1) ларингоспазм
- 2) инородное тело дыхательных путей
- 3) истинный круп
- 4) ринофарингит*

7. ДЛЯ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) отечно-инфильтративные изменения слизистой оболочки*
- 2) спазм гладкой мускулатуры бронхов
- 3) язвенно-некротические изменения слизистой оболочки

8. ОТВЛЕКАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ МЕРОПРИЯТИЯ, КРОМЕ

- 1) теплые ножные и ручные ванны
- 2) сухой теплый воздух в помещении*
- 3) теплое дробное питье

9. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ПНЕВМОНИИ В ПЕРВЫЕ ДНИ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) экспираторная одышка
- 2) ринит
- 3) коробочный оттенок перкуторного звука
- 4) признаки интоксикации, локальное ослабление дыхания*

10. ДЛЯ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ КРОМЕ

- 1) острое начало без предшествующих катаральных синдромов со стороны ВДП
- 2) боль в боку
- 3) озноб
- 4) сухие хрипы с обеих сторон*

11. КАКОЙ ИЗ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ НЕ ИМЕЕТ МЕСТА ПРИ ОСТРОЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ

- 1) спазм гладкой мускулатуры
- 2) отек слизистой бронхиального дерева
- 3) закупорка просвета бронхов вязким секретом
- 4) склероз подслизистого слоя*

12. ЧТО ОБЪЕДИНЯЕТ ХРОНИЧЕСКИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ОДНУ ГРУППУ

- 1) расстройство функции внешнего дыхания по обструктивному типу
- 2) расстройство функции внешнего дыхания по обструктивному типу с необратимым характером*
- 3) расстройство функции внешнего дыхания по рестриктивному типу
- 4) расстройство функции внешнего дыхания по смешанному типу
- 5) гипертрофия правых отделов сердца

13. ПНЕВМОНИЯ КАК ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ СИНДРОМАМИ, КРОМЕ

- 1) снижение объема функций легочной ткани-синдром потери альвеол
- 2) снижение способности легких изменять свой объем рестрикцией
- 3) нарушением бронхиальной проводимости на уровне бронхов среднего калибра*
- 4) нарушением бронхиальной проводимости преимущественно на уровне мелких бронхов

14. ПРИ КАКОЙ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА НЕТ ОДЫШКИ

- 1) 1*
- 2) 2
- 3) 3
- 4) все вышеперечисленное верно
- 5) ничего из вышеперечисленного

15. ПРИ ДН 1Й СТЕПЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) одышка в покое*
- 2) одышка при привычной нагрузке
- 3) одышка при незначительной нагрузке

16. ОСТРОЙ СЧИТАЕТСЯ ПНЕВМОНИЯ, РАЗРЕШАЮЩАЯСЯ В СРОКИ ДО:

- 1) 2 недель
- 2) 6-8 недель*
- 3) 3 месяцев
- 4) 4 месяцев

17. ДЛЯ 1-ОЙ СТЕПЕНИ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) сухой приступобразный кашель
- 2) осиплость голоса вплоть до афонии, лающий кашель, стридор, слышимый на расстоянии, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры при нагрузке*
- 3) боль при глотании, дисфагия, темно-вишневая инфильтрация надгортанника

18. ВИДЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО ТЕЧЕНИЮ

- 1) острая
- 2) хроническая
- 3) рецидивирующая
- 4) верно 1 и 2*
- 5) все верно
- 6) нет правильного ответа

19. ПРИ 3-Й СТЕПЕНИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОДЫШКА ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) в покое*
- 2) при умеренных и сильных физических нагрузках
- 3) при незначительных физических нагрузках

20. КАКОЙ ИЗ ПРИЗНАКОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ДН 1-Й СТЕПЕНИ

- 1) одышка при физической нагрузке
- 2) акроцианоз*
- 3) тахикардия при физической нагрузке

Тесты по теме: «Аллергический ринит»

21. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ ЭТО

- 1) хроническое аллергическое воспаление слизистой оболочки полости носа у пациентов с сенсibilизацией к экзогенным неинфекционным аллергенам*
- 2) хроническое заболевание, в основе которого аномалия развития полости носа
- 3) хронический инфекционный процесс
- 4) острый инфекционный процесс

22. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СМЫВОВ СО СЛИЗИСТОЙ НОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

- 1) ОРЗ
- 2) инородного тела полости носа
- 3) аллергического ринита*
- 4) нормального состояния полости носа

23. К ПРОЯВЛЕНИЯМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) ринорея
- 2) заложенность носа
- 3) гнойное отделяемое из полости носа*

24. К БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОТНОСЯТСЯ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

- 1) антигистаминные
- 2) интраназальные антибактериальные препараты*
- 3) интраназальные ГКС

25. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ, КАК ПРАВИЛО, ОБУСЛОВЛЕН СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ

- 1) пылью растений*
- 2) солями тяжелых металлов
- 3) антигенами бактериальных капсул
- 4) бытовой пылью*
- 5) пищевыми аллергенами

26. ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕСТНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ

- 1) легкое течение
- 2) среднетяжелое течение*
- 3) тяжелое течение*
- 4) отсутствие сезонности

27. ИСПОЛЬЗУЯ МЕСТНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ

- 1) максимальный эффект развивается через 2-3 дня
- 2) максимальный эффект развивается через 2-3 недели*
- 3) после достижения положительного эффекта препарат следует постепенно отменить

28. КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АСИТ

- 1) 4-5 лет*
- 2) один год
- 3) 3 месяца
- 4) один месяц

29. ИСПОЛЬЗУЯ СТАБИЛИЗАТОРЫ МЕМБРАН ТУЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ

- 1) оптимальный курс 2-4 недели
- 2) длительность применения должна быть больше 2 месяцев*
- 3) при сезонном течении курс начинают за 4 недели до вероятного обострения*
- 4) максимальный эффект развивается через 2-3 дня
- 5) нельзя сочетать с глюкокортикоидами

30. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1) круглогодичном течении*
- 2) сезонном течении при наличии поливалентной сенсibilизации*
- 3) совпадении аллергических проб и клинических данных*
- 4) длительности заболевания не более 6 лет
- 5) отсутствии сопутствующего контактного дерматита или бронхиальной астмы

31. ИСПОЛЬЗУЯ ИНТРАНАЗАЛЬНЫЕ АДРЕНОМИМЕТИКИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ

- 1) оптимальный курс 2-4 недели
- 2) при затяжном течении следует давать до исчезновения симптомов болезни
- 3) не следует давать эти препараты более 3-5 дней подряд*
- 4) при отсутствии эффекта дозу следует плавно увеличивать
- 5) показаны для профилактики обострений в период ремиссии

32. БОЛЬШОЙ РИСК РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИМЕЮТ ДЕТИ

- 1) переведенные на искусственное вскармливание в первые месяцы жизни*
- 2) перенесшие на первом году жизни рахит
- 3) с отягощенной наследственностью по атопии*
- 4) с экссудативно-катаральным диатезом в анамнезе*
- 5) из неполных семей

33. К ЭКЗОГЕННЫМ НЕИНФЕКЦИОННЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) ингаляционные*
- 2) бактериальные
- 3) вирусные
- 4) грибковые

34. ПО ТЕЧЕНИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ НЕ БЫВАЕТ

- 1) легкий
- 2) среднетяжелый/тяжелый

3) крайне тяжелый*

35. ИНТЕРМИТТИРУЮЩИЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

- 1) менее 4 дня в неделю или менее 4 недель*
- 2) более 4 дня в неделю или более 4 недель

36. ПЕРСИСТИРУЮЩИЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

- 1) Менее 4 дня в неделю или менее 4 недель
- 2) Более 4 дня в неделю или более 4 недель*

37. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ РИНОСКОПИЧЕСКИ У БОЛЬНЫХ ОБНАРУЖИВАЮТ

- 1) бледность слизистой оболочки носа*
- 2) отечность слизистой*
- 3) сужение среднего и нижнего носовых ходов*
- 4) гнойное отделяемое в полости носа

38. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У ДЕТЕЙ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1) синуситом*
- 2) пневмонией
- 3) отитом*
- 4) гиперплазией аденоидов*

39. КЛАССИЧЕСКИМ ПРИМЕРОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) назофарингит
- 2) поллиноз*
- 3) гайморит

40. К ПРИЗНАКАМ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) нарушение сна*
- 2) отсутствие мучительных симптомов
- 3) нарушение повседневной активности*
- 4) нарушение профессиональной деятельности*

Тесты по теме: «Анатомо-физиологические особенности и методы исследования дыхательной системы у детей»

41. ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (В 1 МИН.)

- 1) 20–25
- 2) 25–30
- 3) 30–35*
- 4) 35–40

42. ЧАСТЫЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ГНОЙНЫЕ И ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ — ЭТО ПРОЯВЛЕНИЯ

- 1) гиповитаминоза
- 2) избыточного питания
- 3) иммунодефицита*
- 4) перегревания

43. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

- 1) высокая величина дыхательных объемов, относительно высокая потребность в кислороде, диафрагмальный тип дыхания
- 2) малая величина дыхательных объемов, относительно высокая потребность в кислороде, диафрагмальный тип дыхания*
- 3) малая величина дыхательных объемов, относительно низкая потребность в кислороде, диафрагмальный тип дыхания
- 4) малая величина дыхательных объемов, относительно низкая потребность в кислороде, диафрагмальный тип дыхания
- 5) малая величина дыхательных объемов, относительно высокая потребность в кислороде, грудной тип дыхания

44. ЖАЛОБЫ НА ЛАЮЩИЙ КАШЕЛЬ С ОСИПЛОСТЬЮ ГОЛОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ

- 1) трахеи и гортани*
- 2) носоглотки
- 3) мелких бронхов и бронхиол
- 4) крупных бронхов

45. ОТМЕТЬТЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛОТКИ НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) относительно узкая и короткая; достаточное развитие лимфатического кольца Вальдеера—Пирогова
- 2) относительно широкая и короткая; достаточное развитие лимфатического кольца Вальдеера—Пирогова
- 3) относительно узкая и длинная; недостаточное развитие лимфатического кольца Вальдеера—Пирогова
- 4) относительно узкая и короткая; недостаточное развитие лимфатического кольца Вальдеера—Пирогова*
- 5) относительно узкая и длинная; недостаточное развитие лимфатического кольца Вальдеера-Пирогова

46. ВОЗНИКНОВЕНИЮ АТЕЛЕКТАЗОВ ЛЕГКИХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЮТ

- 1) недоразвитие дыхательного центра
- 2) недоразвитие эластической ткани*
- 3) отсутствие коллатеральной вентиляции*
- 4) узость просвета бронхов*
- 5) гиперсекреторная реакция слизистой бронхов при воспалении*

47. ПОВЕРХНОСТНЫЙ ХАРАКТЕР ДЫХАНИЯ (МАЛЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ) У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕН

- 1) наклонным положением ребер
- 2) горизонтальным положением ребер*
- 3) слабостью дыхательной мускулатуры*
- 4) небольшой массой легких*
- 5) хорошим кровоснабжением легких
- 6) недоразвитием эластической ткани*

48. НЕУСТОЙЧИВЫЙ РИТМ ДЫХАНИЯ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неравномерностью пауз между вдохом и выдохом*
- 2) чередованием глубоких вдохов с поверхностными*
- 3) апноэ во сне (до 10 сек)*

- 4) апноэ во сне (до 20 сек и более)
- 5) лабильностью ритма при нагрузке*

49. ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) тонкой стенкой грудной клетки*
- 2) узостью носовых ходов*
- 3) хорошим проведением бронхиального дыхания
- 4) широким просветом бронхов
- 5) меньшей воздушностью легочной ткани*

50. СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИН У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 15
- 2) 20
- 3) 25*

51. К АФО ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) узкие и короткие носовые ходы
- 2) незавершенность развития придаточных пазух
- 3) широкие, относительно взрослых, бронхи и бронхиолы*

52. ДЫХАНИЕ ЧЕРЕЗ РОТ У ДЕТЕЙ 1-ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ НЕВОЗМОЖНО, Т.К

- 1) очень большой язык*
- 2) язык оттесняет надгортанник кзади*
- 3) слишком широкие носовые ходы

53. НИЖНИЙ НОСОВОЙ ХОД ПОЯВЛЯЕТСЯ К

- 1) 2 годам
- 2) 3 годам
- 3) 4 годам*
- 4) 5 годам

54. ГОРТАНЬ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИМЕЕТ ФОРМУ

- 1) воронкообразную*
- 2) цилиндрическую

55. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

- 1) 30-40
- 2) 40-60*
- 3) 35-40

56. ТИП ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ 1-7 ЛЕТ

- 1) грудной
- 2) брюшной
- 3) смешанный*

57. ОСОБЕННОСТЬ СТРОЕНИЯ ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ ТАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК

- 1) фарингиты
- 2) трахеобронхиты
- 3) трахеиты*
- 4) ларинготрахеиты

58. КАКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ЕВСТАХИЕВЫХ ТРУБ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ ОТИТА СРЕДНЕГО УХА

- 1) они короткие*
- 2) узкие
- 3) широкие*
- 4) длинные

59. ЛОБНАЯ ПАЗУХА ПОЯВЛЯЕТСЯ К

- 1) 1 году
- 2) 2 годам*
- 3) 4 годам
- 4) 5 годам

60. ШИРОКИЙ НОСОСЛЕЗНЫЙ ПРОТОК С НЕДОРАЗВИТЫМИ КЛАПАНАМИ СПОСОБСТВУЕТ ПЕРЕХОДУ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ИЗ НОСА

- 1) в полость среднего уха
- 2) в лобную пазуху
- 3) на слизистую оболочку глаза*

Тесты по теме: «Острый бронхит и бронхиолит»

61. У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ ИЗ ТЕРАПИИ ИСКЛЮЧАЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ:

- 1) муколитическим действием
- 2) отхаркивающим действием
- 3) противокашлевым действием*
- 4) мукорегуляторным действием

62. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ БРОНХИОЛИТА

- 1) отсутствие кашля
- 2) асимметрия хрипов
- 3) мелкопузырчатые влажные хрипы*
- 4) цианоз носогубного треугольника*

63. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА

- 1) влажный кашель в начале заболевания
- 2) притупление перкуторного звука с одной стороны
- 3) влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы*
- 4) нормальная температура
- 5) усиление легочного рисунка на рентгенограмме*

64. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИОЛИТА

- 1) оксигенотерапия*
- 2) бронхолитики*
- 3) муколитики*
- 4) седативные препараты

65. ПРИ ОСТРОМ ПРОСТОМ БРОНХИТЕ НАЗНАЧАЮТ

- 1) теофилины короткого действия
- 2) муколитические препараты*
- 3) антибактериальные препараты
- 4) фенспирид*

66. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В КУПИРОВАНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Сальбутамол
- 2) Беродуал*
- 3) Эуфиллин
- 4) Фенотерол

67. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) бактерии
- 2) вирусы*
- 3) Простейшие
- 4) Грибы

68. В КАЧЕСТВЕ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ:

- 1) Лазолван*
- 2) Флуимуцил*
- 3) Либексин
- 4) Синекод
- 5) Флюдитек*

69. КЛИНИЧЕСКИ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ ОТМЕЧАЮТСЯ

- 1) выраженная обструкция бронхов
- 2) дыхательная недостаточность I ст.
- 3) сухой кашель в начале заболевания*
- 4) продуктивный кашель на 2-ой неделе болезни*
- 5) крупно- и среднепузырчатые хрипы в обоих легких*
- 6) асимметрия хрипов

70. БРОНХИОЛИТ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

- 1) первых 2-х лет жизни*
- 2) после 3-х лет
- 3) подросткового периода
- 4) в любом возрасте

71. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БРОНХИОЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) тахипноэ*
- 2) затруднение вдоха
- 3) затруднение выдоха*
- 4) сухой кашель в начале заболевания*
- 5) признаки интоксикации

72. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ОСТРОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

- 1) слабость
- 2) недомогание
- 3) снижение аппетита
- 4) кашель*

73. ПРИ ОСТРОМ БРОНХИОЛИТЕ У ДЕТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

- 1) дыхательная, сердечно-сосудистая*

- 2) дыхательная, почечная
- 3) печеночная, почечная

74. ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ

- 1) розовой пенистой
- 2) «ржавой»
- 3) слизистой*
- 4) стекловидной

75. ДЛЯ ЛУЧШЕГО ОТХОЖДЕНИЯ МОКРОТЫ РЕБЕНКУ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ НАЗНАЧАЮТ

- 1) вибрационный массаж, постуральный дренаж*
- 2) банки, горчичники
- 3) оксигенотерапию, УФО
- 4) строгий постельный режим, диету № 15

76. В КАЧЕСТВЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОРВИ РАЗВИТИЕ БРОНХИОЛИТА БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО В ВОЗРАСТЕ

- 1) первых месяцев жизни*
- 2) 2-3 год жизни
- 3) 5-6 год жизни
- 4) начало посещения организованного коллектива

77. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ СРОКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ БРОНХИОЛИТЕ

- 1) заболевание начинается с одышки, часто кроме нее других симптомов не возникает
- 2) на 1-2 день ОРВИ
- 3) на 3-4 день ОРВИ*

78. ДЛИТЕЛЬНЫЙ КАШЕЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ОСТРЫМ БРОНХИТОМ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАН

- 1) пневмококк
- 2) РС-вирус
- 3) коклюшная палочка*

79. ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО БРОНХИТА В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 6 МЕС. – 3 ГОДА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) РС-вирус*
- 2) хламидии
- 3) микоплазмы
- 4) Вирус парагриппа*

80. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОГО БРОНХИТА, ВЫЗВАННОГО CHLAMYDIA TRACHOMATIS

- 1) преимущественно у детей в возрасте 2-4 месяцев*
- 2) аускультативно – мелко- и среднепузырчатые хрипы на фоне жесткого дыхания*
- 3) кашель, постепенно усиливающийся, может быть коклюшеподобным, на фоне мало нарушенного самочувствия и нормальной температуры*
- 4) ослабление дыхания

Тесты по теме: «Плеврит»

81. ЭТИОЛОГИЯ ПЛЕВРИТОВ

- 1) аллергические
- 2) опухолевые
- 3) инфекционные
- 4) все верно*
- 5) нет правильного ответа

82. ПЛЕВРИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вторичным заболеванием*
- 2) самостоятельным
- 3) наследственным

83. ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛЕВРЫ

- 1) лимфогенно
- 2) гематогенно
- 3) контактный
- 4) при нарушении целостности плевры
- 5) все верно*
- 6) нет правильного ответа

84. ПО КЛИНИКЕ ВЫДЕЛЯЮТ ПЛЕВРИТЫ

- 1) сухие*
- 2) серозные*
- 3) гнойные*
- 4) некротические

85. ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ПЛЕВРИТОВ

- 1) гнойно-воспалительные заболевания легочной паренхимы*
- 2) травма грудной клетки
- 3) хирургические вмешательства на грудной клетке
- 4) отдаленные гнойные процессы

86. ЖАЛОБЫ ПРИ СУХОМ КОСТАЛЬНОМ ПЛЕВРИТЕ

- 1) боли в грудной клетке*
- 2) продуктивный кашель
- 3) сухой болезненный кашель*
- 4) боли в горле

87. ПРИ СУХОМ КОСТАЛЬНОМ ПЛЕВРИТЕ ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ СЛЫШЕН

- 1) на вдохе
- 2) на выдохе
- 3) на вдохе и на выдохе*
- 4) не выслушивается

88. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ДИАФРАГМАЛЬНОГО СУХОГО ПЛЕВРИТА ПРОВОДЯТ С

- 1) холецистит*
- 2) аппендицит*
- 3) панкреатит
- 4) гастродуоденит

89. ПРИ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ АНТИБИОТИКИ

- 1) гентамицин
- 2) цефуроксим*
- 3) амоксициллин/клавулонат*
- 4) тетрациклин
- 5) ко-тримоксазол

90. ПРИ СЕРОЗНОМ ПЛЕВРИТЕ ПЕРКУТОРНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) коробочный оттенок звука
- 2) притупление легочного тона в месте выпота*

91. ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) лейкоцитоз, нейтрофиллез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево*
- 2) лейкоцитоз, лимфоцитоз
- 3) ускорение соэ*
- 4) тромбоцитоз
- 5) анемия

92. ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОБНАРУЖИВАЮТ

- 1) Густое гомогенное затемнение нижней части легкого с типичным уровнем экссудата*
- 2) усиление легочного рисунка

93. ХАРАКТЕРНОЕ МЕСТО ПУНКЦИИ

- 1) 4 м/реберье
- 2) 5-6 м/реберье
- 3) 7 м/реберье
- 4) 8-9 м/реберье*

94. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПЛЕВРИТАХ ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЯЮТ ПРЕОБЛАДАНИЕ

- 1) эозинофилов
- 2) лимфоцитов*

95. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПЛЕВРИТА НЕ ПРОВОДЯТ С

- 1) пневмонией
- 2) опухолями легкого
- 3) бронхитом*
- 4) ателектазами
- 5) кистой легкого

96. ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕВРИТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) лечение основного заболевания*
- 2) проведение плевральных пункций*
- 3) внутриплевральное введение а/б

97. ПРОГНОЗ ПРИ ПЛЕВРИТАХ

- 1) благоприятный*
- 2) неблагоприятный

98. ЖАЛОБЫ ПРИ СЕРОЗНОМ МЕДИАСТИНАЛЬНОМ ПЛЕВРИТЕ

- 1) дисфагия*
- 2) боли в груди*
- 3) боли при глотании*
- 4) боли в животе

99. СРОКИ РАССАСЫВАНИЯ ЭКССУДАТА ПРИ ПЛЕВРИТЕ

- 1) 1-2 недели
- 2) 3-4 недели
- 3) 1-1,5 мес*
- 4) 4 месяца

100. ПРИ ЭКСУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) ослабление дыхания*
- 2) шум трения плевры
- 3) влажные хрипы

Тесты по теме: «Бронхолегочная дисплазия»

101. ЛЮБОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТЕСТОВ ИМЕЕТ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА, КРОМЕ

- 1) частота дыхания во время сна
- 2) насыщение крови кислородом
- 3) рентгенография органов грудной клетки
- 4) исследование пота*
- 5) ЭКГ

102. БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ - ЭТО

- 1) хроническое заболевание легких, наследуемое по аутосомно-доминантному типу
- 2) врожденное заболевание легких, с клиническим дебютом в подростковом возрасте
- 3) приобретенное хроническое обструктивное заболевание легких, развившееся вследствие респираторного дистресс-синдрома новорожденных и/или ИВЛ, сопровождающееся гипоксемией и гиперреактивностью бронхов*

103. СИНОНИМОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ НЕДОНОШЕННЫХ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) синдром Вильямса-Кемпбелла
- 2) идиопатический легочный фиброз
- 3) облитерирующий бронхиолит
- 4) бронхолегочная дисплазия*
- 5) синдром Хаммена-Рича

104. ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бронхолегочная дисплазия
- 2) муковисцидоз
- 3) бронхиальная астма
- 4) острые респираторные инфекции у детей с гиперреактивностью бронхов
- 5) перенесенная острая пневмония бактериальной этиологии*

105. УКАЖИТЕ ВСЕ ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ

- 1) пороки развития бронхолегочной системы
- 2) гастроэзофагальный рефлюкс
- 3) дефицит альфа-1-антитрипсина
- 4) аномалии крупных сосудов
- 5) бронхолегочная дисплазия
- 6) все перечисленное*

106. НАЗОВИТЕ КРИТЕРИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БЛД

- 1) симптомы бронхиальной обструкции отсутствуют, могут появляться при присоединении ОРЗ*
- 2) вздутие грудной клетки отсутствует или выражено минимально*
- 3) симптомы бронхиальной обструкции умеренно выражены, одышка при физической нагрузке
- 4) вздутие грудной клетки имеется

107. НАЗОВИТЕ КРИТЕРИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БЛД

- 1) симптомы бронхиальной обструкции отсутствуют, могут появляться при присоединении ОРЗ
- 2) вздутие грудной клетки отсутствует или выражено минимально
- 3) симптомы бронхиальной обструкции умеренно выражены, одышка при физической нагрузке*
- 4) вздутие грудной клетки*

108. НАЗОВИТЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БЛД

- 1) симптомы бронхиальной обструкции выражены, одышка в покое*
- 2) вздутие грудной клетки выражено минимально
- 3) симптомы бронхиальной обструкции умеренно выражены, одышка при физической нагрузке
- 4) вздутие грудной клетки выражено, буллы, множественные участки пневмосклероза*

109. К ОСЛОЖНЕНИЯМ БЛД ОТНОСЯТ

- 1) хроническую дыхательную недостаточность
- 2) острую дыхательную недостаточность
- 3) ателектаз
- 4) гипотрофию
- 5) все перечисленное*

110. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ БЛД

- 1) дети младшего школьного возраста
- 2) ранний возраст*
- 3) подростки

111. РИСК РАЗВИТИЯ БЛД У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ

- 1) наличии пневмонии*
- 2) наличии лево-правого сброса через открытый артериальный проток*
- 3) наличии право-левого сброса через открытый артериальный проток
- 4) увеличении давления на выдохе при ИВЛ

112. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БЛД ПРОВОДИТСЯ НАЗНАЧЕНИЕМ

- 1) эуфиллина
- 2) триампура
- 3) дексаметазона*

113. ЧТО МОЖНО РАССМАТРИВАТЬ КАК ПРОФИЛАКТИКУ БЛД

- 1) уменьшение продолжительности ИВЛ*
- 2) витаминотерапия
- 3) физиотерапия
- 4) все перечисленное

114. МИКРОСКОПИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) полиморфно-ядерные лейкоциты в просвете альвеол*
- 2) плоскоклеточная метаплазия эпителия бронхов
- 3) фиброз межальвеолярных перегородок
- 4) лимфомакрофагальная инфильтрация стромы

115. ТИПИЧНЫМИ МЕСТНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ У ДЕТЕЙ С РДС МОГУТ БЫТЬ

- 1) интерстициальная эмфизема легких*
- 2) сепсис
- 3) пневмомедиастинум*
- 4) пневмоторакс*
- 5) кровоизлияния в легкие*
- 6) бронхолегочная дисплазия*

116. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ БЛД

- 1) недоношенность
- 2) внутриутробная инфекция
- 3) ИВЛ
- 4) все перечисленное*

117. С ЧЕМ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БЛД

- 1) пневмония*
- 2) РДС*
- 3) целиакия
- 4) муковисцидоз

118. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ БЛД

- 1) интерстициальный отек, чередующийся с участками повышенной прозрачности легочной ткани, фиброз, лентообразные уплотнения*
- 2) усиление легочного рисунка в нижних отделах
- 3) признаки уплотнения легочной ткани в прикорневых зонах
- 4) пневмоторакс, ателектаз

119. КЛАССИФИКАЦИЯ БЛД ПО ФОРМЕ

- 1) БЛД доношенных*
- 2) БЛД недоношенных*
- 3) БЛД новорожденных
- 4) БЛД детей с множественными пороками развития

120. БЛД ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ РОЖДЕННЫХ НА СРОКЕ

- 1) менее 32 недель*

- 2) более 42 недель
- 3) не зависит от срока гестации

Тесты по теме: «Муковисцидоз»

121. ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ СТУЛ

- 1) частый, водянистый, с прожилками крови
- 2) обесцвеченный, обильный
- 3) жирный, непереваренный, со зловонным запахом*

122. ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ КАШЕЛЬ

- 1) влажный, с большим количеством гнойной мокроты
- 2) подкашливание, без мокроты
- 3) сухой, навязчивый, с плохо отходящей мокротой*

123. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стрептококк
- 2) вирус Эпштейн-Барра
- 3) синегнойная палочка*

124. МУТАЦИЯ ГЕНА МУКОВИСЦИДОЗА ВЕДЕТ К

- 1) нарушению функции хлорных каналов в клетке*
- 2) снижению активности холенэстеразы.
- 3) снижению фагоцитарной активности альвеолярных макрофагов

125. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ МУКОВИСЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение гормональной регуляции деятельности кишечника
- 2) изменение канальцевой реабсорбции в почках
- 3) обструкция бронхов вязкой мокротой*

126. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МУКОВИСЦИДОЗА В В ЕРОПЕОИДНОЙ РАСЕ

- 1) 1:30000-1:40000 новорожденных
- 2) 1:7500-1:10000 новорожденных*
- 3) 1:1600-1:2000 новорожденных

127. МЕТОДОМ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) биопсия хориона с молекулярно-генетическим исследованием*
- 2) биопсия хориона с последующим кариотипированием плода
- 3) УЗИ плода в сроке 16 недель

128. ТЯЖЕСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ПРОГНОЗ МУКОВИСЦИДОЗА ПРИ СМЕШАННОЙ ФОРМЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) степенью ферментативной недостаточности поджелудочной железы
- 2) выраженностью сердечно-сосудистой недостаточности
- 3) бронхо-легочными изменениями*

129. К ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ ЛЕЧЕНИЯ МУКОВИСЦИДОЗА ОТНОСИТСЯ

- 1) лечебное голодание
- 2) антимикробная и муколитическая терапия*
- 3) противовоспалительная и диуретическая терапия

130. НАИБОЛЕЕ ЛЕГКО ПРОТЕКАЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА МУКОВИСЦИДОЗА

- 1) бронхо-легочная
- 2) смешанная
- 3) кишечная*

131. МУКОВИСЦИДОЗ - ЭТО

- 1) моногенное заболевание*
- 2) мультифакториальное заболевание
- 3) хромосомное заболевание

132. МУКОВИСЦИДОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) желез внешней секреции*
- 2) эндокринной и иммунной систем
- 3) желез внешней и внутренней секреции

133. К ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ ЛЕЧЕНИЯ МУКОВИСЦИДОЗА ОТНОСИТСЯ

- 1) заместительная терапия гормонами поджелудочной железы
- 2) ограничение белкового питания
- 3) заместительная терапия ферментами поджелудочной железы*

134. ГЕН МУКОВИСЦИДОЗА КАРТИРОВАН НА

- 1) коротком плече X-хромосомы
- 2) длинном плече 7 хромосомы*
- 3) коротком плече 6 хромосомы

135. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ МУТАЦИЯ ГЕНА МУКОВИСЦИДОЗА

- 1) del I507
- 2) N 1303K
- 3) del F508*

136. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЦИФРЫ СОДЕРЖАНИЯ ИОНОВ В ПОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ

- 1) любые положительные цифры
- 2) ниже 60 ммоль/л
- 3) выше 60 ммоль/л*

137. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА МУКОВИСЦИДОЗА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА

- 1) определении концентрации хлора и натрия в плазме
- 2) показателях липидограммы
- 3) определении концентрации хлора в потовой жидкости*

138. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ МУКОВИСЦИДОЗА НАБЛЮДАЕТСЯ У

- 1) гомозигот по неизвестным мутациям
- 2) гомозигот по del F508*
- 3) гетерозигот по del F508 (+неизвестная мутация)

139. ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ МУКОВИСЦИДОЗА

- 1) аутосомно-рецессивный*
- 2) X -сцепленный рецессивный
- 3) аутосомно-доминантный

4) X - сцепленный доминантный

140. ПО АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕТИ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

- 1) соответствуют возрастным нормам
- 2) отстают от ровестников*
- 3) отстают по росту и имеют избыточный вес

Ключ к тестам

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1.	3	36.	2	71.	1,3,4	106.	1,2
2.	1	37.	1,2,3	72.	4	107.	3,4
3.	4	38.	1,3,4	73.	1	108.	1,4
4.	1	39.	2	74.	3	109.	5
5.	4	40.	1,3,4	75.	1	110.	2
6.	4	41.	3	76.	1	111.	1,2
7.	1	42.	3	77.	3	112.	3
8.	2	43.	2	78.	3	113.	1
9.	4	44.	1	79.	1,4	114.	1
10.	4	45.	4	80.	1,2,3	115.	1,3,4,5,6
11.	4	46.	2,3,4,5	81.	4	116.	4
12.	2	47.	2,3,4,6	82.	1	117.	1,2
13.	3	48.	1,2,3,5	83.	5	118.	1
14.	1	49.	1,2,5	84.	1,2,3	119.	1,2
15.	1	50.	3	85.	1	120.	1
16.	2	51.	3	86.	1,3	121.	3
17.	2	52.	1,2	87.	3	122.	3
18.	4	53.	3	88.	1,2	123.	3
19.	1	54.	1	89.	2,3	124.	1
20.	2	55.	2	90.	2	125.	3
21.	1	56.	3	91.	1,3	126.	2
22.	3	57.	3	92.	1	127.	1
23.	3	58.	1,3	93.	4	128.	3
24.	2	59.	2	94.	2	129.	2
25.	1,4	60.	3	95.	3	130.	3
26.	2,3	61.	3	96.	1,2	131.	1
27.	2	62.	3,4	97.	1	132.	1
28.	1	63.	3,5	98.	1,2,3	133.	3
29.	2,3	64.	1,2,3	99.	3	134.	2
30.	1,2,3	65.	2,4	100.	1	135.	3
31.	3	66.	2	101.	4	136.	3
32.	1,3,4	67.	2	102.	3	137.	3
33.	1	68.	1,2,5	103.	4	138.	2
34.	3	69.	3,4,5	104.	5	139.	1
35.	1	70.	1	105.	6	140.	2

Ситуационные задачи для студентов шестого курса педиатрического факультета по дисциплине «Пульмонология» (дисциплина по выбору)

Ситуационная задача №1

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й триместре. При рождении 3100г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Масса тела на 4-е сутки составила 2951 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез. Ребенок активный, сосет хорошо, физиологические рефлексы удовлетворительные. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа - желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, ЧД 42 в 1 мин., сердечные тоны отчетливые, ЧСС 140 уд/мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул комочками, прожилками слизи.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 186 г/л, Эр - $5,6 \cdot 10^{12}$/л, Ц.п. - 0,94, Лейк - $6,4 \cdot 10^9$/л, п/я - 5%, э/я - 5%, мм/час.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 4-5 в п/з, мочево́й кислоты.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямо́й - 51 мкмоль/л, холестерин 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций - 2,2 ммоль/л.</p>
1.	Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2.	Оцените состояние дыхательной системы у ребенка.
3.	Чем можно объяснить у ребенка пуэрильное дыхание, в каком возрасте характерно?
4.	Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
5.	Чем обусловлено наличие крупнопластинчатого шелушения? Необходим ли осмотр дерматолога?
6.	С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
7.	Оцените результаты общего анализа крови.
8.	Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Требуется ли консультация нефролога?
9.	Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленные изменения?
10.	Как следует кормить этого ребенка?

Ситуационная задача №2

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик Ю., 9 лет, заболел остро. Отмечалось умеренное недомогание, головная боль, обильные слизистые выделения из носа, сухой навязчивый кашель. Первые 2 дня от начала заболевания больной высоко лихорадил, но температура снижалась после приема парацетамола.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Раннее развитие без особенностей. Привит по возрасту. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, эпидемический паротит. Наблюдается окулистом по поводу миопии средней степени.</p> <p>При осмотре на вторые сутки от начала болезни: мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, видимые слизистые чистые, в зеве - выраженные катаральные изменения,</p>

	ринорея. Сохраняется сухой кашель. Пальпируются подчелюстные, заднешейные и переднешейные лимфоузлы, мелкие, эластичные, безболезненные. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, рассеянные симметричные непостоянные сухие и разнокалиберные (преимущественно среднепузырчатые) влажные хрипы. После откашливания хрипы практически исчезают. Частота дыхания 22 в минуту. Перкуторно: определяется ясный легочный звук. Тоны сердца звучные, ритмичные, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме. Общий анализ крови: НЬ - 115 г/л. Эр – $3,2 \times 10^{12}/л$, Лейк – $8,4 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 21%, э - 7%, л - 63%, м - 6%, б - 1%, СОЭ - 8 мм/час.
1.	Обоснуйте предварительный диагноз.
2.	Составьте план обследования больного.
3.	Необходимо ли в данном случае рентгенологическое исследование?
4.	Перечислите показания к проведению пробы Манту.
5.	Назначьте лечение.
6.	Чем обусловлено жесткое дыхание у ребенка, как формируются хрипы?
7.	Какие изменения на спирометрии можно ожидать у этого ребенка.
8.	Перечислите анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей.
9.	Какие радиоизотопные методы исследования органов дыхания Вы знаете?
10.	Какие физикальные признаки бронхообструктивного синдрома Вы знаете?
11.	Показано ли физиотерапевтическое лечение данному больному? Если да, то какое?

Ситуационная задача №3

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик 4 лет. Родители обратились к врачу с жалобами на длительный кашель после перенесенной ОРВИ. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3,5 мес переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 мес, стоит с 10 мес, ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю щадящим методом из-за атонического дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3 недель. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. Семейный анамнез: у матери ребенка - пищевая и лекарственная аллергия, отец - практически здоров, много курит.</p> <p>Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Был приглашен участковый врач.</p> <p>При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела $37,2^{\circ}C$. Над легкими перкуторный звук легочный с небольшим коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха – рассеянные сухие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдохе. ЧД - 28 в 1 минуту. Границы сердца: правая</p>

	- по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС 110 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края ребер. Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л. Эр - $5,1 \times 10^{12}/л$, Лейк - $4,9 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 48%, э - 3%, л - 38%, м - 9%, СОЭ - 6 мм/час. Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.
1.	Поставьте диагноз.
2.	Какие наиболее частые причины приводят к данному заболеванию?
3.	Проведите дифференциальный диагноз.
4.	В каких случаях проводят диагностическую бронхоскопию?
5.	Назначьте лечение.
6.	На каком этапе необходимо подключать физиотерапевтические методы лечения?
7.	В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
8.	Какими видами спорта нужно заниматься ребенку?
9.	Каков прогноз?
10.	Какое значение для прогноза заболевания имеет курение родителей?

Ситуационная задача №4

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ ПРОСЫ
	<p>Мальчик 1 года, поступил в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до $38,8^{\circ}C$, влажный кашель.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Участковым педиатром диагностирована ОРВИ. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 3-й день от начала заболевания у мальчика усилился кашель, появилась одышка, вялость, отказ от еды, беспокойный сон. Мать повторно вызвала участкового врача.</p> <p>При осмотре дома отмечались бледность, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа, одышка до 70 дых. в 1 мин. с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно: над легкими определялся коробочный оттенок перкуторного звука, дыхание жесткое, выдох усилен, выслушивались мелкопузырчатые хрипы вдохе и выдохе. ЧСС — 140 уд. в 1 мин. Ребенок госпитализирован.</p> <p>Общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма 31–47%), НЬ – 122 г/л, Эр – $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,8, Лейк — $10,8 \times 10^9/л$, п/я – 4%, с/я – 52%, э – 1%, л – 36%, м – 7%, СОЭ – 17 мм/час</p> <p>Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1010, белок – 0,066 г/л, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры – нет, слизь – немного</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, АЛАТ – 23 Ед/л (норма – до 40), АсАТ – 19 Ед/л (норма – до 40), СРБ – +++</p> <p>Кислотно-основное состояние крови: pO_2 – 68 мм рт.ст. (норма 80 – 100), pCO_2 – 65 мм рт. ст. (норма 36-40), pH – 7,31, BE = -2,3 ммоль/л (норма = $\pm 2,3$), АВ – 17 ммоль/л (норма 16-23), ВВ – 39 ммоль/л (норма 37-47), SB – 19 ммоль/л (норма 17-23).</p>

	Рентгенограмма грудной клетки: Усиление сосудистого рисунка легких.
1.	Сформулируйте предварительный диагноз.
2.	Какие исследования необходимо провести для подтверждения этиологии заболевания?
3.	Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
4.	Каковы наиболее вероятные этиологические факторы в развитии болезни у данного ребенка?
5.	Являются ли изменения в гемограмме обязательным признаком данного заболевания?
6.	Каким специалистам необходимо показать данного ребенка?
7.	Проведите дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.
8.	Чем определяется рациональный выбор антибиотика при назначении его больному?
9.	В каких случаях показана смена антибактериальной терапии?
10.	Какие показатели являются критерием отмены антибактериальной терапии?

Ситуационная задача №5

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Вызов врача "неотложной помощи" в 4 часа утра к мальчику 2 лет. Жалобы: повышение температуры до 38,5°C, насморк, "лающий" кашель, осиплость голоса, затрудненное, шумное дыхание.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро, накануне. Заболевание началось с лихорадки, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия.</p> <p>До настоящего времени ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болел не более 2-3 раз в год. В 1,5 года перенес обструктивный бронхит. На первом году жизни страдал пищевой аллергией в виде атопического дерматита. На диспансерном учете не состоит. Организованный коллектив не посещает.</p> <p>При осмотре: ребенок возбужден. Кожа чистая, на лице румянец. Слизистые чистые, зев гиперемирован. Периодически появляется цианоз носогубного треугольника. Небные миндалины II степени. Из носовых ходов серозное отделяемое. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается "лающий" кашель, осиплость голоса. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧД - 39 в минуту. ЧСС - 126 уд/мин. АД - 85/45 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненности нет. Печень +1 см из-под края реберной дуги.</p>
1.	Диагноз?
2.	Проведите дифференциальную диагностику.
3.	Неотложная помощь.
4.	Показания к назначению глюкокортикоидов.
5.	Показания для проведения коникотомии.
6.	Дальнейшая тактика врача.
7.	Нужна ли госпитализация? Если да, что каковы условия транспортировки?
8.	Патогенез. Наиболее вероятная этиология.
9.	Тип острой дыхательной недостаточности в данном случае.
10.	Какие морфологические и функциональные особенности детского организма способствуют развитию данного заболевания?

11.	Какие осложнения угрожают ребенку?
12.	Может ли данное состояние угрожать жизни ребенка?

Ситуационная задача №6

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 мес из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 мес на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. Семейный анамнез: у матери - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров.</p> <p>Ребенок в 3 мес перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое. Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до 38°C. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.</p> <p>При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Температура тела 38,6°C. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $6,2 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с - 30%, э - 3%, л - 58%, м - 8%, СОЭ - 15 мм/час.</p> <p>Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.</p>
1.	Ваш диагноз?
2.	Этиология заболевания?
3.	Какие Вы знаете методы выявления возбудителя.
4.	Проведите дифференциальный диагноз.
5.	Принципы лечения?
6.	Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном состоянии?
7.	Каким специалистам необходимо показать ребенка?
8.	Какие виды физиотерапии показаны?
9.	Можно ли ребенка лечить на дому?
10.	Прогноз?

Ситуационная задача №7

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик М., 5 лет, осмотрен педиатром в связи с жалобами на выделения из носа и чихание.</p> <p>Анамнез заболевания: ребенок заболел 2 года назад, когда в апреле появились</p>

	<p>сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктивы. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное дыхание. Некоторое облегчение приносили антигистаминные препараты, гормональные мази и капли местно. В середине июня симптомы заболевания прекратились.</p> <p>Из семейного анамнеза известно, что мать ребенка страдает экземой, у самого больного детская экзема отмечалась до 3 лет.</p> <p>При осмотре: мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, больной почесывает нос, чихает. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктивит гиперемирована, слезотечение. Частота дыхания 22 в минуту. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 112 г/л. Эр – $3,2 \times 10^{12}/л$, Лейк – $7,2 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с - 34%, э - 12%, л - 50%, м - 1%, СОЭ - 5 мм/час.</p> <p>Скарификационные тесты: резко положительные (+++) с аллергенами пыльцы ольхи, орешника.</p>
1.	Поставьте диагноз.
2.	Наметьте план дополнительного обследования.
3.	Какие могут применяться инструментальные методы обследования и с какой целью?
4.	Каковы основные принципы лечения?
5.	Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их клинические проявления?
6.	Какие изменения со стороны глаз могут быть у больного?
7.	Каковы механизмы развития аллергических реакций?
8.	Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?
9.	Какие бронхи наиболее склонны к спастическому сокращению?
10.	Какие физико-химические изменения характерны для острого воспаления?
11.	Какие ингаляционные глюкокортикоидные препараты Вы знаете?

Ситуационная задача №8

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка 6 лет осмотрена участковым педиатром. Жалобы на нарушение носового дыхания в течение 2-х лет, с улучшением состояния в летние месяцы, когда семья живет на даче.</p> <p>Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности - без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания). Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык "географический", заеды в углах рта. Дыхание везикулярное, ЧД -24 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, Тоны сердца отчетливые. ЧСС -72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +0,5 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.</p>

	<p>Общий анализ крови: НЬ - 118 г/л. Эр - $4,3 \times 10^{12}$/л, Лейк - $5,8 \times 10^9$/л, п/я - 1%, с - 48%, э - 14%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 3 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: количество - 100,0 мл, относительная плотность - 1,016, слизи - нет, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет.</p> <p>Цитология носового секрета – слизь большое кол-во, эозинофилы – 80%, 20% - лимфоциты.</p>
1.	Ваш диагноз? Обоснование диагноза.
2.	Назначьте дополнительное обследование.
3.	Назначьте необходимое лечение.
4.	В каком случае необходима госпитализация ребенка?
5.	Какие дополнительные исследования, проведенные во вне обострения подтвердят данную форму заболевания?
6.	Каким специалистам необходимо показать ребенка?
7.	Какими видами спорта нужно заниматься ребенку?
8.	Какую связь имеют заболевания у родителей и у ребенка?

Ситуационная задача №9

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Ребенок 7 лет, заболел после переохлаждения остро, отмечался подъем температуры до $39,0^{\circ}\text{C}$, появился сухой болезненный кашель, головная боль.</p> <p>Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.</p> <p>При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель, боль в грудной клетке справа при кашле. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание кряхтящее. ЧД - 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 115 г/л, Лейк - $18,6 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 57%, э - 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки: отмечается субтотальное затемнение легочной ткани по линии Де-Муазо по 4-му ребру справа, смещение средостения влево.</p>
1.	Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2.	Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3.	Какие изменения в биохимическом анализе крови Вы ожидаете?
4.	Назовите основные звенья патогенеза заболевания, развившегося у ребенка.
5.	Какие предшествующие заболевания способствовали развитию, данной формы заболевания?
6.	Проведите дифференциальный диагноз.
7.	Назначьте лечение.

8.	Какие могут быть осложнения данного заболевания?
9.	Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?
10.	Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике после выздоровления?
11.	Какие виды физиотерапии показаны в различные периоды заболевания?
12.	Каков прогноз.

Ситуационная задача №10

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Больной К., 4 лет 8 месяцев, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе. Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала неотложную помощь. При осмотре врач неотложной помощи обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щек (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого легкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1.</p> <p>Общий анализ крови: Нб - 134 г/л. Эр - $4,8 \times 10^{12}$/л, Лейк - $16,2 \times 10^9$/л, юные нейтрофилы - 2%, п/я - 8%, с - 64%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 22 мм/час.</p> <p>Рентгенограмма грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.</p>
1.	Каков наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2.	О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?
3.	Какова информативность методов исследования, которые могут использоваться для выявления этиологического фактора заболевания?
4.	Перечислите рентгенологические признаки, характерные для данной болезни.
5.	В каких случаях рентгенологический контроль за динамикой процесса не проводится?
6.	В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появления характерных патологических шумов над легкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?
7.	С чего следует начать патогенетическую терапию у данного пациента?
8.	Какие факторы следует учитывать при назначении этиотропного лечения?
9.	Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного заболевания.
10.	Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов?
11.	Чем обусловлена тяжесть заболевания?
12.	В каком случае мы говорим о выздоровлении от данного заболевания?

Ситуационная задача №11

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Ребенок 9 месяцев, заболел остро: подъем температуры до 39,5°C. вялость, отказ от еды, слизистые выделения из носа, покашливание.</p> <p>Ребенок от первой беременности, протекавшей без токсикоза. Роды преждевременные, на 30-й неделе беременности, оперативные в связи с отслойкой нормально расположенной плаценты. Масса тела при рождении 1500 г, длина тела 43 см. Оценка по шкале Апгар 3-5 баллов. В родильном зале проводились реанимационные мероприятия, ИВЛ. Находился на ИВЛ в течение 2-х недель, затем сохранялась кислородная зависимость – 3 нед. Вскармливание естественное до 1 мес, далее - искусственное. В возрасте 3 мес. и 5 мес. перенес обструктивный бронхит.</p> <p>При осмотре отмечается: бледность, цианоз носогубного треугольника, ЧД 48 в 1 минуту, дыхание слышно на расстоянии. На коже щек яркая гиперемия, шелушение, в естественных складках кожи мокнутие. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, с обеих сторон выслушиваются рассеянные сухие и мелкопузырчатые влажные хрипы на вдохе и выдохе. ЧСС - 160 уд/мин, тоны сердца приглушены. Живот несколько вздут. Печень выступает на 3 см из-под реберного края. Стула не было 1 сутки. Мочится достаточно.</p>
1.	Ваш предположительный диагноз?
2.	Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
3.	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4.	Какие факторы способствуют развитию патологического процесса?
5.	Можно ли лечить ребенка амбулаторно?
6.	Назначьте комплекс терапевтических мероприятий.
7.	Какие антипиретики можно назначать в этом возрасте?
8.	Нуждается ли ребенок в физиотерапевтическом лечении?
9.	Тактика участкового педиатра в данный момент.
10.	Как долго должен наблюдаться ребенок в катамнезе?
11.	Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача №12

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Ребенок 5 месяцев, родился с массой 3200 г, длиной 50 см. В период новорожденности находился на стационарном лечении с диагнозом аспирационная пневмония, длительно находился на ИВЛ (около 3 нед), в дальнейшем был кислородозависим. В возрасте 2,5 мес. выписан домой. Находится на искусственном вскармливании с рождения.</p> <p>Болен 1 неделю. Появились вялость, отказ от еды, покашливание, выделения из носа, повышение температуры тела до 37,5°C. На фоне лечения на дому (капли в нос, горчичники на грудную клетку, отхаркивающая микстура) состояние несколько улучшилось, но с 7-го дня болезни вновь ухудшение в виде усиления кашля, появления цианоза носогубного треугольника, "мраморности" кожных покровов, одышки. Назначен ампициллин. Состояние не улучшалось. Ребенка госпитализировали.</p>

	<p>При поступлении в больницу масса тела 6000 г, рост 62 см. Температура тела 37,9°C. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Акроцианоз, "мраморный" рисунок кожи. Грудная клетка бочкообразной формы, выражен гarrisonова борозда. Частота дыхания 44 в 1 минуту. Дыхание аритмичное, отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: жесткое дыхание, выдох удлинен, при глубоком вдохе с обеих сторон, но больше слева, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 120 уд/мин. Живот мягкий, распластан. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, со слизью.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр – $3,8 \times 10^{12}/л$, Лейк – $13,6 \times 10^9/л$, п/я - 10%, с - 58%, л - 22%, м - 10%, СОЭ - 18 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: количество - 50,0 мл, относительная плотность - 1,010, слизи - нет, эпителия - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, глюкоза -4,3 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 900 ммоль/л (норма - 220-820), кальций - 2,3 ммоль/л, фосфор - 1,1 ммоль/л.</p>
1.	Ваш предварительный диагноз?
2.	Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
3.	Оцените данные анализа крови.
4.	Оцените физическое развитие ребенка.
5.	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
6.	В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
7.	Назначьте больному адекватное лечение.
8.	Каков генез нарушения стула у ребенка?
9.	Нуждается ли ребенок в катанестическом наблюдении?
10.	Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача №13

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик 8 лет, поступил в больницу с жалобами на затрудненное дыхание. Мальчик от третьей беременности (дети от первой и второй беременности умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости). Болен с рождения: отмечался постоянный кашель, на первом году жизни трижды перенес пневмонию. В последующие годы неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой. При поступлении состояние мальчика очень тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы "часовых стекол" и "барабанных палочек". ЧД – 40 в 1 минуту, ЧСС - 120 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпа-ническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева - жесткое. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке слабой интенсивности. Печень +5-6 см, н/3. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный.</p> <p>Клинический анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,85, Лейк - $7,7 \times 10^9/л$, п/я - 8%, с - 54%, э - 3%, л - 25%, м - 10%, СОЭ -45 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, альбумины -46%, альфа₁-</p>

	<p>глобулины - 9%, альфа₂-глобулины - 15%, бета-глобулины -10,5%, гамма-глобулины - 19,5%, тимоловая проба - 9,0, СРВ - ++. ЩФ -850 Уд/л (норма - 220-820), АЛТ - 36 Ед/л, АСТ – 30 Ед/л.</p> <p>Пилокарпиновая проба: натрий - 132 ммоль/л, хлор - 120 ммоль/л.</p> <p>Копрограмма: большое количество нейтрального жира.</p> <p>Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхососудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах, густые фиброзные тяжи. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, "капельное сердце".</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен. умеренное разрастание соединительной ткани; поджелудочная железа -15x8x25 мм. увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры (газы); желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные, селезеночная вена извита.</p>
1.	Дайте оценку приведенных лабораторно-инструментальных методов исследования.
2.	В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
3.	Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
4.	Сформулируйте диагноз данному больному.
5.	Каковы этиология и патогенез основного заболевания?
6.	Каков генез гепатомегалии у больного?
7.	Назначьте больному лечение.
8.	Какие виды физиотерапии показаны во время обострения заболевания?
9.	Какими видами спорта можно заниматься вне обострения заболевания?
10.	Каков прогноз при данном заболевании?

Ситуационная задача №14

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p>
	<p>Мальчик 4 лет. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением серозно-гнойной или гнойной мокроты. Ребенок от второй беременности, протекавшей с незначительным токсикозом первой половины, вторых срочных родов (первый ребенок, мальчик, здоров). Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. Вскармливался естественно. Прикорм вводился своевременно. В массе прибавлял плохо. Вес в 1 год – 9 кг, в 2 года - 10,5 кг. В возрасте 8 месяцев впервые диагностирована пневмония. Повторные пневмонии наблюдались в возрасте 1 года и 2 лет. Со второго полугодия жизни - частые ОРВИ, бронхит. У ребенка отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул. При поступлении масса тела 12 кг. Ребенок вялый. апатичный. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде "барабанных палочек", ногтевые пластинки в виде "часовых стекол". ЧД - 32 в 1 минуту. Перкуторно над легкими участки притупления преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, отчетливые, отмечается мягкий систолический шум. ЧСС - 100 уд/мин. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Живот несколько увеличен, мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Стул обильный с жирным блеском.</p> <p>Общ. анализ крови: НЬ - 115 г/л. Эр - $4,2 \times 10^{12}$/л. Лейк - $6,8 \times 10^9$/л, п/я - 10%, с -</p>

	52%, э - 1%, л - 28%, м - 9%, СОЭ - 12 мм/час. Общий анализ мочи: количество - 60,0 мл, относительная плотность - 1,014, прозрачность - неполная, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет. Рентгенограмма грудной клетки: легкие вздуты. Во всех легочных полях немногочисленные очаговоподобные тени, усиление и деформация бронхососудистого рисунка. Пилокарпиновая проба: натрий - 132 ммоль/л, хлор - 120 ммоль/л. Бронхоскопия: двухсторонний диффузный гнойный эндобронхит.
1.	Поставьте предварительный диагноз.
2.	Как наследуется это заболевание?
3.	Какие результаты можно ожидать при исследовании функции внешнего дыхания у таких больных?
4.	Назначьте дополнительное исследование для подтверждения предварительного диагноза.
5.	Каковы принципы лечения заболевания?
6.	Какие специалисты должны наблюдать ребенка?
7.	Какими видами спорта может заниматься ребенок?
8.	Ваш прогноз?

Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности	Низкий	Средний/высокий

компетенций*		
---------------------	--	--

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для экзамена (пример)

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений,	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
		требуется дополнительная практика по большинству практических задач	навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/>)