

федеральное государственное  
бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Волгоградский государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»  
директор Института НМФО  
  
Н.И. Свиридова  
« 29 » августа 2023 г.

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

**31.08.16 ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

*(уровень подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре)*

Квалификация (степень) выпускника: **врач-детский хирург**

Кафедра: **Кафедра хирургических болезней № 1 Института НФМО**

Форма обучения – очная

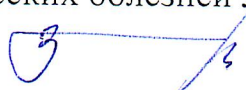
Для обучающихся 2020, 2021, 2022, 2023 года поступления (актуализированная редакция)

Волгоград, 2023

**Разработчики:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Веденин Ю.И.	Зав.кафедрой	д.м.н./ доцент	Кафедра хирургических болезней №1 ИНМФО
2.	Перепелкин А.И.	профессор	д.м.н./ профессор	Кафедра хирургических болезней №1 ИНМФО
3.	Попова И.С.	профессор	д.м.н./ профессор	Кафедра хирургических болезней №1 ИНМФО

Актуализация фонда оценочных средств обсуждена на заседании кафедры протокол № 1 от « 28 » августа \_\_\_\_\_ 2023 года.

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Института НМФО,  
д.м.н., профессор  Ю.И.Веденин

Актуализация фонда оценочных средств согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от « 29 » августа \_\_\_\_\_ 202 года.

Председатель УМК

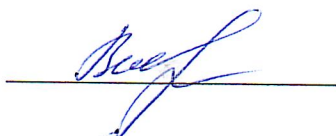


М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики  М.Л.Науменко

Актуализация фонда оценочных средств утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от «29» августа \_ 202 года.

Секретарь Ученого совета.



В.Д.Заклякова

# 1. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

## 1.1 Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.</li><li>2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.</li><li>3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.</li><li>4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.</li><li>5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.</li><li>6. Гигиеническое воспитание и образование населения.</li><li>7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.</li><li>8. Система обязательного социального страхования в России.</li><li>9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.</li><li>10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.</li><li>11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.</li><li>12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</li><li>13. Качество медицинской помощи, основные понятия.</li><li>14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.</li><li>15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.</li></ol>
---	--

## 1.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.</li><li>2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.</li><li>3. Особенности изучения общей заболеваемости</li><li>4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.</li><li>5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.</li><li>6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.</li><li>7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.</li><li>8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</li><li>9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.</li><li>10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.</li><li>11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.</li><li>12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.</li><li>13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.</li><li>14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.</li></ol>
---	---

## 1.3 Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Общественное здоровье – это ... а) <b>важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей;</b> б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины,</li></ol>
---	--

охраны и восстановления здоровья населения;  
в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения

2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:  
**а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;**  
б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;  
в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;  
г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

3. Болезненность - это:  
а) заболеваемость по данным обращаемости;  
б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;  
**в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;**  
г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:  
**а) 50–55 %;**  
б) 20–25 %;  
в) 15–20 %;  
г) 10–15 %

5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:  
а) исторический;  
б) статистический;  
в) экспериментальный;  
г) экономический;  
д) социологический;  
**е) все вышеперечисленные**

6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:  
а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;  
**б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;**  
в) все лица перед проведением профилактических прививок

7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:  
**а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;**  
б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;  
в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;  
г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;  
д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах

8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...  
**а) государственное социальное страхование;**  
б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;  
в) менеджмент здравоохранения;  
г) экономика здравоохранения

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...
- а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;
  - б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;**
  - в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации
10. Временная нетрудоспособность – это ...
- а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;
  - б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;
  - в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме
11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:
- а) до 10 дней;
  - б) до 15 дней;**
  - в) до 4 месяцев;
  - г) до 6 месяцев
12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...
- а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;
  - б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;**
  - в) не выдается
13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:
- а) своевременность оказания медицинской помощи;
  - б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
  - в) степень достижения запланированного результата;
  - г) совокупность вышеуказанных характеристик**
14. Виды контроля качества медицинской помощи:
- а) государственный контроль;
  - б) ведомственный контроль;
  - г) внутренний контроль;
  - д) все вышеперечисленное верно**
15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...
- а) листок нетрудоспособности;
  - б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;
  - в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;
  - г) врачебное свидетельство о смерти

## 1.4 Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p><b>Задача № 1.</b> Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p><b>Задача № 2.</b> В городе S проживает 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p><b>Задача № 3.</b> При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p><b>Задача № 4.</b> Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p><b>Задача №5.</b> По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
---	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75 76– 90 91 – 100

## 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

## 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	3	1-15	1-15	1-5	1-15	-
ПК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	4	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	5	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	6	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	10	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	11	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	12	1-15	1-15	1-5	1-15	-



## 2. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

### 2.1. Тематика рефератов (докладов), эссе, проектов

<b>Б 1.Б.2 Педагогика</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.</li><li>2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента</li><li>3. Эффективное общение.</li><li>4. Управление конфликтными ситуациями.</li><li>5. Функции педагогической деятельности врача-педагога</li><li>6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.</li><li>7. Классификации педагогических технологий.</li><li>8. Выбор педагогических технологий.</li><li>9. Особенности диалоговых технологий обучения.</li><li>10. Теоретические основы игровой технологии.</li><li>11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.</li><li>12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.</li><li>13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.</li><li>14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.</li><li>15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.</li></ol>
---------------------------	--

### 2.2 Банк тестовых заданий (с ответами):

<b>Б 1.Б.2 Педагогика</b>	<p><b>Тестовые задания самоконтроля по модулю I</b></p> <p><b>Выберите один или несколько правильных ответов</b></p> <p>01. Процесс и результат усвоения определенной системы знаний и обеспечение на этой основе соответствующего уровня развития личности</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) воспитание</li><li>2) образование</li><li>3) педагогический процесс</li><li>4) обучение</li></ol> <p>02. Множество взаимосвязанных структурных компонентов, объединенных единой образовательной целью развития личности и функционирующих в целостном педагогическом процессе –</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) дидактика</li><li>2) педагогическая система</li><li>3) педагогический процесс</li><li>4) обучение</li></ol> <p>03. К постоянным задачам педагогической науки относятся</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) выявление межличностных отношений в коллективе</li><li>2) изучение причин неуспеваемости</li><li>3) прогнозирование образования</li><li>4) обобщение практического опыта</li><li>5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания</li></ol> <p>04. Диагностичная постановка педагогической цели предполагает</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) установление явного противоречия</li><li>2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить</li><li>3) подбор диагностического инструментария</li><li>4) учет особенностей учащихся</li></ol> <p>05. Любая педагогическая технология должна отвечать требованиям</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) доступности, прочности</li><li>2) концептуальности, системности</li></ol>
---------------------------	---

- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. Алгоритм процесса достижения планируемых результатов обучения и воспитания называется педагогической (-им)

- 1) системой
- 2) процессом
- 3) концепцией
- 4) технологией

07. Андрагогика

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. Методология

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

**Установите правильную последовательность**

09. Структура технологии модульного обучения

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей
- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

**Установите соответствие**

10. Теоретическая функция педагогики реализуется на трех уровнях:

- |                    |  |
|--------------------|--|
| 1. описательном    | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов  |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта  |

11. Технологическая функция педагогики реализуется на трех уровнях

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 1. проективном        | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции   |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания                                 |
| 3. рефлексивном       | В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

**Выберите один или несколько правильных ответов**

12. Уровень компетентности и методологической рефлексии исследователя определяют методологическую (-ое)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

	<p>14. Предмет педагогики</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) технологии воспитательного процесса</li> <li>2) личность воспитанника</li> <li>3) содержание воспитания</li> <li>4) развитие человека</li> <li>5) закономерности процесса воспитания</li> </ol> <p>15. Действующие лица при реализации технологии дебатов</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) судьи</li> <li>2) команда утверждения</li> <li>3) команда отрицания</li> <li>4) таймкипер</li> <li>5) тьюторы</li> <li>6) аналитик</li> </ol> <p>16. Методики «шесть шляп», «пять пальцев» относят к технологиям</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рефлексивным</li> <li>2) контекстного обучения</li> <li>3) модульного обучения</li> <li>4) экспертно-оценочным</li> </ol> <p>17. К современным образовательным технологиям относят</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) здоровьесберегающие</li> <li>2) информационно-коммуникационные</li> <li>3) обучение в сотрудничестве</li> <li>4) объяснительно-иллюстративную</li> <li>5) проекты и кейс- технологии</li> <li>6) развитие «критического мышления»</li> </ol> <p>18. Предметная поддержка учебного процесса (голос (речь) педагога, его мастерство, учебники, оборудование)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) задача обучения</li> <li>2) форма обучения</li> <li>3) цель обучения</li> <li>4) средства обучения</li> </ol> <p>19. Умения, доведённые до автоматизма, высокой степени совершенства:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Навыки</li> <li>2) Знания</li> <li>3) Умения</li> <li>4) Мотивы</li> </ol> <p>20. Специальная конструкция процесса обучения, характер которой обусловлен его содержанием, методами, приемами, средствами, видами деятельности учащихся</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Форма обучения</li> <li>2) Средство обучения</li> <li>3) Метод обучения</li> <li>4) Технология обучения</li> </ol> <p>21. основополагающие требования к практической организации учебного процесса педагогике -</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Правила</li> <li>2) Принципы</li> <li>3) Законы</li> <li>4) Установки</li> </ol> <p>22. Как теория обучения и образования дидактика разрабатывает</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Основы методологии педагогических исследований</li> <li>2) Сущность, закономерности и принципы обучения</li> <li>3) Сущность, закономерности и принципы воспитания</li> <li>4) История педагогики</li> </ol>
--	--

	<p>23. Характерные черты педагогического процесса как системы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения</li> <li>2) Гуманистичность и толерантность</li> <li>3) Плюралистичность</li> <li>4) Статичность</li> </ol> <p>24. Каждый метод обучения складывается из отдельных элементов</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Методические приемы</li> <li>2) Операции</li> <li>3) Правила</li> <li>4) Законы</li> </ol> <p>25. Исследование –это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.</li> <li>2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.</li> <li>3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы</li> <li>4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологию), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом</li> </ol> <p>26. Эксперимент – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологию), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом</li> <li>2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.</li> <li>3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.</li> <li>4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания</li> </ol> <p>27. Воспитание должно основываться на научном понимании естественных и социальных процессов, согласовываться с общими законами развития природы и человека согласно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) принципу природосообразности</li> <li>2) принципу культуросообразности</li> <li>3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания</li> <li>4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода</li> </ol> <p>28. Воспитание должно основываться на общечеловеческих ценностях и строиться с учетом особенностей этнической и региональной культур согласно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) принципу природосообразности</li> <li>2) принципу культуросообразности</li> <li>3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания</li> <li>4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода</li> </ol> <p>29. Способы профессионального взаимодействия педагога и учащихся с целью решения образовательно-воспитательных задач это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) методы воспитания</li> <li>2) средства воспитания</li> <li>3) методические приемы воспитания</li> </ol> <p>30. Процедуру использования комплекса методов и приемов по достижению</p>
--	--

	<p>воспитательной цели называют (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) методикой воспитания</li> <li>2) воспитательной технологией</li> <li>3) воспитательной системой</li> </ol> <p>31. Различные виды деятельности (игровая, учебная, трудовая и др.), а с другой - совокупность предметов и произведений материальной и духовной культуры, привлекаемых для воспитательной работы это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) методы воспитания</li> <li>2) средства воспитания</li> <li>3) методические приемы воспитания</li> </ol> <p>32. К методам педагогического стимулирования и коррекции поведения и деятельности относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наказание</li> <li>2) создание воспитывающих ситуаций</li> <li>3) педагогическое требование</li> <li>4) соревнование</li> <li>5) поощрение</li> </ol> <p>33. К условиям выбора системообразующего вида деятельности воспитательной системы относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) индивидуальные особенности педагога</li> <li>2) обеспечение целостности всех видов деятельности</li> <li>3) учет этнических характеристик среды</li> <li>4) престижность</li> <li>5) соответствие главной цели и задачам системы</li> </ol> <p>34. К основным условиям действенности примера в воспитании относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обстоятельное выяснение причин проступка</li> <li>2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности</li> <li>3) авторитетность воспитателя</li> <li>4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах</li> <li>5) близость или совпадения с интересами воспитуемых</li> </ol> <p>35. Принцип связи воспитания с жизнью предполагает (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) формирование общеучебных умений</li> <li>2) соединение воспитания и дополнительного образования</li> <li>3) соединение воспитания с практической деятельностью</li> <li>4) учет индивидуальных особенностей воспитанников</li> </ol> <p>36. Процесс тестирования может быть разделен на такие этапы, как</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выбор теста</li> <li>2) проведение тестирования</li> <li>3) интерпретация результатов</li> <li>4) корректировка</li> <li>5) самоанализ</li> </ol> <p>37. Педагогическая цель – это (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) направление работы учителя</li> <li>2) основное положение деятельности учителя</li> <li>3) представление учителя о своей педагогической деятельности</li> <li>4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса</li> </ol> <p>38. Учебный план – это нормативный документ, определяющий</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении</li> <li>2) количество времени на изучение тем курса</li> <li>3) максимальную недельную нагрузку учащихся</li> <li>4) перечень наглядных пособий</li> <li>5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета</li> </ol>
--	---

39. Видами педагогического контроля в зависимости от временного показателя являются
- 1) самоконтроль
  - 2) текущий
  - 3) итоговый
  - 4) фронтальный
  - 5) предварительный
40. Отметкой в дидактике называют (один верный ответ)
- 1) количественный показатель оценки знаний
  - 2) обеспечение обратной связи с учащимися
  - 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
  - 4) метод устного контроля
41. Подход к классификации методов обучения, при котором за основание берётся источник передачи информации и характер её восприятия (один верный ответ)
- 1) Перцептивный подход
  - 2) Логический подход
  - 3) Гностический подход
42. Подход к классификации методов обучения, в качестве основания предусматривает логику изложения материала учителем и логику восприятия его учащимися (один верный ответ)
- 1) Перцептивный подход
  - 2) Логический подход
  - 3) Гностический подход
43. Подход к классификации методов обучения, при котором основанием выступает способ управления познавательной деятельностью и характер установления обратной связи, предлагает выделение методов алгоритмизации и программированного обучения (один верный ответ)
- 1) Перцептивный подход
  - 2) Логический подход
  - 3) Гностический подход
44. Целями обучения являются
- 1) внедрение новшеств
  - 2) развитие обучаемых
  - 3) использование диалоговых форм
  - 4) усвоение знаний, умений, навыков
  - 5) формирование мировоззрения
45. Учебник выполняет такие дидактические функции
- 1) материализованная
  - 2) мотивационная
  - 3) контролирующая
  - 4) информационная
  - 5) альтернативная
- Дополните высказывание**
46. . Речь и действия преподавателя, а также любые материальные объекты, используемые преподавателем и субъектом учения при обучении-\_\_\_\_\_ обучения
47. Избранная совокупность и последовательность *методов, средств, форм обучения*, обеспечивающие достижение явно сформулированной цели- \_\_\_\_\_ обучения
48. Определенные особенности выполнения той или иной операции, которая необходимо должна присутствовать в обучении, но может быть выполнена по-разному-\_\_\_\_\_ обучения

49. Специально отобранная и признанная обществом (государством) система элементов *объективного опыта человечества*, усвоение которой необходимо для успешной *деятельности индивида* в избранной им сфере общественно-полезной практики - \_\_\_\_\_ образования

50. Фрагмент *содержания образования*, выделенный с учетом его научной, методической или прагматической специфики, самостоятельно обозначенный в учебном плане - \_\_\_\_\_

### Тестовые задания самоконтроля по модулю II

#### Выберите один или несколько правильных ответов

01. Воспитывающее и обучающее воздействие преподавателя на студента, направленное на его личностное, интеллектуальное и деятельностное развитие, называется

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. Признание самоценности личности, реализация внутренней и внешней свободы – это принцип

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. Основаниями для дифференциации специальностей педагогического профиля являются

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. Знание положений педагогической теории, умение анализировать собственную научную деятельность входят в состав

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. Педагогическая профессия относится к \_\_\_\_\_ типу профессиональной деятельности

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. Профессиональная ориентация – это система таких взаимосвязанных компонентов, как

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. Если педагог приспосабливает свое общение к особенностям аудитории, то его деятельность можно отнести к \_\_\_\_\_ уровню

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. Форма профессиональной ориентации, предполагающая оказание помощи учащимся в выборе профессии, называется (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. Аспирант готовится к следующим видам деятельности

- 1) Педагогическая
- 2) Культурно-просветительская
- 3) Коммуникативно-рефлексивная
- 4) Научно- методическая

10. Профессия преподаватель относится к системе (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. Род трудовой деятельности человека, предмет его постоянных занятий называется

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В группу общепедагогических умений входят такие умения, как

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. Профессиональная направленность личности педагога включает в себя

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. Основаниями для дифференциации специальностей педагогического профиля являются

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. Описание системы признаков, характеризующих ту или иную профессию, перечень норм и требований к работнику называется

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. Педагог, стремящийся к равноправному взаимодействию в воспитанниками и признающий их право на собственное мнение, имеет \_\_ стиль педагогической деятельности

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический



	<p>4) конструктивный</p> <p>17. Демократический стиль управления предполагает</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сочетание коллегиальности и единоначалия</li> <li>2) ведущую роль администрации</li> <li>3) представление полной свободы подчиненным</li> <li>4) использование административных методов</li> </ol> <p>18. С учётом характера управления деятельностью студентов выделяют стили (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) авторитарный, демократический, либеральный</li> <li>2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический</li> <li>3) индивидуалистический стиль, амбивалентный</li> <li>4) копирующий стиль, ориентированный на результат</li> </ol> <p>19. Стиль, при котором преподаватель ориентирован как на <i>процесс</i> так и на <i>результат</i> обучения (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рассуждающе- методический</li> <li>2) эмоционально-импровизационный</li> <li>3) рассуждающе-импровизационный</li> <li>4) эмоционально- методический</li> </ol> <p>20. В процессе развития столкновения конфликтная ситуация всегда</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) возникает в процессе разрешения конфликта</li> <li>2) предшествует конфликту, но не является его основой</li> <li>3) предшествует конфликту, является его основой</li> <li>4) возникает только при скрытом конфликте</li> </ol> <p>21. Конфликт, при котором действующие лица стремятся реализовать в своей жизнедеятельности взаимоисключающие цели</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) внутриличностный</li> <li>2) межличностный</li> <li>3) межгрупповой</li> <li>4) личностно-групповой</li> </ol> <p>22. Преподаватель выступает как образец для подражания, подлежащий безусловному копированию, его стиль (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) «Сократ»</li> <li>2) «Генерал»</li> <li>3) «Менеджер»</li> <li>4) «Мастер»</li> </ol> <p>23. Низкая внутренняя конфликтность и самообвинение характерны для преподавателей со стилем (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) авторитарным</li> <li>2) демократическим</li> <li>3) либеральным</li> <li>4) анархическим</li> </ol> <p>24. К сигналам, предупреждающим конфликт относят</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кризис, недоразумение</li> <li>2) инциденты, напряжение, дискомфорт</li> <li>3) переутомление, неудовлетворённость</li> <li>4) плохое настроение, ощущение ненужности</li> </ol> <p>25. Стиль, при котором преподаватель ориентирован в основном на <i>результат</i> обучения (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рассуждающе- методический</li> <li>2) эмоционально-импровизационный</li> <li>3) рассуждающее- импровизационный</li> <li>4) эмоционально- методический</li> </ol>
--	--

	<p>26. Система приёмов и способов организации и выполнения человеком своей работы (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стиль педагогической деятельности</li> <li>2) стиль деятельности</li> <li>3) управление общением</li> <li>4) управление педагогическим общением</li> </ol> <p>27. Состояние психологического напряжения побуждает к “атаке” или к “отступлению” от источника неприятных переживаний и наблюдается в стадии (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) зарождения конфликта</li> <li>2) созревания конфликта</li> <li>3) осознания конфликта</li> <li>4) разрешения конфликта</li> </ol> <p>28. Какие действия педагога по изменению хода конфликта являются конфликтогенными</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отложить решение конфликтной ситуации</li> <li>2) компромиссные</li> <li>3) репрессивные</li> <li>4) агрессивные</li> </ol> <p>29. Преднамеренный контакт (длительный или временный) педагога и воспитанников (воспитанника), следствием которого являются взаимные изменения в их поведении, деятельности и отношениях это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) педагогическое взаимодействие</li> <li>2) педагогическое влияние</li> <li>3) педагогическое воздействие</li> <li>4) конфликт</li> </ol> <p>30. Традиционный подход отождествляет педагогический процесс с деятельностью педагога и закрепляет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося</li> <li>2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося</li> <li>3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося</li> <li>4) объект-объектные отношения педагога и учащегося</li> </ol> <p>31. Последовательная, взаимообусловленная система действий педагога, связанных с применением той или иной совокупности методов воспитания и обучения, осуществляемых в педагогическом процессе с целью решения различных педагогических задач это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) педагогическое взаимодействие</li> <li>2) педагогический процесс</li> <li>3) педагогическая технология</li> <li>4) педагогическая система</li> </ol> <p><b>Установите соответствие</b></p> <p>32. Группы педагогических умений</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">1. умения управлять собой</td> <td>А. владение своим телом</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Б. владение эмоциональным состоянием</td> </tr> <tr> <td>2. умения взаимодействовать</td> <td>В. организаторские</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Г. владение техникой контактного взаимодействия</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Д. дидактические</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Е. владение техникой речи</td> </tr> </table> <p>33. Уровни сформированности профессионально-педагогической культуры</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">1. внегуманитарный</td> <td>А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития</td> </tr> <tr> <td>2. нормативный</td> <td>Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками</td> </tr> </table>	1. умения управлять собой	А. владение своим телом		Б. владение эмоциональным состоянием	2. умения взаимодействовать	В. организаторские		Г. владение техникой контактного взаимодействия		Д. дидактические		Е. владение техникой речи	1. внегуманитарный	А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития	2. нормативный	Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками
1. умения управлять собой	А. владение своим телом																
	Б. владение эмоциональным состоянием																
2. умения взаимодействовать	В. организаторские																
	Г. владение техникой контактного взаимодействия																
	Д. дидактические																
	Е. владение техникой речи																
1. внегуманитарный	А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития																
2. нормативный	Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками																

	<p>3. технологический</p> <p>4. системный</p> <p>5. концептуальный</p> <p>34. Группы функций</p> <p>1. присущие многим сферам человеческой деятельности</p> <p>2. специфические педагогические</p> <p><b>Дополните высказывание</b></p> <p>35. Побуждение к действию, связанное с удовлетворением осознаваемой потребности субъекта и вызывающее его активность в деятельности, поведении, общении - _____</p> <p>36. Система саморегуляции деятельности, поведения и общения субъекта включает в себя потребности, мотивы, цель _____</p> <p>37. Относительно цельная мотивация, при которой потребности, мотивы и цели взаимосвязаны и взаимообусловлены - _____</p> <p>38. Способность к совершенствованию своих положительных качеств и преодоление отрицательных называют _____</p> <p>39. Та грань человека, которая отличает его от животного и социального мира, которая составляет его субъективный мир - _____</p> <p>40. Познающий и действующий человек, для которого характерно активное взаимодействие со средой, обмен влияниями: не только принятие ценностей среды, но и утверждение в ней своих взглядов, своего значения - _____</p> <p>41. Индивидуализированное отражение действительного отношения личности к тем объектам, ради которых развёртывается её деятельность, осознаваемое как «значение-для-меня» _____</p> <p>42. Педагогическое управление учебно-познавательной деятельностью обучаемых - _____</p> <p>43. Процесс количественных и качественных изменений в организме, интеллектуальной и духовной сфере человека, обусловленный влиянием внешних и внутренних, управляемых и неуправляемых факторов - _____</p> <p>44. Способность человека, проявляющаяся в обращении сознания на самоё себя; процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний - _____</p> <p>45. Оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей - _____</p> <p><b>Выберите один или несколько правильных ответов</b></p> <p>46. В педагогической профессии выделяют следующие виды педагогической работы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Учебная</li> <li>2) Воспитательная</li> <li>3) Вожатская</li> <li>4) Административная</li> <li>5) Организаторская</li> <li>6) Методическая</li> <li>7) Внешкольная</li> <li>8) Научно-исследовательская</li> </ol> <p>47. К психотехническим умениям относят</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Владение собой, своим телом</li> </ol>	<p>В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий</p> <p>Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним</p> <p>Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отставив только функции передачи ЗУН</p> <p>А. информационная</p> <p>Б. конструктивная</p> <p>В. организаторская</p> <p>Г. коммуникативная</p> <p>Д. гностическая</p> <p>Е. воспитательно-развивающая</p> <p>Ж. ориентационная</p> <p>З. мобилизационная</p> <p>И. исследовательская</p>
--	---	--

	<p>2) Владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения</p> <p>3) Владение способами эмоциональной саморегуляции</p> <p>4) Владение языковой грамотностью</p> <p>48. К умениям взаимодействовать в процессе решения педагогических задач относят</p> <p>1) диагностические умения</p> <p>2) владение мимикой</p> <p>3) умения целеполагания</p> <p>4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания</p> <p>5) организация педагогического взаимодействия</p> <p>6) умения обратной связи</p> <p>49. Способности, специфические для педагогической деятельности</p> <p>1) способность вести за собой</p> <p>2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией</p> <p>3) образованность</p> <p>4) организаторское чутьё</p> <p>5) способность учитывать психологические особенности обучаемого</p> <p>50. Основу компетенции составляют</p> <p>1) Знания как когнитивный компонент</p> <p>2) Умения</p> <p>3) Навыки</p> <p>4) Эмоции</p> <p>5) Ценностно-смысловое отношение к профессии</p>
--	--

### **2.3. Вопросы к зачету**

<p><b><i>Б 1.Б.2 Педагогика</i></b></p>	<p>1) Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.</p> <p>2) Основные базовые категории медицинской дидактики.</p> <p>3) Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача</p> <p>4) Формирование коммуникативной компетентности современного врача</p> <p>5) Общее представление о процессе общения, его участниках</p> <p>6) Конфликтные и бесконфликтные коммуникации</p> <p>7) Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения</p> <p>8) Конфликты</p> <p>9) Взаимоотношения врача, пациента и его родственников</p> <p>10) Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала</p> <p>11) Социальная и профилактическая педагогика в работе врача</p> <p>12) Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.</p> <p>13) Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.</p> <p>14) Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).</p> <p>15) Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ....).</p> <p>16) Подготовка врача-педагога к лекции</p> <p>17) Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.</p> <p>18) Организация и проведение занятий с пациентами.</p> <p>19) Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.</p> <p>20) Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.</p> <p>21) Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>22) Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>23) Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>24) Эффективное общение. Критерии и техники.</p>
---	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень - пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Доклад

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень - пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ:	

-61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100	
<b>Отлично (5)</b>	
	61 – 75
	76– 90
	91 – 100

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	

#### 4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
	текущий контроль					промежуточная/ итоговая аттестация
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное/ групповое)	Проект	Зачёт
<b>УК-1</b>	+	+	+	+	+	+
<b>УК-2</b>	+	+	+	+	+	+
<b>УК-3</b>		+	+	+	+	+
<b>ПК-9</b>	+	+	+	+	+	+

### 3. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

#### 3.1 Перечень вопросов для устного собеседования

<p><b>Б 1.Б.3</b> Медицина чрезвычайных ситуаций</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.</li> <li>2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.</li> <li>3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.</li> <li>4. Формирования и учреждения ВСМК.</li> <li>5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя</li> <li>6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.</li> <li>7. Врачебно-сестринские бригады.</li> <li>8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.</li> <li>9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.</li> <li>10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.</li> <li>11. Понятие о медицинской сортировке.</li> <li>12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.</li> <li>13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.</li> <li>14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .</li> <li>15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.</li> <li>16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.</li> <li>17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.</li> <li>18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.</li> <li>19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.</li> <li>20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.</li> <li>21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.</li> <li>22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.</li> <li>23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.</li> <li>24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.</li> <li>25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.</li> <li>26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.</li> <li>27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.</li> <li>28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.</li> <li>29. Основные группы и схемы применения антидотов.</li> <li>30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.</li> </ol>
--	---

### **3.2 Банк тестовых заданий (с ответами)**

<p><b>Б 1.Б.3</b> Медицина чрезвычайных ситуаций</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Всероссийская служба медицины катастроф – это: <ol style="list-style-type: none"> <li>а. функциональная подсистема РСЧС;</li> <li>б. территориальная подсистема РСЧС;</li> <li>в. структурное подразделение МЧС;</li> <li>г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.</li> </ol> </li> <li>2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС</li> </ol>
--	---

	<p>предназначен:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. для оказания первой помощи;</li> <li>б. для оказания первой врачебной помощи;</li> <li><b>в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;</b></li> <li>г. для оказания специализированной медицинской помощи.</li> </ul> <p>3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. хирургическое отделение;</b></li> <li>б. травматологическое отделение;</li> <li>в. неврологическое отделение;</li> <li>г. нейрохирургическое отделение.</li> </ul> <p>4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. бригады доврачебной помощи;</li> <li>б. врачебно-сестринские бригады;</li> <li><b>в. бригады специализированной медицинской помощи;</b></li> <li>г. бригады экстренного реагирования.</li> </ul> <p>5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. бригады доврачебной помощи;</li> <li>б. врачебно-сестринские бригады;</li> <li>в. бригады специализированной медицинской помощи;</li> <li><b>г. бригады экстренного реагирования.</b></li> </ul> <p>6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;</li> <li><b>б. врачебно-сестринские бригады;</b></li> <li>в. бригады специализированной медицинской помощи.</li> </ul> <p>7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;</li> <li>б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;</li> <li><b>в. бригады специализированной медицинской помощи;</b></li> <li>г. областная клиническая больница</li> </ul> <p>8. Основной принцип организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;</li> <li><b>б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;</b></li> <li>в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.</li> </ul> <p>9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;</li> <li><b>б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;</b></li> <li>в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных</li> </ul> <p>10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. двухэтапная система ЛЭО;</b></li> <li>б. трехэтапная система ЛЭО;</li> <li>в. четырехэтапная система ЛЭО;</li> </ul>
--	---



	<p>г. одноэтапная система ЛЭО.</p> <p>11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:  <b>а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;</b>  б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;  в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.  г. все вышеперечисленное верно.</p> <p>12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:  а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;  <b>б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопротекция столбняка;</b>  в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;  г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.</p> <p>13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:  <b>а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирование раны, противошоковая терапия;</b>  б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;  в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;  г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.</p> <p>14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:  а. повреждение легких;  б. пневмоторакс;  в. гемоторакс;  <b>г. повреждение сердца.</b></p> <p>15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавшим направляют:  а. в операционную;  <b>б. в перевязочную в первую очередь;</b>  в. в перевязочную во вторую очередь;  г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.</p> <p>16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:  а. в операционную;  <b>б. в перевязочную в первую очередь;</b>  в. в перевязочную во вторую очередь;  г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.</p> <p>17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?  а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;  б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;  <b>в. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;</b>  г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.</p> <p>18. Симптом, характерный для перелома костей таза:  а. гематома в области промежности;  б. крепитация в области верхней трети бедра;  в. императивный позыв на мочеиспускание;  <b>г. симптом «прилипшей пятки».</b></p>
--	---

	<p>19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. снижение синтеза ацетилхолина;</li> <li><b>б. инактивация холинэстеразы;</b></li> <li>в. активация холинэстеразы;</li> <li>г. повышение синтеза ацетилхолина.</li> </ul> <p>20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. адреномиметическое;</li> <li>б. адренолитическое;</li> <li><b>в. холиномиметическое;</b></li> <li>г. холинолитическое.</li> </ul> <p>21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;</b></li> <li>б. снижение синтеза ацетилхолина;</li> <li>в. инактивация холинэстеразы;</li> <li>г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.</li> </ul> <p>22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;</li> <li>б. снижение синтеза ацетилхолина;</li> <li>в. реактивация холинэстеразы;</li> <li><b>г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.</b></li> </ul> <p>23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;</b></li> <li>б. снижение синтеза ацетилхолина;</li> <li>в. реактивация холинэстеразы;</li> <li>г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.</li> </ul> <p>24. Внесинаптическое действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;</li> <li><b>б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);</b></li> <li>в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);</li> <li>г. иммуностимулирующее.</li> </ul> <p>25. Внесинаптическое действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);</li> <li><b>б. иммунодепрессивное;</b></li> <li>в. тормозят перекисное окисление липидов;</li> <li>г. уменьшают проницаемость мембран.</li> </ul> <p>26. Внесинаптическое действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;</li> <li><b>б. активируют перекисное окисление липидов;</b></li> <li>в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);</li> <li>г. иммуностимулирующее.</li> </ul> <p>27. Внесинаптическое действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);</li> <li>б. иммуностимулирующее;</li> <li>в. тормозят перекисное окисление липидов;</li> <li><b>г. повышают проницаемость мембран.</b></li> </ul> <p>28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. через кожу и слизистые оболочки;</li> <li>б. ингаляционно;</li> <li>в. через желудочно-кишечный тракт;</li> <li><b>г. при любом пути поступления.</b></li> </ul>
--	--

	<p>29. Реактиватором холинэстеразы является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а. атропин;</li> <li>б. метацин;</li> <li>в. унитиол;</li> <li><b>г. дипироксим.</b></li> </ol> <p>30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. легкой степени поражения;</li> <li><b>2. средней тяжести;</b></li> <li>3. тяжелой;</li> <li>4. крайне-тяжелой.</li> </ol> <p>31. К корпускулярным относятся излучения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а. рентгеновское, гамма-излучение;</li> <li><b>б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;</b></li> <li>в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;</li> <li>г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.</li> </ol> <p>32. Бета-частицы (<math>\beta^-</math>, <math>\beta^+</math>) – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аем), обладающих большой проникающей способностью;</li> <li>б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;</li> <li><b>в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;</b></li> <li>г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аем и положительный заряд +2</li> </ol> <p>33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а. 1 рад;</li> <li>б. 25 рад;</li> <li><b>в. 100 рад;</b></li> <li>г. 50 рад.</li> </ol> <p>34. К плотниоизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а. &gt; 10 МэВ/мкм;</li> <li>б. &lt; 10 кэВ/мкм;</li> <li>в. &lt; 10 МэВ/мкм;</li> <li><b>г. &gt; 10 кэВ/мкм.</b></li> </ol> <p>35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;</b></li> <li>б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;</li> <li>в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;</li> <li>г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.</li> </ol> <p>36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических</li> </ol>
--	---

	<p>реакций;  <b>б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;</b>  в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;  г.химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.</p> <p>37.Для III стадии пострадиационных изменений костного мозга характерно:  а. системная регенерация костного мозга;  <b>б. короткий abortивный подъем миеокариоцитов;</b>  в. ранний некробиоз кроветворных клеток;  г. опустошение костного мозга.</p> <p>38.Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:  <b>а. 10 Гр и выше;</b>  б. 5 Гр и выше;  в. 1 Гр и выше;  г. 30 Гр и выше.</p> <p>39.Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:  а. 10-20 Гр;  б. 1-10 Гр;  в. 20-80 Гр;  <b>г. свыше 80 Гр.</b></p> <p>40.Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:  <b>а. гемодинамическими нарушениями;</b>  б. коллапсом непосредственно после облучения;  в. признаками отека мозга;  г. неврологических нарушениями.</p>
--	---

### **3.3 Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.Б.3</b> Медицина чрезвычайных ситуаций</p>	<p><b>1. Задача №1.</b> Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте диагноз.</li> <li>2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.</li> <li>3. Эвакуационное предназначения пораженного.</li> </ol> <p><b>Задача №2.</b> Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуетса на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт ст.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте диагноз.</li> <li>2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.</li> <li>3.Эвакуационное предназначения пораженного.</li> </ol> <p><b>Задача №3.</b> В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов</p>
--	---

освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 4.** Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3х2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 5.** Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 6.** Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 7.** Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 8.** Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы

	<p>отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте диагноз.</li> <li>2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.</li> <li>3.Эвакуационное предназначения пораженного.</li> </ol> <p><b>Задача № 9.</b> Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.</p> <p><b>1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.</b> Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Изо рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.</p> <p><b>КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ.</b> Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте диагноз.</li> <li>2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.</li> <li>3.Эвакуационное предназначения пораженного.</li> </ol> <p><b>Задача № 10.</b> ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.</p> <p><b>1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.</b> Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.</p> <p><b>КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ.</b> Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте диагноз.</li> <li>2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.</li> <li>3.Эвакуационное предназначения пораженного.</li> </ol>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	61 – 75 76– 90

Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	91 – 100
--------------------------------------	----------

## 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

## 3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ПК	3	19-27, 29-40	6-10	18-30
	7	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30

	12	1-11,16,17	1-10	1-11
--	----	------------	------	------

#### 4. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»

##### 4.1 Банк тестовых заданий (с ответами)

<p><b>Б 1.Б.4.1</b>  <b>Патологическая физиология</b></p>	<p><b>ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение числа эритроцитов</li> <li>• Увеличение числа ретикулоцитов</li> <li>• Увеличение содержания гемоглобина</li> <li>• Повышение гематокрита</li> <li>• Повышение вязкости крови</li> <li>• Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга</li> <li>• Лимфоцитоз</li> <li>• Моноцитоз</li> </ul> <p><b>ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Болезнь Вакеза-Ослера</li> <li>• Горная болезнь.</li> <li>• Неукротимая рвота</li> <li>• Альвеолярная гиповентиляция</li> <li>• Карбоксигемоглобинемия</li> <li>• Тетрада Фалло</li> </ul> <p><b>ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Анемия вследствие гемолиза эритроцитов</li> <li>• Эритропения</li> <li>• <b>Эритроцитоз</b></li> <li>• Содержание эритроцитов в крови не изменяется</li> <li>• Анизоцитоз, пойкилоцитоз</li> </ul> <p><b>ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Гематокрит в норме</b></li> <li>• Гематокрит увеличен</li> <li>• Гематокрит снижен</li> <li>• Количество эритроцитов в единице объема крови снижено</li> <li>• Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено</li> <li>• <b>Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено</b></li> <li>• Количество гемоглобина в единице объема крови снижено</li> <li>• Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено</li> <li>• <b>Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено</b></li> <li>• <b>Объем циркулирующих эритроцитов снижен</b></li> <li>• Цветовой показатель повышен</li> <li>• Цветовой показатель понижен</li> <li>• <b>Цветовой показатель в норме</b></li> <li>• <b>Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен</b></li> </ul> <p><b>ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после</b></p>
---	--



**кровопотери:**

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**
- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

**ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии**

- Нарушение синтеза порфиринов
- Дефицит железа.
- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**
- Все перечисленное верно

**ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии**

- Анемия приобретенная
- **Анемия наследственная**
- **Анемия гипохромная**
- Анемия гиперхромная
- **Количество ретикулоцитов увеличено**
- Селезенка увеличена

**ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гемоглобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:**

- Да
- Нет

**ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:**

- Гемоглобинопатия S
- Гемоглобинопатия E
- **Гемоглобинопатия M**
- Гемоглобинопатия C
- **Дефицит цитохром альфа-редуктазы**
- Воздействие нитратов или нитритов
- **Воздействие анилиновых красителей**
- **Воздействие сульфаниламидов**

**ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?**

- **Желудок**
- Пищевод
- Ротовая полость
- **Двенадцатиперстная кишка**
- Толстая кишка
- **Проксимальный отдел тонкой кишки**

**ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:**

- Слабость
- Повышенная утомляемость.
- Адинамия
- Миалгия
- Головокружение
- Глоссит
- Кариес
- Ангулярный стоматит
- Клойнихия (койлонихия)
- Снижение умственной и физической трудоспособности
- Тахикардия
- Нарушение глотания
- Гепатомегалия
- Ахлоргидрия
- Панкреатическая ахилия
- Спленомегалия
- Извращение вкуса и запаха

**ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?**

- Гипохромной
- Гиперхромной
- Микроцитарной
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной
- Мегалобластической
- Нормобластической
- Гемолитической
- Дисэритропоэтической

**ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен**

- для талассемии
- для анемии при уремии
- для железорефрактерной анемии
- для аутоиммунной гемолитической анемии

**ВОПРОС N 14. При B12-дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:**

- В системе пищеварения
- В нервной системе
- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе
- В системе крови

**ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для B22-дефицитной анемии:**

- Макроцитоз
- Микроцитоз
- Анизоцитоз
- Мегалоцитоз
- Пойкилоцитоз
- Базофильная пунктация эритроцитов
- Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- Лейкопения
- Тромбоцитоз
- Тромбоцитопения

- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

**ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:**

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эксикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- **Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен**
- **Болезнь Иценко-Кушинга**
- **Врожденная метгемоглобинемия**
- **Локальная ишемия почки (поликистоз)**
- **Внутрисердечный сброс крови справа налево**
- **Гемангиобластома**

**ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:**

- Количество ретикулоцитов в крови
- **Массу циркулирующих эритроцитов**
- Содержание эритропоэтина

**ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:**

- **Хроническое кровотечение**
- Гемолиз эритроцитов
- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

**ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:**

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглобинурия**
- Гематурия
- Увеличение селезенки
- **Анемия**
- Эритроцитоз
- **Ретикулоцитоз**
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- **Эритроидная гиперплазия костного мозга**

**ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии Минковского-Шафара:**

- **Микросфероцитоз**
- **Цветовой показатель в норме**
- **Ретикулоцитоз**
- **Увеличено содержание непрямого билирубина**
- **Спленомегалия**
- **Понижение осмотической и кислотной резистентности**

	<p style="text-align: center;"><b>эритроцитов</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Верного нет</li> </ul> <p><b>ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглинопатиях, обусловленных носительством гемоглинонов со сниженным сродством к кислороду:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Po2 снижено</li> <li>• Po2 повышено</li> <li>• <b>Po2 в норме</b></li> <li>• SO2 увеличено</li> <li>• <b>SO2 снижено</b></li> <li>• SO2 в норме</li> <li>• <b>Содержание дезоксигемоглинона повышено</b></li> <li>• Содержание гемоглинона снижено</li> <li>• <b>Содержание гемоглинона в норме</b></li> </ul> <p><b>ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия железодофицитной анемии:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Снижение цветового показателя</b></li> <li>• Повышение цветового показателя</li> <li>• <b>Микроцитоз</b></li> <li>• Макроцитоз</li> <li>• <b>Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга</b></li> <li>• Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга</li> <li>• <b>Уменьшение содержания железа в сыворотке крови</b></li> <li>• Содержание железа в сыворотке крови не изменено</li> <li>• <b>Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови</b></li> <li>• Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови</li> <li>• <b>Снижение выделения железа с мочой</b></li> <li>• Увеличение выделения железа с мочой</li> <li>• Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови</li> <li>• <b>Снижение содержания ферритина в сыворотке крови</b></li> <li>• <b>Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах</b></li> <li>• Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах</li> </ul> <p><b>ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при железодофицитной анемии:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Снижение содержания гемоглинона и количества эритроцитов в крови</b></li> <li>• <b>Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах</b></li> <li>• <b>Снижение уровня сывороточного железа</b></li> <li>• <b>Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови</b></li> </ul>
--	--

#### 4.2 Банк ситуационных задач

<p><b>Б 1.Б.4.1</b> <b>Патологическая физиология</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача №1</b> <b>«Патология Гемостаза»</b></p> <p>Больная З., 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, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью</p>
--	---

тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстрavasаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты –  $3,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $380 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $4,5 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свёртывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. *О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?*

2. *Патогенез данного заболевания.*

3. *Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.*

4. *Виды тромбоцитопатий.*

5. *Принципы лечения тромбоцитопатий.*

#### **Задача №2**

##### **«Патология Гемостаза»**

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Hb-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты-  $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты- 0,2% (N2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275  $\times 10^9$ /л), лейкоциты-  $1,3 \times 10^9$ /л (N6-  $8 \times 10^9$ /л), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакарициты не найдены.

1. *Какая форма патологии гемостаза у больной?*

2. *Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.*

3. *Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.*

4. *Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.*

5. *Терапия тромбоцитопений.*

#### **Задача №3**

##### **«Патология Гемостаза»**

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

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуеться 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 нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 3%, тромбоциты –  $300 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 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 более 15 мин.

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?
3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.
5. Принципы терапии.

#### Задача №4

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог IIIА-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечаются проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела 38,8<sup>0</sup>С, кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до 24\*10<sup>9</sup>/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

1. На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?
2. Критерии диагностики данного патологического процесса?
3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?

#### Клинический случай (ИП)

Девочка Ш., 8 лет, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до 40 °С в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39 °С, появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах 39–40 °С, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка (38–38,5 °С), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г. — гиперемия 12 мм, 2006 г.— гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела 38,2 °С, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание понижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером 0,3 ´ 0,5 см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не

выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах 38,2 °С для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

**Таблица 1. Общий анализ крови в динамике**

Дата	Нь	Эр.	Ц.п.	Тромб.	L	СОЭ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

**Таблица 2. Биохимические исследования крови**

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимоловая проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

**Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)**

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
T-лимфоциты (CD3 <sup>+</sup> CD19 <sup>-</sup> )	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
T-хелперы/T-индукторы (CD4 <sup>+</sup> CD8 <sup>-</sup> )	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
T-супрессоры/T-цитотоксические (CD4 <sup>+</sup> CD8 <sup>+</sup> )	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 <sup>+</sup> CD56 <sup>+</sup> )	12,5	3–8
NK-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
B-лимфоциты (CD3 <sup>-</sup> CD 19 <sup>+</sup> )		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.

2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.

Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).

Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).

Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).

3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.

4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерил; посев крови на гемокультуру 23.11.12 г. — стерил.

5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.

6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.

7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).

ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.

8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.

	<p>9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — <math>1,5 \cdot 10^6</math>/л, эритроциты — 0. 10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.</p> <p>11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный. 12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный. 13. Посев кала на Д-группу — отрицательный. 14. Инструментальные обследования: — R-грамма ОГК — без особенностей; — эхокардиограмма — без патологии; — УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипэхогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипэхогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре; — КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.</p> <p>Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование. <u>Ребенок консультирован:</u> — лор-врачом: патология не выявлена; — фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения. — кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет; — хирургом: данных об острой хирургической патологии нет; — иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз; — гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.</p> <p style="text-align: center;"><b>Задание:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставить предварительный диагноз.</li> <li>2. Назначить дополнительное обследование.</li> <li>3. Определить (предположить) этиологию заболевания.</li> <li>4. Объяснить патогенез развития данного заболевания.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Оценка качества решения ситуационных задач</b></p>
--	--

### Шкала и критерии оценивания ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 4.3. Банк тем рефератов для самостоятельной работы

<b>Б 1.Б.4.1</b> <b>Патологическая физиология</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Патогенез травматического шока .</li> <li>2. Патогенез геморрагического шока.</li> <li>3. Патогенез хронического воспаления.</li> <li>4. Современные представления о гипертонической болезни.</li> <li>5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.</li> <li>6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.</li> </ol>
--	---



	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.</li> <li>8. Лейкемоидные реакции, патогенез.</li> <li>9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.</li> <li>10. Агранулоцитоз, механизмы развития.</li> <li>11. Раневой процесс, механизмы развития.</li> <li>12. Тромбоцитопении, патогенез.</li> <li>13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.</li> <li>14. Механизмы развития мочевого синдрома.</li> <li>15. Метаболический синдром, этиопатогенез.</li> <li>16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.</li> <li>17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.</li> <li>18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.</li> <li>19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.</li> <li>20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению</li> <li>21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).</li> <li>22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.</li> <li>23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.</li> <li>24. Геморрагический синдром. Патогенез.</li> </ol>
--	--

### Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

### 5.1. Банк ситуационных задач

<b>Б 1.Б.4.2</b> <b>Патологическая анатомия</b>	<p><b>Ситуационная задача № 1.</b></p> <p>Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадирующими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.</p>
--	--

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщу стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

#### Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

#### Ситуационная задача № 2.

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1°C. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

#### Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и

патологоанатомического диагнозов.

4. Укажите механизм танатогенеза.

5. Перечислите клинико-морфологические формы смертельного осложнения.

### **Ситуационная задача № 3.**

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижении АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностями разрезом, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколленной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.

2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.

3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.

4. Укажите механизм танатогенеза.

### **Ситуационная задача №4.**

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга. Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3х3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.

2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.

3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.

4. Укажите механизм танатогенеза.

	<p><b>Ситуационная задача № 5</b></p> <p>Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38оС. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.</p> <p>На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.</p> <p><b>Вопросы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.</li> <li>2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.</li> <li>3. Укажите механизм танатогенеза.</li> </ol> <p><b>Ситуационная задача № 6</b></p> <p>Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 оС. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.</p> <p>На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.</p> <p><b>Вопросы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.</li> <li>2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.</li> <li>3. Укажите механизм танатогенеза.</li> </ol>
--	--

### Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей

**5.2. Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия»**

<p><b>Б 1.Б.4.2</b> <b>Патологическая анатомия</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.</li> <li>2. Структура патолого-анатомической службы.</li> <li>3. Методы патологической анатомии.</li> <li>4. История развития прозекторской службы в России.</li> <li>5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.</li> <li>6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.</li> <li>7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.</li> <li>8. Техника патолого-анатомического вскрытия.</li> <li>9. Первоначальная причина смерти.</li> <li>10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.</li> <li>11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».</li> <li>12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.</li> <li>13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.</li> <li>14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".</li> <li>15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.</li> <li>16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.</li> <li>17. Патолого-анатомический эпикриз.</li> <li>18. Принципы клинко-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).</li> <li>19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.</li> <li>20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.</li> <li>21. Положения о клинко-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.</li> <li>22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.</li> <li>23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.</li> <li>24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.</li> <li>25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.</li> <li>26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля</li> </ol>
--	--

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

**Собеседование**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Краткость</li> <li>2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая</li> </ol>

- трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
---	--

### **5.3 Темы рефератов**

<b>Б 1.Б.4.2</b> <b>Патологическая анатомия</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение современных морфологических методов исследования.</li> <li>2. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы.</li> <li>3. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.</li> <li>4. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.</li> <li>5. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов.</li> <li>6. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза</li> <li>7. Современные методы изучения биоптата.</li> <li>8. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии.</li> <li>9. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении.</li> <li>10. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.</li> <li>11. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии.</li> <li>12. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности.</li> <li>13. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита.</li> <li>14. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей.</li> <li>15. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких.</li> <li>16. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.</li> </ol>
--	--

#### **Критерии и шкала оценивания**

#### **Реферат**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

## 6. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

### 6.1 Перечень вопросов для устного собеседования

<b>Б 1.Б.5.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения.</li> <li>2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение.</li> <li>3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс.</li> <li>4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями).</li> <li>5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение.</li> <li>6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты.</li> <li>7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС.</li> <li>8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию.</li> <li>9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС.</li> <li>10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных.</li> <li>11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных.</li> <li>12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения.</li> <li>13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии.</li> <li>14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение.</li> <li>15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP).</li> <li>16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике.</li> <li>17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.</li> </ol>
--	--

**Б 1.Б.6.2** Раздел  
2 «Частные  
вопросы  
клинической  
фармакологии»

18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.
19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.
20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.
21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.
22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.
23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии.
24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.
25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.
26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.
27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.
28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.
29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.
30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.
31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.
32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.
33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.
34. Последствия нерационального применения АМП
35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.
36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.
37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.
38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.
39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.
40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.
41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.
42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.
43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.
44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.
45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.
46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.
47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.
48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.
49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.
50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.
51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа.



	<p>Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.</p> <p>52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НПР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.</p> <p>53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.</p> <p>54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.</p> <p>55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	--

## **6.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии.</li> <li>2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии.</li> <li>3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа.</li> <li>4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа.</li> <li>5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики.</li> <li>6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ.</li> <li>7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение.</li> <li>8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы.</li> <li>9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение.</li> <li>10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств.</li> <li>11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре.</li> <li>12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением.</li> <li>13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора.</li> <li>14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).</li> <li>15. Дайте определение понятия фармакодинамика.</li> <li>16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом.</li> <li>17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры.</li> <li>18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры.</li> <li>19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС.</li> <li>20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.</li> <li>21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.</li> </ol>
---	---

	<p>22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.</p> <p>25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.</p> <p>26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.</p> <p>27. Укажите факторы риска развития НЛР.</p> <p>28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</p> <p>29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, проитвопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</p> <p>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, проитвопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</p> <p>33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.</p> <p>35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.</p> <p>36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Бета-лактамы антибиотиков. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами β-лактамаз, показания к применению.</p> <p>39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.</p> <p>41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.</p> <p>45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация</p>

	<p>показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.</p> <p>50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.</p> <p>51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.</p> <p>52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.</p> <p>53. Специфические антитоды при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.</p> <p>54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.</p> <p>55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.</p> <p>56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.</p> <p>57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</p> <p>58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p> <p>59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	--

### **6.3 Банк тестовых заданий (с ответами)**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>A) <b>Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.</b></li> <li>B) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.</li> <li>C) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.</li> <li>D) Клинические испытания лекарственных средств.</li> </ol> </li> <li>2. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>A) Выбор наиболее дешевого вида терапии.</li> <li>B) <b>Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.</b></li> <li>C) Выбор наиболее эффективного вида терапии.</li> <li>D) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.</li> </ol> </li> <li>3. <u>Лекарственная форма это:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>A) <b>Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.</b></li> <li>B) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.</li> <li>C) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.</li> </ol> </li> <li>4. <u>К методам фармакоэкономического анализа не относятся:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>A) Метод затраты-эффективность.</li> <li>B) <b>Метод затраты-прибыль.</b></li> <li>C) Метод затраты-полезность.</li> <li>D) Метод затраты-выгода</li> </ol> </li> <li>5. <u>Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>A) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.</li> <li>B) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.</li> </ol> </li> </ol>
--	---

	<p>С) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.  D) Не требует изучения генотипа больного.</p> <p>6. <u>В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:</u>  A) <b>Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.</b>  B) <b>Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.</b>  C) Хромосомные aberrации.  D) Хромосомные транслокации.</p> <p>7. <u>Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:</u>  A) <b>CYP2D6.</b>  B) CYP3A4  C) <b>CYP2C9</b>  D) <b>CYP2C19</b></p> <p>8. <u>Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :</u>  A) Иммуноферментного анализа.  B) Иммунофлюоресцентного анализа.  C) <b>ПЦР.</b>  D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.</p> <p>9. <u>У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:</u>  A) Высокая  B) Нормальная  C) <b>Низкая</b></p> <p>10. <u>Биодоступность ЛС это:</u>  A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.  B) <b>Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.</b>  C) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.</p> <p>11. <u>Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:</u>  A) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.  B) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.  C) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.  D) <b>Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.</b></p> <p>12. <u>При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:</u>  A) всасывание;  B) распределение;  C) метаболизм (биотрансформация);  D) выведение;  E) <b>все вышеперечисленные.</b></p> <p>13. <u>При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:</u>  A) всасывание;  B) распределение;  C) метаболизм (биотрансформация);  D) выведение;  E) <b>механизм действия.</b></p> <p>14. <u>Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:</u>  A) макролиды;</p>
--	---

- В) фторхинолоны;  
С) тетрациклины;  
**Д) все вышеперечисленные.**

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

- А) 30 мин;  
В) 1 час;  
**С) 2 ч и более;**  
Д) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

- А) угнетается;  
**В) усиливается;**  
С) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ:

- А) угнетается;**  
В) усиливается;  
С) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р:

- А) угнетается;  
**В) усиливается;**  
С) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- А) угнетается;**  
В) усиливается;  
С) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:

- А) угнетается;  
**В) усиливается;**  
С) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- А) пенициллины;  
В) тетрациклины;  
С) фторхинолоны;  
Д) макролиды;  
**д) правильно В и С.**

22. Агонисты рецепторов это:

- А) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**  
В) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.  
С) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.  
Д) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

	<p>A) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.  B) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.  C) <b>Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.</b>  D) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.</p> <p>24. <u>Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u>  A) типа А;  B) типа В;  C) <b>типа С;</b>  D) типа D;  E) типа E</p> <p>25. <u>Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:</u>  A) пожилой возраст;  B) тяжелое состояние больного;  C) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;  D) генетическая предрасположенность;  E) <b>все вышеперечисленное</b></p> <p>26. <u>К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:</u>  A) приводящие к смерти;  B) требующие госпитализации или ее продления;  C) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности);  D) приводящие стойкому снижению трудоспособности;  E) <b>все вышеперечисленное верно.</b></p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u>  A) типа А;  B) <b>типа В;</b>  C) типа С;  D) типа D;  E) типа E.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u>  A) комплаенсом;  B) <b>фармаконадзором;</b>  C) фармакоэпидемиологией;  D) фармакоинспекцией.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2  «Частные вопросы  клинической  фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u>  a) диклофенак;  b) индометацин;  c) целекоксиб;  d) <b>ибупрофен;</b></p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u>  a) аспирин;  b) лорноксикам;  c) <b>целекоксиб;</b>  d) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u>  A) преднизолон  B) <b>метилпреднизолон</b>  C) дексаметазон  A) Гидрокортизон</p>

32. Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:  
A) **аспирин;**  
B) нимесулид;  
C) целекоксиб;  
D) лорноксикам;
33. Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:  
a) через 2 суток;  
b) через 5-7 суток;  
c) через 7-10 суток;  
d) **через 10-14 суток;**
34. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:  
A) преднизон  
B) **бетаметазон**  
C) беклометазона дипропионат  
D) метилпреднизолон
35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:  
A) **циклооксигеназа**  
B) фосфодиэстераза  
C) 5-липооксигеназа  
D) фосфолипаза A2
36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:  
A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов  
B) неэффективность пульс-терапии  
C) **стабилизация общего состояния больного**  
D) декомпенсированное состояние больного
37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:  
A) Т-лимфоциты  
B) В-лимфоциты  
C) **преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты**  
D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты
38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:  
A) **2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером**  
B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером  
C) однократно утром  
D) 3 раза в день в равных дозах
39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:  
A) Преднизолон.  
B) Метилпреднизолон.  
C) Дексаметазон.  
D) **Гидрокортизон.**
40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:  
A) Вторичная надпочечниковая недостаточность.  
B) Истончение кожи, образование стрий.  
C) Остеопороз, асептические некрозы костей.  
D) Учащение и утяжеление инфекций.  
E) **Артериальная гипотензия.**  
F) Задержка роста у детей.
41. При выборе антимикробных препаратов для лечения инфекционного

заболевания необходимо учитывать:

- A) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)
- B) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)
- C) Характеристики пациента
- D) **Все вышеуказанное**

42. Оценка эффективности антимикробной терапии, как правило, проводится через:

- A) 24 часа
- B) **3 дня**
- C) 7 дней

43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:

- A) **5-10% случаев**
- B) 20-30% случаев
- C) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

- A) обладают иммуностимулирующим действием
- B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях
- C) **способствуют развитию резистентности бактерий**

45. Самолечене антибиотиками

- A) Возможно
- B) Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах
- C) **Недопустимо**

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

- A) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам
- B) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»
- C) **возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение**

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

- A) Ампициллин.
- B) Оксациллин.
- C) Цефтриаксон.
- D) Амоксициллина клавуланат
- E) **Цефоперазон.**
- F) **Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- A) **осельтамивир**
- B) ганцикловир
- C) идоксуридин
- D) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- A) **ритонавир**
- B) арбидол
- C) диданозин
- D) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:



- A) ферон
- B) реаферон**
- C) виллферон
- D) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- A) 75-160 мг/сут.
- B) 500-1000 мг/сут.
- C) 160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- A) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инаktivации комплексом гепарин/антитромбин III факторы:

- A) IIa, Xa.**
- B) IIa, IXa.
- C) Xa, IXa.
- D) XIa, XIIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямыми антикоагулянтами является:

- A) Свежезамороженная плазма.
- B) Викасол.
- C) Протамин сульфат.**
- D) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- A) Международное нормализационное отношение (МНО).**
- B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- C) Время свёртывания крови.
- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- A) Растворяют фибриновый тромб.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- A) **ванкомицин**
- B) пиперациллин
- C) кларитромицин
- D) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пefлоксацин
- B) линкомицин
- C) **ровамицин**
- D) гентамицин
- E) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий через гемаэнцефалический барьер:

- A) ципрофлоксацин
- B) **меропенем**
- C) цефтриаксон
- D) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

- A) рекомбинантные  $\alpha/ \gamma$  интерфероны
- B) кагоцел
- C) **ингавирин**
- D) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

- A) арбидол
- B) озельтамивир
- C) **фамцикловир**
- D) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

- A) меньшей токсичностью
- B) **лучшей биодоступностью**
- C) более широким спектром противовирусного действия

64. При беременности противопоказан:

- A) амоксициллин
- B) дорипенем
- C) цефтаролин
- D) **моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

- A) **Азитромицин**
- B) левомецетин
- C) имипенем
- D) амоксициллин-клавулат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

- A) гипнотический
- B) **анксиолитический**
- C) вегетотропный
- D) противосудорожный
- E) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

1. потливость

А. верно 1, 2, 3

	<p>2. сердцебиение В. верно 1, 4, 5</p> <p>3. сухость во рту С. <b>верно 3, 4, 5</b></p> <p>4. нарушение аккомодации D. верно 1, 2, 5</p> <p>5. задержка мочеиспускания E. верно 2, 3, 4</p> <p>68. <u>Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:</u></p> <p>A) аминофиллин</p> <p>D) верапамил</p> <p>C) омепразол</p> <p>D) <b>диазепам</b></p> <p>E) все ответы правильные</p> <p>69. <u>Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:</u></p> <p>A) <b>местное</b></p> <p>B) общее (наркоз)</p> <p>C) комбинированное</p> <p>D) нейролептоанальгезия</p> <p>70. <u>Общим обезболиванием является:</u></p> <p>A) вагосимпатическая блокада</p> <p>B) спинальная анестезия</p> <p>C) стволовая анестезия</p> <p>D) <b>внутривенный наркоз</b></p> <p>71. <u>При общем обезболивании происходит:</u></p> <p>A) <b>обратимое торможение нервной ЦНС</b></p> <p>B) необратимое торможение ЦНС</p> <p>C) блокада основного нервного ствола</p> <p>D) возбуждение ЦНС</p> <p>72. <u>Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:</u></p> <p>A) обморок</p> <p>B) <b>конtrakтура нижней челюсти</b></p> <p>C) анафилактический шок</p> <p>D) коллапс</p> <p>73. <u>Общим осложнением при обезболивании является:</u></p> <p>A) контрактура</p> <p>B) <b>коллапс</b></p> <p>C) некроз</p> <p>D) гематома</p> <p>74. <u>Непосредственным осложнением местной анестезии является:</u></p> <p>A) <b>обморок</b></p> <p>B) гематома</p> <p>C) контрактура</p> <p>D) кровотечение</p> <p>E) пародонтит</p> <p>75. <u>При передозировке адреналина больному необходимо ввести:</u></p> <p>A) внутривенно 1 мл мезатона</p> <p>B) внутримышечно 1 мл норадреналин</p> <p>C) внутримышечно метамезон</p> <p>D) <b>внутривенно 1 мл атропина</b></p>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75 76– 90 91 – 100
--	--

### Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Клиническая фармакология»

<b>Формируемые компетенции по ФГОС</b>	<b>Т – тестирование</b>	<b>КР – контрольная работа</b>	<b>С – собеседование по контрольным вопросам.</b>
	<b>Тесты</b>	<b>Вопросы для контрольной работы</b>	<b>Вопросы для собеседования</b>

<b>УК-1</b>		1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
<b>ПК</b>	<b>2</b>	1,25,26	1,2,18	4,11
	<b>7</b>	1 - 75	1-60	1-57
	<b>9</b>	1- 28	1-29, 50-52	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

## 7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

### 7.1. Перечень вопросов для устного собеседования:

<b>Б1.Б.6</b> <i>Абдоминальная хирургия</i>	<p>1.Перитонит у детей. Классификация. Основные патологические синдромы. Предоперационная подготовка. Основные виды оперативных вмешательств. Показания и виды дренирования брюшной полости. Послеоперационная реабилитация.</p> <p>2. Пороки развития желточного и мочевого протоков. Эмбриогенез порока. Проявления патологии. Возможные осложнения. Методы диагностики, Тактика лечения. Возможные ошибки и осложнения.</p> <p>3. Острый аппендицит у детей. Основные клинические симптомы. Особенности течения острого аппендицита у детей раннего возраста. Клиническая картина. Методы установления диагноза. Лечение неосложненных форм аппендицита. Ранние и поздние осложнения и способы их лечения.</p>
<b>Б 1.Б.6</b> <i>Гнойная хирургия</i>	<p>4. Хронический остеомиелит. Классификация. Причины хронизации процесса. Течение хронического остеомиелита. Виды осложнений. Принципы лечения обострений. Дифференциальная диагностика. Показания и сроки оперативного лечения. Реабилитация.</p> <p>5.Острый гематогенный остеомиелит у детей. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения и методы их устранения. Принципы реабилитации.</p> <p>6. Эпифизарный остеомиелит. Патогенез. Клиника, диагностика. Особенности течения и лечебной тактики. Осложнения. Реабилитация.</p>
<b>Б1.Б.6</b> <i>Плановая хирургия</i>	<p>10. Патология влагалищного отростка брюшины.</p> <p>11. Синдром короткой кишки.</p> <p>12.Врожденные кисты и свищи шеи. Эмбриогенез пороков. Клиническая картина. Методы диагностики и лечения.</p>

<p><b>Б1.Б.6</b> <b>Травматология и ортопедия</b></p>	<p>13.Черепно-мозговая травма у детей.</p> <p>14. Повреждение органов грудной клетки. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>15.Особенности переломов костей у детей. Клиника, диагностика. Патологические переломы. Причины, принципы лечения, профилактика.</p> <p>16.Врожденный вывих бедра. Особенности клиники и диагностики у новорожденных и детей раннего возраста. Способы лечения. Показания к хирургическому вмешательству. Осложнения. Диспансеризация.</p> <p>17. Врожденная косолапость. Клиника, особенности диагностики и лечения в разные возрастные периоды. Показания к проведению консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению. (сроки, виды, осложнения). Реабилитация.</p> <p>18.Врожденная кривошея. Клиника, диагностика. Лечение (консервативное и хирургическое). Сроки и способы оперативного лечения. Причины рецидивов.</p>
---	---

## **9.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6</b> <b>Абдоминальная хирургия</b></p>	<p>1.Эхинококкоз печени у детей. Пути проникновения гельминта. Клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики. Лечебная тактика и профилактика.</p> <p>2. Повреждения печени у детей. Причины. Классификация. Диагностика и лечение.</p> <p>3. Повреждения селезенки у детей. Причины. Классификация. Диагностика и лечение.</p> <p>4. Повреждения полых органов ЖКТ у детей. Причины. Классификация. Диагностика и лечение.</p> <p>5. Пороки развития желчного и мочевого протоков. Клиника. Методы диагностики, лечебная тактика.</p> <p>6. Аноректальные пороки развития. Эмбриогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.</p> <p>7. Приобретенная кишечная непроходимость (заворот, спаечная непроходимость). Клиника, диагностика, тактика.</p>
<p><b>Б 1.Б.6</b> <b>Гнойная хирургия</b></p>	<p>8. Гнойно-воспалительные процессы мягких тканей (флегмона новорожденного, лимфаденит, рожа, мастит). Особенности течения у детей раннего возраста. Диагностика и лечение.</p> <p>9. Перитонит. Классификация. Основные патологические синдромы. Предоперационная подготовка. Оперативные вмешательства. Послеоперационное лечение.</p>
<p><b>Б1.Б.6</b> <b>Травматология и ортопедия</b></p>	<p>10. Повреждения костей предплечья у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.</p> <p>11. Повреждения костей плечевого пояса и плечевого сустава у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.</p> <p>12. Болезнь Пертеса у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.</p> <p>13. Врожденный вывих бедра и дисплазия тазобедренного сустава. Особенности клиники и диагностики у новорожденных и детей раннего возраста. Лечение. Диспансеризация.</p>

### **7.3 Банк тестовых заданий (с ответами):**

<b>Б 1.Б.6</b>	<p>16. Червеобразный отросток — это:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А) рудимент;</li><li>Б) функциональный орган;</li><li>В) порок развития;</li><li>Г) аномалия;</li><li>Д) вариант развития.</li></ul> <p>17. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А) обязательно;</li><li>Б) необязательно;</li><li>В) у детей младшего возраста по показаниям;</li><li>Г) у девочек по показаниям;</li><li>Д) в зависимости от клиники.</li></ul> <p>18. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А) усиление болей при расположении на левом боку;</li><li>Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного;</li><li>В) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области;</li><li>Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки;</li><li>Д) правое яичко расположено выше левого.</li></ul> <p>19. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А) болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области;</li><li>Б) болезненность при пальпации области пупочного кольца;</li><li>В) уменьшение болей в положении на животе;</li><li>Г) усиление болей при отведении купола кишки медиально;</li><li>Д) снижение или отсутствие брюшных рефлюксов.</li></ul> <p>20. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево;</li><li>Б) гиперлейкоцитоз;</li><li>В) лейкопения;</li><li>Г) отсутствие изменений;</li><li>Д) ускоренное СОЭ.</li></ul> <p>21. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн — Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>А) болезненное опухание суставов;</li><li>Б) геморрагические высыпания на коже;</li><li>В) гематурия, альбуминурия;</li><li>Г) появление точечных кровоизлияний после щипка кожи;</li><li>Д) комбинация перечисленных симптомов.</li></ul> <p>22. У ребенка клиническая картина, характерная для острого мезоаденита. В этом случае необходимы:</p>
----------------	--

- А) наблюдение;
- Б) срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области;
- В) лапароскопия;
- Г) назначение антибактериальной терапии;
- Д) перевод больного в терапевтическое отделение.

23. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:

- А) невозможен;
- Б) возможен при начальной стадии воспаления;
- В) возможен при флегмонозном аппендиците;
- Г) возможен при гангренозном аппендиците;
- Д) возможен даже при перфоративном аппендиците .

24. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

- А) на спине;
- Б) на животе;
- В) на правом боку с приведенными ногами;
- Г) на левом боку;
- Д) сидя.

25. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:

- А) ввести промедол;
- Б) ввести седуксен;
- В) ввести спазмолитики;
- Г) сделать теплую ванну;
- Д) осмотреть ребенка в состоянии естественного сна.

26. Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена:

- А) 3 часами;
- Б) 6 часами;
- В) 12 часами;
- Г) 18 часами;
- Д) 24 часами.

27. Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного — острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае следует выполнить:

- А) срединную лапаротомию;
- Б) лапаротомию разрезом по Пфаненштилю;
- В) лапаротомию разрезом в правой подвздошной области;
- Г) лапароскопию;
- Д) динамическое наблюдение.

28. У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет:

- А) наблюдение;
- Б) консервативное лечение;



- В) лапароскопия;
- Г) лапаротомия в правой подвздошной области;
- Д) срединная лапаротомия.

29. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

- А) локальная боль и рвота;
- Б) напряжение мышц брюшной стенки и рвота;
- В) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность;
- Г) симптом Щеткина и рвота;
- Д) жидкий стул и рвота.

30. У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибриновые наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А) одномоментное введение антибиотиков;
- Б) резиновый выпускник;
- В) марлевый тампон;
- Г) промывание брюшной полости;
- Д) тампон Микулича.

31. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А) одномоментное введение антибиотиков;
- Б) двухпросветный дренаж;
- В) резиновый выпускник;
- Г) промывание брюшной полости;
- Д) тампон Микулича.

32. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Ему следует выполнить:

- А) микроирригатор;
- Б) промывание брюшной стенки;
- В) марлевый тампон;
- Г) двухпросветный дренаж;
- Д) резиновый выпускник.

33. У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:

- А) стационарное наблюдение;
- Б) амбулаторное наблюдение;
- В) антибиотики, физиотерапия, наблюдение;
- Г) срочная операция;
- Д) операция в плановом порядке.

34. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибриновые наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить:

- А) одномоментной санацией брюшной полости путем промывания;
- Б) лаважом брюшной полости после операции;
- В) лапаростомией;

	<p>Г) ввести микроирригаторы;  Д) дренирование брюшной полости в подвздошных областях.</p> <p>35. У ребенка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы:</p> <p>А) проведение консервативных мероприятий;  Б) наблюдение;  В) дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов;  Г) срочная операция;  Д) операция после предоперационной подготовки.</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.2.2</b>  <b>Раздел 2.</b>  <b>Инфекционн</b>  <b>ые и</b>  <b>паразитарны</b>  <b>е болезни.</b>  <b>Неотложны</b>  <b>е состояния</b>  <b>в педиатрии</b></p>	

#### **9.4 Банк ситуационных клинических задач (с ответами)**

<p><b>Б 1.В.6</b>  <b>Травматол</b>  <b>огия и</b>  <b>ортопедия</b></p>	<p><b>ЗАДАЧА № 1</b></p> <p>В травматологическое отделение детской больницы поступил трехлетний ребенок с жалобами боль в правой руке в области лучезапястного сустава.</p> <p>An. Morbid Со слов родителей, мальчик упал с горки в детском саду с опорой на правую руку, после чего испытывает боль в этой конечности.</p> <p>An. Vitae Ребенок от первой нормально протекающей беременности, первых срочных физиологических родов. Родился с весом 3440 г, ростом 56 см, закричал сразу. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ. Аллергия к лекарственным препаратам не отмечалась. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.</p> <p>St. praesens Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягко эластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. ЧД - 27 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 117 в минуту. А/Д - 90/60. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.</p> <p>Неврологический статус: Ребенок в сознании, правильно отвечает на</p>
--	---

вопросы. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные рефлексы симметричные без диссоциации. Кожные рефлексы в норме. Патологических и менингеальных знаков нет. Вестибулярные пробы отрицательные.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

**Решение задачи:**

Диагноз: закрытый разгибательный перелом обеих костей правого предплечья в нижней трети со смещением отломков.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боли в области правого лучезапястного сустава и нижней трети правого предплечья, данных анамнеза (травма при падении с опорой на правую руку), данных объективного обследования (наличие деформации, отёка, локальной болезненности, в области правого лучезапястного сустава и нижней трети правого предплечья), данных рентгенологического обследования.

Догоспитальная тактика состоит в наложении на повреждённую конечность транспортной шины Крамера, введении обезболивающего препарата в возрастной дозировке и доставке пострадавшего ребёнка каретой скорой помощи в детский травматологический стационар.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в закрытой репозиции отломков костей правого предплечья под наркозом, наложении гипсовой лонгеты в репозиционном положении кисти и среднефизиологическом положении предплечья, обязательной госпитализации пострадавшего ребёнка минимум на 1,5 недели с целью наблюдения за состоянием повреждённой конечности. Через 7 – 10 дней производится контрольная рентгенография правого лучезапястного сустава и костей правого предплечья на предмет стояния отломков.

При не осложнённом течении ребёнок может быть выписан из стационара через 1,5 недели на амбулаторное долечивание у травматолога поликлиники.

При обнаружении вторичного смещения отломков в гипсе прибегают к повторной репозиции отломков под наркозом, или ставят показания к операции.

Срок гипсовой иммобилизации – 6 недель с последующим курсом реабилитационного лечения: ЛФК, массаж, саморазработка движений в лучезапястном и локтевом суставах. Применение физиотерапевтических процедур на локтевом суставе у ребёнка противопоказано из-за возможного формирования гетеротопических оссификатов. При разработке движений в

лучезапястном суставе возможно применение механотерапии.

### **ЗАДАЧА № 2**

В травматологическое отделение детской больницы поступил одиннадцатилетний ребенок с жалобами на боль в левой стопе в области пяточной кости.

**An. Morbid** Как стало известно со слов мальчика, за 2 часа до поступления прыгнул с гаража (высотой около 3 метров), после чего появилась боль и припухлость в области левой стопы, невозможность опоры на ногу. Доставлен машиной скорой медицинской помощи в сопровождении врача.

**An. Vitae** Ребенок от первой нормально протекающей беременности, первых срочных физиологических родов. Родился с весом 3500 г, закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. Рос и развивался в соответствии с биологическим возрастом. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, аденоидэктомия, острый тонзиллит. Аллергия не отмечалась. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

**St. praesens** Состояние ребенка при поступлении средней степени тяжести. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягкоэластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. ЧД - 21 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 115 в минуту. А/Д - 120/80. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

**Неврологический статус:** Ребенок в ясном сознании, отвечает на вопросы, помнит обстоятельства травмы. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена. Зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные и брюшные рефлексы симметричные без диссоциации. Патологических и менингеальных симптомов нет. Вестибулярные пробы отрицательные.

**St. localis** Отмечается болезненность, деформация, отек мягких тканей в проекции левой пяточной кости.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.

## 5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

### Решение задачи:

Диагноз: закрытый перелом левой пяточной кости без смещения отломков смещением отломков.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боли в области левой стопы, а именно в области левой пяточной кости, данных анамнеза (травма при падении с высоты с приземлением на ноги), данных объективного обследования (наличие, отёка, локальной болезненности, в области левой пяточной кости), данных рентгенологического обследования.

Догоспитальная тактика состоит в наложении на повреждённую конечность транспортной шины Крамера, введении обезболивающего препарата в возрастной дозировке и доставке пострадавшего ребёнка каретой скорой помощи в детский травматологический стационар.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в наложении гипсовой задней лонгеты от кончиков пальцев стопы до коленного сустава в среднефизиологическом положении стопы, обязательной госпитализации пострадавшего ребёнка минимум на 1,5 недели с целью наблюдения за состоянием повреждённой конечности. Через 7 – 10 дней производится контрольная рентгенография правого голеностопного сустава и костей стопы на предмет стояния отломков пяточной кости.

При неосложнённом течении ребёнок может быть выписан из стационара через 1,5 недели на амбулаторное долечивание у травматолога поликлиники.

При обнаружении вторичного недопустимого смещения отломков в гипсе ставят показания к операции.

Срок гипсовой иммобилизации – 8 - 10 недель с последующим курсом реабилитационного лечения: ЛФК, массаж, саморазработка движений в голеностопном суставе. При разработке движений в голеностопном суставе возможно применение механотерапии. Обязательно ношение супинатора для продольного свода стопы в обуви в течение полугода.

### **ЗАДАЧА № 3**

Жалобы (со стороны родителей) на имеющуюся у ребенка припухлость в области головы в правой теменной области.

An. morbi Со слов матери, накануне днем дома девочка упала из коляски, при этом ударилась головой о деревянный пол. После непродолжительного плача успокоилась, никаких изменений в последующем со стороны поведения или состояния ребенка не было. Вечером того же дня родители обнаружили у девочки во время купания припухлость на голове и сегодня обратились к врачу поликлиники, который рекомендовал госпитализацию. Доставлена бригадой скорой медицинской помощи.

Ап. vitae Ребенок от первой нормально протекающей беременности, первых срочных физиологических родов. Родился с весом 3000 г и 53 см роста. Закричал сразу, к груди приложен на 2 сутки. Прививки по возрасту. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ. Аллергия не выявлена. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. В области волосистой части головы справа пальпируется мягкое флюктуирующее образование, диаметром 6 см. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягко эластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - пуэрильное дыхание. ЧД - 30 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 129 в минуту. А/Д - 90/60. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочепускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

Неврологический статус Ребенок в ясном сознании, гулит, играет с игрушкой, стоит в кроватке. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные рефлексы симметричные с некоторым повышением на ногах. Кожные рефлексы в норме. Патологических и менингеальных знаков нет.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

**Решение задачи:**

Диагноз: Ушиб головного мозга лёгкой степени. Закрытый перелом правой теменной кости.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на наличие припухлости в правой теменной области, данных анамнеза (в анамнезе – падение из коляски с ударом головой о деревянный пол), данных объективного обследования (В области волосистой части головы справа пальпируется мягкое флюктуирующее образование, диаметром 6 см.), Данных рентгенологического обследования.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в госпитализации пострадавшего ребёнка на срок до 3-х недель, динамическом наблюдении, симптоматической терапии (аналгетики, седативные, церукал – при наличии рвоты), при необходимости – адекватной инфузионной терапии, антибиотикотерапия, с 4-х суток назначаются ноотропные препараты. Обязателен осмотр пострадавшего ребёнка неврологом и нейрохирургом.

В плане дообследования – УЗИ головного мозга, МРТ головного мозга. При обнаружении внутричерепной гематомы показана трепанация черепа с

удалением внутричерепной гематомы.

#### ***ЗАДАЧА №4***

В травматологическое отделение детской больницы поступил пятилетний ребенок с жалобами на боль в правой руке, в области правого локтевого сустава.

*An. morbi* Как стало известно со слов мальчика, он упал с горки, после чего появилась боль и припухлость в области правого локтевого сустава. Доставлен машиной скорой медицинской помощи в сопровождении врача.

*An. Vitae* Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, первых срочных физиологических родов. Родился с весом 3500 г, закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. Растет и развивается в соответствии с биологическим возрастом. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, аденоидэктомия, острый тонзиллит. Аллергия не отмечалась. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

*St. praesens* Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягко эластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - пуэрильное дыхание. ЧД - 21 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 115 в минуту. А/Д - 120/80. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочепускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

Неврологический статус: Ребенок в ясном сознании, отвечает на вопросы, помнит обстоятельства травмы. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена. Зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные и брюшные рефлексы симметричные без диссоциации. Патологических и менингеальных симптомов нет. Вестибулярные пробы отрицательные.

*St. localis* Отмечается болезненность, деформация, отек мягких тканей в проекции нижней трети правой плечевой кости и локтевого сустава.

Общий анализ крови: эритроц. -  $3,8 \times 10^{12}$  в 1 л, НГ - 120 г/л, Нт - 30%, лейкоциты -  $10 \times 10^9$  в 1 л, сегмент.- 63%, палочк. - 4, лимфоциты - 27, моноциты - 1, эозинофилы - 5, СОЭ -18 мм/ч, цв. п. - 0,9, глюкоза крови- 6,3 ммоль/л, общий белок - 70 г/л.

Анализ мочи: кол-во - 100 мл, мутная, соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1020, белок - 0,33 г/л, лейкоциты - 4-6 в п/зр, эритроциты- 0 в п/зр.

- 1.Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
- 4.Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
- 5.Назовите основные факторы этиопатогенеза.

**Решение задачи:**

Диагноз: закрытый разгибательный чрезмыщелковый перелом правой плечевой кости со смещением.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боль в правой руке, в области правого локтевого сустава. Данных анамнеза (со слов мальчика, он упал с горки, после чего появилась боль и припухлость в области правого локтевого сустава), данных объективного обследования (Отмечается болезненность, деформация, отек мягких тканей в проекции нижней трети правой плечевой кости и локтевого сустава), данных рентгенологического обследования.

Догоспитальная тактика состоит в наложении на повреждённую конечность транспортной шины Крамера, введении обезболивающего препарата в возрастной дозировке и доставке пострадавшего ребёнка каретой скорой помощи в детский травматологический стационар.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в закрытой репозиции отломков правой плечевой кости под наркозом, трансфиксации отломков правой плечевой кости спицами Киршнера, проведёнными через внутренний и наружный надмыщелки правой плечевой кости в её метадиафиз и наложении гипсовой лонгеты в среднефизиологическом положении предплечья. Обязательна госпитализация пострадавшего ребёнка минимум на 1,5 недели с целью наблюдения за состоянием повреждённой конечности и до заживления ранок в местах проведения спиц. При неосложнённом течении и удовлетворительном стоянии отломков ребёнок может быть выписан из стационара через 1,5 недели на амбулаторное долечивание у травматолога поликлиники.

Срок гипсовой иммобилизации – 2 недели с последующим курсом реабилитационного лечения: ЛФК, массаж, саморазработка движений в локтевом суставе. Применение физиотерапевтических процедур на локтевом суставе у ребёнка противопоказано из-за возможного формирования гетеротопических оссификатов.

При неудовлетворительном стоянии отломков в гипсе ставят показания к операции.

Применяемые у детей операции: открытая репозиция отломков, трансфиксация спицами, ЧКДО аппаратами внешней фиксации.

### ***ЗАДАЧА № 5***

В травматологическое отделение детской больницы поступил десятилетний мальчик с жалобами на боль в левой паховой области и над лобком.

Ап. Morbid Со слов мальчика, был сбит автомобилем, после чего отмечает появление боли в правой паховой области, невозможность опоры на ноги. Доставлен бригадой скорой медицинской помощи.

Ап. Vitae Ребенок от второй нормально протекающей беременности, вторых срочных физиологических родов. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, острый тонзиллит, бронхит. Аллергия к бензилпеницилину. Кровь не перепивалась, гормонами не



лечился.

**St. praesens** Состояние ребенка при поступлении средней степени тяжести. На коже верхних и нижних конечностей множественные ссадины. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягко эластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. ЧД - 21 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 129 в минуту. А/Д - 80/40. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочепускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

**Неврологический статус:** Ребенок вял, заторможен, отвечает на вопросы, обстоятельства травмы помнит. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные рефлексы симметричные без диссоциации. Кожные рефлексы в норме. Патологических и менингеальных знаков нет. Вестибулярные пробы отрицательные.

**St. localis** Отмечается болезненность при пальпации над лобком и в области бугра правой седалищной кости. Сдавление костей таза болезненно. Положительный симптом прилипшей пятки слева.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

**Решение задачи:**

Диагноз: Закрытый перелом обеих ветвей левой лонной кости со смещением отломков. Травматический шок I степени.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боль в левой паховой области и над лобком. Данных анамнеза (был сбит автомобилем "Жигули", после чего отмечает появление боли в правой паховой области, невозможность опоры на ноги), данных объективного обследования (отмечается болезненность при пальпации над лобком и в области бугра правой седалищной кости). Сдавление костей таза болезненно. Положительный симптом прилипшей пятки слева, данные рентгенологического обследования.

Догоспитальная тактика состоит во введении обезболивающего препарата в возрастной дозировке и доставке пострадавшего ребёнка каретой скорой помощи в детский травматологический стационар на носилках в положении лёжа, максимально обеспечив двигательный покой.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в госпитализации в палату интенсивной терапии для выведения из травматического шока (назначается адекватная инфузионная терапия). В

	<p>кровати – положение Волковича. Параллельно проводится дообследование с целью исключения повреждения внутренних органов, исключения повреждения мочевого пузыря и уретры, которые часто сопутствуют переломам таза.</p> <p>Применяемые методы обследования: обзорная R-графия костей таза, ретроградная уретроцистография, экскреторная урография. Необходимы осмотры хирурга, уролога, невролога.</p> <p>При исключении сопутствующих повреждений и выведении из травматического шока – фиксация в положении Тренделенбурга, а при нестабильном переломе костей таза – плановая операция остеосинтеза пластиной АО, возможно применение аппарата внешней фиксации.</p> <p>Средний срок нахождения в стационаре – 5-6 недель.</p>
<p><b>Б 1.Б.6</b></p>	<p><b>ЗАДАЧА № 6</b></p> <p>Девочка 9 лет. Вес 21кг. Поступила в клинику детской хирургии 25.05.07г. с жалобами на боли в области левой голени, усиливающиеся при попытке движений, наличие ссадины на левой голени. Доставлена «скорой помощью» с места происшествия, где около часа назад была сбита легковым автомобилем. Обстоятельства, связанные с травмой помнит хорошо, сознания не теряла. Тошноты, рвоты не было.</p> <p>Ап. morbi: ребёнок от второй беременности, вторых родов. Беременность протекала без осложнений. Родилась в срок. Росла и развивалась по возрасту, без особенностей. Из перенесённых заболеваний отмечает редкие простудные, операций и гемотрансфузий не производилось. Лекарственной непереносимости не выявлено.</p> <p>St. praesens: состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Тургор кожи нормальный, жировая клетчатка развита соответственно возрасту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 82 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, границы лёгких в пределах нормы. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и диурез, со слов мамы, в норме.</p> <p>Неврологический статус без патологии.</p> <p>St. localis: выраженный отёк левой голени, на передней её поверхности осаднение кожи на участке 4,0x5,0 см. Пальпация левой голени в средней трети резко болезненна, там же определяется костная крипитация. Пульс на периферических артериях голени и стопы определяется, неврологических расстройств нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Поставьте диагноз. Обоснуйте его.</li> <li>2.Проведите дифференциальный диагноз.</li> <li>3.Составьте и обоснуйте план обследования пациента.</li> <li>4.Составьте и обоснуйте план лечения пациента.</li> <li>5.Назовите основные факторы этиопатогенеза.</li> </ol> <p><b><u>Решение задачи:</u></b></p> <p>Диагноз: закрытый перелом обеих костей левой голени в средней трети со</p>

смещением отломков.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боли в области левой голени, усиливающиеся при попытке движений, наличие ссадины на левой голени, данных анамнеза (доставлена «скорой помощью» с места происшествия, где около часа назад была сбита легковым автомобилем), данных объективного обследования (выраженный отёк левой голени, на передней её поверхности осаднение кожи на участке 4,0 x 5,0 см). Пальпация левой голени в средней трети резко болезненна, там же определяется костная крипитация. Пульс на периферических артериях голени и стопы определяется, неврологических расстройств нет, данных рентгенологического обследования.

Догоспитальная тактика состоит в наложении на повреждённую конечность транспортной шины Крамера, введении обезболивающего препарата в возрастной дозировке и доставке пострадавшего ребёнка каретой скорой помощи в детский травматологический стационар.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в наложении системы скелетного вытяжения за пяточную кость. Обезболивание – наркоз. Назначается адекватная обезболивающая и симптоматическая терапия. На 2-е сутки производят контрольную R-графию на предмет стояния отломков на скелетном вытяжении. При хорошем стоянии отломков и отсутствии противопоказаний продолжают лечение на скелетном вытяжении 3 недели, затем накладывают гипсовую повязку по общим правилам и выписывают больного на амбулаторное лечение у травматолога. Срок гипсовой фиксации – 6-8 недель в зависимости от стояния отломков.

При неудовлетворительном стоянии отломков на скелетном вытяжении ставят показания к операции.

Применяемые у детей операции: открытая репозиция отломков, металлоостеосинтез пластиной АО, ЧКДО аппаратами внешней фиксации.

#### **ЗАДАЧА № 7**

В ортопедическое отделение детской больницы поступил четырехлетний мальчик по направлению врача поликлиники.

Жалобы (со стороны родителей) на боль в левом тазобедренном суставе, хромоту.

An. morbi Со слов родителей, около 6 месяцев назад у мальчика появилась боль в левом коленном суставе, по поводу чего наблюдался у хирурга поликлиники, консультирован у ревматолога. Через месяц у мальчика появилась хромота, осмотрен ортопедом, была заподозрена патология со стороны левого тазобедренного сустава. Направлен в стационар для дальнейшего лечения.

An. vitae Ребенок от первой нормально протекающей беременности, первых срочных физиологических родов. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, острый тонзиллит. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые

лимфатические узлы размером с горошину, мягкоэластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - пуэрильное дыхание. ЧД - 26 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, Заполнения. ЧСС - 106 в минуту. А/Д - 100/70. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

St. localis При ходьбе мальчик хромот. Движения в левом тазобедренном суставе ограничены (преимущественно ротационные и отведение) из-за боли, незначительная гипотрофия мышц, пальпация этого сустава слегка болезненна.

Общий анализ крови: эритроц. -  $3,8 \times 10^{12}$  в 1 л, НЬ - 120 г/л, Нт - 30%, лейкоциты -  $10 \times 10^9$  в 1 л, сегмент.- 63%, палочк. - 4, лимфоциты - 26, моноциты - 5, эозинофилы - 2, СОЭ -18 мм/ч, цв. п. - 0,9, глюкоза крови - 6,3 ммоль/л, общий белок - 68 г/л.

Анализ мочи: кол-во - 20 мл, мутная, соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1020, белок - 0,33 г/л, лейкоциты - 4-6 в п/зр, эритроциты- 0 в п/зр., ураты.

- 1.Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
- 4.Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
- 5.Назовите основные факторы этиопатогенеза

**Решение задачи:**

Диагноз: Болезнь Легг-Кальве-Пертеса (остеохондропатия головки бедренной кости) слева, стадия импрессионного перелома.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боль в левом тазобедренном суставе, хромоту, данных анамнеза (со слов родителей, около 6 месяцев назад у мальчика появилась боль в левом коленном суставе, по поводу чего наблюдался у хирурга поликлиники, консультирован у ревматолога). Через месяц у мальчика появилась хромота, осмотрен ортопедом, была заподозрена патология со стороны левого тазобедренного сустава. Направлен в стационар для дальнейшего лечения); данных объективного обследования (при ходьбе мальчик хромот. Движения в левом тазобедренном суставе ограничены - преимущественно ротационные и отведение из-за боли, незначительная гипотрофия мышц, пальпация этого сустава слегка болезненна, данных рентгенологического обследования в динамике.

Методы обследования, применяемые для диагностики: Обзорная R-графия одновременно обоих суставов для выявления стадии остеопороза, R-графия тазобедренного сустава в динамике – для контроля за развитием процесса болезни, для раннего выявления начала болезни – МРТ. Анализ крови на электролиты, сиаловые кислоты. Для дифдиагностики с туберкулёзом и остеомиелитом – туберкулиновая проба, общий анализ крови.

Продолжительность заболевания – 2-5 лет.

Консервативное лечение включает: общеукрепляющее лечение, применение спазмолитиков, сосудистых препаратов, ФТЛ, ЛФК, массаж, разгрузки конечности на весь срок лечения (манжеточное вытяжение, ходьба на костылях). Консервативное лечение проводится курсами по 1,5 месяца с перерывом 3 месяца в специализированных санаториях.

Применяемые операции: операции, направленные на улучшение кровоснабжения и репаративных процессов (тунелизации, костная пластика на мышечной ножке); Декомпрессирующие операции (миотенофасциотомии, разгружающие аппараты внешней фиксации); Комбинированные операции (корректирующие остеотомии в сочетании с миотенофасциотомиями); Реконструктивные операции.

У данного больного показано консервативное лечение.

#### **ЗАДАЧА № 8**

В ортопедическое отделение детской больницы поступил семилетний мальчик по направлению врача поликлиники.

Жалобы (со стороны родителей) на боль в правом тазобедренном суставе, хромоту.

Ан. morbi Со слов родителей, около 6 месяцев назад у мальчик упал с велосипеда, ударился правым коленом, появилась боль в левом коленном суставе, по поводу чего наблюдался у хирурга поликлиники, консультирован у ревматолога. Через месяц у мальчика появилась хромота на правую ногу, лечился амбулаторно (массаж, НПВС, ФТЛ) в течение 5 месяцев – без результата. Осмотрен ортопедом, была заподозрена патология со стороны левого тазобедренного сустава. Направлен в стационар для дальнейшего лечения.

Ан. vitae Ребенок от первой нормально протекающей беременности, первых срочных физиологических родов. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, острый тонзиллит. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягкоэластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - пуэрильное дыхание. ЧД - 26 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, Заполнения. ЧСС - 106 в минуту. А/Д - 100/70. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочепускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

St. localis При ходьбе мальчик хромот. Движения в левом тазобедренном суставе ограничены (преимущественно ротационные и отведение) из-за боли, незначительная гипотрофия мышц, пальпация этого сустава слегка болезненна.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза

**Решение задачи:**

Диагноз: Болезнь Легг-Кальве-Пертеса (остеохондропатия головки бедренной кости) справа, стадия импрессионного перелома.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боль в правом тазобедренном суставе, хромоту; данных анамнеза (со слов родителей, около 6 месяцев назад у мальчика появилась боль в правом коленном суставе, по поводу чего наблюдался у хирурга поликлиники, консультирован у ревматолога). Через месяц у мальчика появилась хромота, осмотрен ортопедом, была заподозрена патология со стороны правого тазобедренного сустава. Направлен в стационар для дальнейшего лечения; данных объективного обследования (при ходьбе мальчик хромает). Движения в правом тазобедренном суставе ограничены - преимущественно ротационные и отведение из-за боли, незначительная гипотрофия мышц, пальпация этого сустава слегка болезненна, данных рентгенологического обследования в динамике.

Методы обследования, применяемые для диагностики: Обзорная R-графия одновременно обоих суставов для выявления стадии остеопороза, R-графия тазобедренного сустава в динамике – для контроля за развитием процесса болезни, для раннего выявления начала болезни – МРТ. Анализ крови на электролиты, сиаловые кислоты. Для дифдиагностики с туберкулёзом и остеомиелитом – туберкулиновая проба, общий анализ крови.

Продолжительность заболевания – 2-5 лет.

Консервативное лечение включает: общеукрепляющее лечение, применение спазмолитиков, сосудистых препаратов, ФТЛ, ЛФК, массаж, разгрузки конечности на весь срок лечения (манжеточное вытяжение, ходьба на костылях). Консервативное лечение проводится курсами по 1,5 месяца с перерывом 3 месяца в специализированных санаториях.

Применяемые операции: операции, направленные на улучшение кровоснабжения и репаративных процессов (туннелизации, костная пластика на мышечной ножке); Декомпрессирующие операции (миотенофасциотомии, разгружающие аппараты внешней фиксации); Комбинированные операции (корректирующие остеотомии в сочетании с миотенофасциотомиями); Реконструктивные операции.

У данного больного показано консервативное лечение, возможно применение одной из разгружающих операций.

**ЗАДАЧА № 9**

В травматологическое отделение детской больницы поступил четырехлетний

ребенок с жалобами на боль в левой ноге в области левого бедра.

**An. Morbid** Со слов родителей, ребенок был сбит автомобилем “Жигули” при переходе дороги, после чего появилась боль в области левого бедра, невозможность опоры на ноги. Доставлен бригадой скорой медицинской помощи.

**An. Vitae** Ребенок от второй нормально протекающей беременности, вторых срочных физиологических родов. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, острый тонзиллит, бронхит. Аллергия к бензилпенициллину. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

**St. praesens** Состояние ребенка при поступлении средней степени тяжести. На коже верхних и нижних конечностей множественные ссадины. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягко эластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. ЧД - 27 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 129 в минуту. А/Д - 120/80. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

**Неврологический статус** Ребенок в ясном сознании, помнит обстоятельства травмы, отвечает на вопросы, обстоятельства травмы помнит. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные рефлексы симметричные без диссоциации. Кожные рефлексы в норме. Патологических и менингеальных знаков нет. Вестибулярные пробы отрицательные.

**St. localis** Отмечается болезненность, деформация, отек мягких тканей в проекции средней трети левого бедра, там же определяется патологическая подвижность, осевая нагрузка вызывает боль.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

**Решение задачи:**

Диагноз: закрытый перелом левой бедренной кости в средней трети со смещением отломков.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боль в левой ноге в области левого бедра. Данных анамнеза (со слов родителей, ребенок был сбит автомобилем “Жигули” при переходе дороги, после чего появилась боль в области левого бедра, невозможность опоры на ноги), данных объективного обследования (отмечается болезненность, деформация, отек мягких тканей в проекции средней

трети левого бедра, там же определяется патологическая подвижность, осевая нагрузка вызывает боль), данных рентгенологического обследования.

Догоспитальная тактика состоит в наложении на повреждённую конечность транспортной шины Крамера, или Дитерихса, введении обезболивающего препарата в возрастной дозировке и доставке пострадавшего ребёнка каретой скорой помощи в детский травматологический стационар.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в наложении системы скелетного вытяжения за надмыщелки бедренной кости, или за бугристость одноимённой большеберцовой кости. Обезболивание – наркоз. Назначается адекватная обезболивающая и симптоматическая терапия. На 2-е сутки производят контрольную R-графию на предмет стояния отломков на скелетном вытяжении. При хорошем стоянии отломков и отсутствии противопоказаний продолжают лечение на скелетном вытяжении 4-5 недель, затем накладывают гипсовую повязку по общим правилам и выписывают больного на амбулаторное лечение у травматолога. Срок гипсовой фиксации – 6-8 недель в зависимости от стояния отломков.

При неудовлетворительном стоянии отломков на скелетном вытяжении ставят показания к операции.

Применяемые у детей операции: открытая репозиция отломков, металлоостеосинтез пластиной АО, или интрамедуллярными штифтами, ЧКДО аппаратами внешней фиксации.

### ***ЗАДАЧА № 10***

В ортопедическое отделение детской больницы поступил четырнадцатилетний мальчик по направлению врача поликлиники.

Жалобы (со стороны родителей) на боль в правом коленном суставе, хромоту на правую ногу.

Ан. morbi: Со слов родителей, около 6 месяцев назад у мальчик упал с велосипеда, ударился правым коленом, появилась боль в коленном суставе, по поводу чего наблюдался у хирурга поликлиники, консультирован у ревматолога. Через месяц у мальчика появилась хромота на правую ногу, отёк и локальная болезненность в области бугристости правой большеберцовой кости, лечился амбулаторно (массаж, НПВС, ФТЛ) в течение 5 месяцев – без результата. Осмотрен ортопедом. Подросток направлен в стационар для дальнейшего лечения.

Ан. vitae Ребенок от первой нормально протекающей беременности, первых срочных физиологических родов. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, острый тонзиллит. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягко эластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - пуэрильное дыхание. ЧД - 26 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны



сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, Заполнения. ЧСС - 106 в минуту. А/Д - 100/70. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

St. localis При ходьбе мальчик хромот. Отмечается отёк мягких тканей в области бугристости правой большеберцовой кости, там же выраженная локальная болезненность при пальпации.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

**Решение задачи:**

Диагноз: Болезнь Осгуда – Шлаттера (остеохондропатия бугристости большеберцовой кости) справа.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боль в правом коленном суставе, хромоту на правую ногу; данных анамнеза (со слов родителей, около 6 месяцев назад мальчик упал с велосипеда, ударился правым коленом, появилась боль в коленном суставе, по поводу чего наблюдался у хирурга поликлиники, консультирован у ревматолога). Через месяц у мальчика появилась хромота на правую ногу, отёк и локальная болезненность в области бугристости правой большеберцовой кости, лечился амбулаторно (массаж, НПВС, ФТЛ в течение 5 месяцев – без результата.); данных объективного обследования (при ходьбе мальчик хромот). Отмечается отёк мягких тканей в области бугристости правой большеберцовой кости, там же выраженная локальная болезненность при пальпации, данных рентгенологического обследования в динамике.

Методы обследования, применяемые для диагностики: Обзорная R-графия обеих коленных суставов в боковой проекции для выявления стадии остеопороза, R-графия коленного сустава в боковой проекции в динамике – для контроля над развитием процесса болезни, для раннего выявления начала болезни – МРТ. Анализ крови на электролиты, сиаловые кислоты. Для дифдиагностики с туберкулёзом и остеомиелитом – туберкулиновая проба, общий анализ крови.

Продолжительность заболевания – 2-5 лет.

Консервативное лечение включает: общеукрепляющее лечение, применение спазмолитиков, сосудистых препаратов, ФТЛ, ЛФК, массаж, разгрузки конечности на весь срок лечения (гипсовые туторы, ортезы, ходьба на костылях). Консервативное лечение проводится курсами по 1,5 месяца с перерывом 3 месяца в специализированных санаториях.

Применяемые операции: операции, направленные на улучшение кровоснабжения и репаративных процессов (туннелизации).

У данного больного показано консервативное лечение.

--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75
<b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90%	76– 90
<b>Хорошо (4)</b> -91-100	91 – 100
<b>Отлично (5)</b>	

#### Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
<b>Удовлетворительно (3)</b>	12. Знание алгоритма решения
- четырем критериям	13. Уровень самостоятельного мышления
<b>Хорошо (4)</b>	14. Аргументированность решения
- пяти критериям	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью
<b>Отлично (5)</b>	

#### Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Краткость
<b>Удовлетворительно (3)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- четырем критериям	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
<b>Хорошо (4)</b>	4. Полнота раскрытия вопроса

<p><b>-пяти</b> или <b>шести</b> критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
---	--

### Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  <b>-пяти</b> или <b>шести</b> критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<p>1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Детская хирургия»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
	Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и их перечень

						<b>я</b>
<b>У</b>	<b>1</b>	1-74	1-5	1-22	1-31	-
<b>П</b>	<b>1</b>	1-74	1-5	1-22	1-31	-
	<b>2</b>	1-10,14-18,30-43,45-49,53-67	1-5	1-22	1-31	-
	<b>5</b>	1-16,29-30,32-43,45-60,62-67,69,71-74,	1-5	1-5, 8-22	1-7, 10-31	-
<b>К</b>	<b>8</b>	17,31,44,61, 68,70,75	1-5	1-22	1-31	-

### 7.5 Темы рефератов

Раздел	Тема реферата
<i>Б 1.Б.6</i>	1. Повреждения костей предплечья у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика. 2. Повреждения костей плечевого пояса и плечевого сустава у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика. 3. Врожденный вывих бедра и дисплазия тазобедренного сустава. Особенности клиники и диагностики у новорожденных и детей раннего возраста. Лечение. Диспансеризация.
<i>Б 1.Б.6</i>	1. Эмбриональная грыжа пупочного канатика. Гастрошизис. Классификация, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение. 2. Некротизирующий энтероколит новорожденного. Этиология. Клиника, диагностика, лечебная тактика. 3. Гнойно-воспалительные процессы мягких тканей (флегмона новорожденного, лимфаденит, рожистое воспаление, мастит).

### Критерии и шкала оценивания

#### Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

## 8. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ»

### 8.1 Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б</b> <b>1.В.ДВ.1.1.</b> 1Раздел 1. Общая онкология</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Перечислите основы теоретической и экспериментальной онкологии.</li><li>2. Каковы современные теории канцерогенеза?</li><li>3. Дайте морфологическую классификацию опухолей.</li><li>4. Дайте клиническую классификацию опухолей.</li><li>5. Дайте определения понятиям «предраковые заболевания» и «начальные формы рака».</li><li>6. Какова роль опухолевых маркеров в диагностике рака?</li><li>7. Перечислите лабораторные методы индивидуального прогнозирования в онкологии.</li><li>8. Какие причины запущенности у онкологических больных вы знаете?</li><li>9. Охарактеризуйте организацию специализированной онкологической помощи.</li><li>10. Как осуществляется ведение отчетно-учетной документации? Понятия о клинических группах в онкологии.</li><li>11. Какова организация и основные задачи онкологического диспансера?</li><li>12. Перечислите диагностические возможности, эффективность и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики.</li><li>13. Перечислите диагностические возможности, эффективность и показания к использованию радиоизотопных методов.</li><li>14. Перечислите диагностические возможности, эффективность и показания к использованию ультразвуковых методов.</li><li>15. Перечислите диагностические возможности, эффективность и показания к использованию эндоскопических методов.</li><li>16. Перечислите диагностические возможности, показания и эффективность методов инструментальной диагностики в оценке функционального состояния больных перед началом и на этапах специального лечения (электрокардиография, в т.ч. с проведением функциональных нагрузочных проб, функция внешнего дыхания с проведение билатерального теста по Бергану, экскреторная функция почек).</li><li>17. Опишите следующие показатели лабораторной диагностики (общий клинический анализ крови, общий клинический анализ мочи (по показаниям: анализ мочи по Земницкому, по Нечипоренко т.п.), анализ гликемического профиля, биохимический анализ крови, исследование уровня гормонов крови (половые гормоны, гормоны щитовидной железы, гипофиза).</li><li>18. Какие современные возможности хирургического лечения опухолей вы знаете?</li><li>19. Каковы современные возможности лучевой терапии? Виды ионизирующего излучения. Аппаратное оснащение. Радиобиологические основы лучевой терапии, способы и средства радиомодификации.</li><li>20. Каковы подходы к лекарственному лечению злокачественных опухолей. Показания, противопоказания, борьба с осложнениями.</li><li>21. Опишите органосохраняющее и функционально-щадящее направления в лечении онкологических больных.</li><li>22. Охарактеризуйте современные возможности лучевой терапии злокачественных опухолей. Виды ионизирующего излучения. Аппаратное оснащение.</li><li>23. Каковы радиобиологические основы лучевой терапии, способы и средства радиомодификации?</li><li>24. Перечислите новые методы лучевого лечения в онкологии: лучевая терапия как компонент комбинированного и комплексного лечения злокачественных опухолей; внутрисполостная лучевая терапия; интраоперационная лучевая терапия.</li><li>25. Дайте понятие о радикальной, паллиативной и симптоматической лучевой терапии.</li><li>26. Опишите современное состояние лекарственной терапии в онкологии.</li><li>27. Перечислите классификацию противоопухолевых препаратов.</li><li>28. Каковы принципы проведения лекарственной терапии?</li><li>29. Перечислите осложнения и реакции на проведение лекарственного лечения, их профилактика и лечение.</li></ol>
---	--

<p><b>Б</b>  <b>1.В.ДВ.1.1.</b>  <b>2</b>Раздел 2.  Частная  онкология</p>	<p>30. Перечислите современные классификации злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.</p> <p>31. Охарактеризуйте клинические проявления ранних и распространенных форм злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.</p> <p>32. Проведите дифференциальную диагностику злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти с другими заболеваниями.</p> <p>33. Перечислите оптимальные методы диагностики злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти и дифференциальной диагностики и порядок их использования.</p> <p>34. Перечислите современные принципы лечения злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти, показания и противопоказания к использованию различных методов.</p> <p>35. Перечислите основные ошибки в диагностике и лечении.</p> <p>36. Каковы факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.</p> <p>37. Перечислите современные классификации злокачественных опухолей щитовидной железы.</p> <p>38. Какова частота и связь злокачественных опухолей щитовидной железы с доброкачественными изменениями данного органа и различными факторами риска.</p> <p>39. Перечислите и охарактеризуйте оптимальные методы диагностики злокачественных опухолей щитовидной железы и дифференциальной диагностики и порядок их использования.</p> <p>40. Перечислите современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.</p> <p>41. Перечислите основные ошибки в диагностике и лечении.</p> <p>42. Каковы факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения злокачественных опухолей щитовидной железы.</p> <p>43. Охарактеризуйте заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей различных органов репродуктивной сферы. Их место в структуре онкологических заболеваний.</p> <p>44. Каковы современные представления о причинах возникновения различных опухолей женских половых органов? Первичная и вторичная профилактика.</p> <p>45. Перечислите предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли женских половых органов.</p> <p>46. Охарактеризуйте топографическую и клиническую анатомию органов малого таза.</p> <p>47. Перечислите и опишите особенности кровообращения и лимфооттока в данной области, вероятные пути метастазирования.</p> <p>48. Перечислите современные методы обследования больных с опухолями женской репродуктивной сферы.</p> <p>49. Перечислите диагностические возможности и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики.</p> <p>50. Перечислите диагностические возможности и показания к использованию радиоизотопных методов.</p> <p>51. Перечислите диагностические возможности и показания к использованию ультразвуковых методов.</p> <p>52. Перечислите диагностические возможности и показания к использованию эндоскопических методов.</p> <p>53. Что такое онкомаркеры?</p> <p>54. Опишите методы морфологической верификации диагноза.</p> <p>55. Перечислите современные методы лечения больных со злокачественными опухолями женских половых органов.</p> <p>56. Охарактеризуйте и перечислите основные виды оперативных вмешательств, показания и противопоказания к их использованию.</p> <p>57. Перечислите различные методы физического воздействия: лазерное, ультразвуковое, плазменное, криодеструкция. Показания и противопоказания к их применению.</p> <p>58. Охарактеризуйте лучевую терапию: виды излучения, механизмы их действия и особенности применения при данных заболеваниях, показания и противопоказания к их использованию.</p> <p>59. Охарактеризуйте химиотерапию: различные варианты применения, основные</p>
--	---

- лекарственные препараты, показания и противопоказания к их применению.
60. Охарактеризуйте лучевую терапию особенности комбинированного и комплексного лечения различных опухолей женских половых органов.
  61. Охарактеризуйте гормонотерапию: препараты, механизмы действия, показания.
  62. Дайте определение рака кожи: заболеваемость, смертность, запущенность.
  63. Перечислите современные классификации рака кожи.
  64. Перечислите и опишите основные клинические проявления рака кожи в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
  65. Перечислите оптимальные методы современной диагностики рака кожи и порядок их использования.
  66. Опишите и перечислите современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
  67. Перечислите основные ошибки в диагностике и лечении рака кожи.
  68. Каковы факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
  69. Дайте определение меланомы кожи: заболеваемость, смертность, запущенность.
  70. Перечислите современные классификации пигментных невусов.
  71. Перечислите и опишите основные клинические проявления меланомы кожи в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
  72. Перечислите оптимальные методы современной диагностики меланомы кожи и порядок их использования.
  73. Опишите и перечислите современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
  74. Перечислите основные ошибки в диагностике и лечении меланомы кожи.
  75. Каковы факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
  76. Какие основные вопросы медицинской реабилитации больных меланомой кожи.
  77. Перечислите и опишите предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез.
  78. Охарактеризуйте и перечислите дисгормональные гиперплазии молочных желез, сущность гормональных нарушений в развитии гиперплазии молочных желез и доброкачественных опухолей.
  79. Перечислите и опишите морфологическую классификацию гиперплазий и доброкачественных опухолей молочных желез.
  80. Перечислите методы обследования больных с патологией молочных желез, их значение, роль самообследования в диагностике ранней онкопатологии.
  81. Перечислите основные принципы лечения диффузных форм кистозно-фиброзной мастопатии.
  82. Перечислите основные принципы лечения больных с узловыми формами мастопатии и доброкачественными опухолями молочных желез.
  83. Охарактеризуйте лечение внутрипротоковых папиллом молочных желез.
  84. Опишите диспансерное наблюдение больных с доброкачественными и предопухолевыми заболеваниями молочных желез.
  85. Какова частота развития рака молочной железы на фоне гиперплазии и доброкачественной опухоли молочных желез.
  86. Опишите заболеваемость и биологические особенности рака молочной железы.
  87. Охарактеризуйте роль гормональных нарушений в развитии рака молочной железы, понятие о рецепторах стероидных гормонов.
  88. Расскажите морфологическую классификацию рака молочной железы.
  89. Расскажите международную и отечественную классификацию рака молочной железы.
  90. Каковы закономерности метастазирования рака молочной железы.
  91. Опишите раннюю диагностику рака молочной железы, роль профилактических осмотров в диагностике.
  92. Охарактеризует клиническую картину узловых и диффузных форм рака молочной железы.
  93. Охарактеризует клиническую картину редких и атипических форм рака молочной железы.
  94. Перечислите особенности клинического течения рака молочной железы у мужчин.
  95. Дайте значение маммографии в диагностике рака молочной железы, показания.
  96. Какая роль ультразвуковых методов в диагностике рака молочной железы.
  97. Какая роль цитологических методов в диагностике рака молочной железы,

	<p>методики забора материала для цитологического исследования.</p> <p>98. Охарактеризуйте хирургическую биопсию (секторальная резекция) как лечебно-диагностический этап.</p> <p>99. Проведите дифференциальную диагностику рака молочной железы с узловыми формами мастопатии, гембластомами, метастазами в молочные железы, маститами, специфическими воспалительными заболеваниями молочных желез.</p> <p>100. Перечислите общие принципы лечения больных раком молочной железы</p> <p>101. Перечислите показания к хирургическому методу лечения, понятие о радикальных и паллиативных операциях, осложнения хирургического лечения, их профилактика и лечение.</p> <p>102. Охарактеризуйте понятие об органосохраняющих операциях при раке молочной железы, радикальная резекция молочной железы, показания, объем операции.</p> <p>103. Опишите радикальные операции (Холстеда, Пейти), расширенная мастэктомия (операция Урбана-Холдинга), показания, объем операции.</p> <p>104. Опишите паллиативные операции (простая мастэктомия), показания.</p> <p>105. Охарактеризуйте комбинированное лечение при раке молочной железы, показания, пред- и послеоперационная лучевая терапии, лучевая терапия рецидивов и метастазов рака молочной железы.</p> <p>106. Что такое полихимиотерапия, показания, осложнения, показания к предоперационной и послеоперационной полихимиотерапии?</p> <p>107. Основные принципы гормонотерапии, определение чувствительности рецепторов стероидных гормонов и гормонального баланса, показания.</p> <p>108. Перечислите показания к овариоэктомии при раке молочной железы.</p>
--	---

## **8.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б</b> <b>1.В.ДВ.1.1.</b> I Раздел 1. Общая онкология</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Морфологическая классификация опухолей.</li> <li>2. Клиническая классификация опухолей.</li> <li>3. Предраковые заболевания и начальные формы рака.</li> <li>4. Лабораторные методы индивидуального прогнозирования в онкологии.</li> <li>5. Организация специализированной онкологической помощи.</li> <li>6. Ведение отчетно-учетной документации.</li> <li>7. Понятия о клинических группах.</li> <li>8. Организация и основные задачи онкологического диспансера.</li> <li>9. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию радиоизотопных методов.</li> <li>10. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию ультразвуковых методов.</li> <li>11. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию эндоскопических методов.</li> <li>12. Диагностические возможности, показания и эффективность методов инструментальной диагностики в оценке функционального состояния больных перед началом и на этапах специального лечения.</li> <li>13. Радиобиологические основы лучевой терапии, способы и средства радиомодификации.</li> <li>14. Современные возможности лучевой терапии.</li> <li>15. Подходы к лекарственному лечению злокачественных опухолей.</li> <li>16. Показания, противопоказания, борьба с осложнениями.</li> <li>17. Органосохраняющее и функционально-щадящее направление в лечении онкологических больных.</li> <li>18. Лучевая терапия как компонент комбинированного и комплексного лечения злокачественных опухолей.</li> <li>19. Внутриволостная лучевая терапия.</li> <li>20. Понятие о радикальной, паллиативной и симптоматической лучевой терапии.</li> <li>21. Современное состояние лекарственной терапии в онкологии.</li> <li>22. Классификация противоопухолевых препаратов.</li> <li>23. Принципы проведения лекарственной терапии.</li> <li>24. Лекарственная терапия опухолей основных локализаций.</li> </ol>
<p><b>Б</b> <b>1.В.ДВ.1.1.</b> II Раздел 2. Частная</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>25. Современные классификации злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.</li> <li>26. Дифференциальная диагностика злокачественных опухолей полости носа,</li> </ol>



онкология	<p>придаточных пазух и верхней челюсти с другими заболеваниями.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>27. Оптимальные методы диагностики злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти и дифференциальной диагностики и порядок их использования.</li> <li>28. Современные принципы лечения злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти, показания и противопоказания к использованию различных методов.</li> <li>29. Основные ошибки в диагностике и лечении злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.</li> <li>30. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.</li> <li>31. Заболеваемость, смертность при злокачественных опухолях щитовидной железы.</li> <li>32. Оптимальные методы диагностики и дифференциальной диагностики злокачественных опухолей щитовидной железы и порядок их использования.</li> <li>33. Современные принципы лечения злокачественных опухолей щитовидной железы, показания и противопоказания к использованию различных методов.</li> <li>34. Основные ошибки в диагностике и лечении злокачественных опухолей щитовидной железы.</li> <li>35. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.</li> <li>36. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей различных органов репродуктивной сферы; их место в структуре онкологических заболеваний.</li> <li>37. Современные методы обследования больных с опухолями женской репродуктивной сферы.</li> <li>38. Диагностические возможности и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики.</li> <li>39. Диагностические возможности и показания к использованию радиоизотопных методов.</li> <li>40. Диагностические возможности и показания к использованию ультразвуковых методов.</li> <li>41. Диагностические возможности и показания к использованию эндоскопических методов.</li> <li>42. Онкомаркеры. Методы морфологической верификации диагноза.</li> <li>43. Современные методы лечения больных со злокачественными опухолями женских половых органов: хирургический, различные методы физического воздействия лазерное, ультразвуковое, плазменное, криодеструкция; показания и противопоказания к их применению.</li> <li>44. Лучевая терапия. Химиотерапия. Гормонотерапия: препараты, механизмы действия, показания.</li> <li>45. Заболеваемость, смертность, запущенность при раке кожи.</li> <li>46. Оптимальные методы современной диагностики рака кожи и порядок их использования.</li> <li>47. Современные методы лечения рака кожи, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования рака кожи.</li> <li>48. Основные ошибки в диагностике и лечении рака кожи. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.</li> <li>49. Заболеваемость, смертность, запущенность при меланоме кожи.</li> <li>50. Современные классификации пигментных невусов.</li> <li>51. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы меланомы кожи и особенности дифференциальной диагностики.</li> <li>52. Оптимальные методы современной диагностики меланомы кожи и порядок их использования.</li> <li>53. Основные ошибки в диагностике и лечении. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.</li> <li>54. Вопросы медицинской реабилитации больных меланомой кожи.</li> <li>55. Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез.</li> <li>56. Дистормональные гиперплазии молочных желез, сущность гормональных нарушений в развитии гиперплазии молочных желез и доброкачественных опухолей.</li> <li>57. Заболеваемость и биологические особенности рака молочной железы.</li> <li>58. Морфологическая классификация рака молочной железы.</li> <li>59. Международная и отечественная классификация рака молочной железы.</li> <li>60. Закономерности метастазирования рака молочной железы.</li> <li>61. Ранняя диагностика рака молочной железы, роль профилактических осмотров в</li> </ol>
-----------	---

	<p>диагностике.</p> <p>62. Общие принципы лечения больных раком молочной железы.</p> <p>63. Паллиативные операции (простая мастэктомия), показания.</p> <p>64. Комбинированное лечение при раке молочной железы, показания, пред- и послеоперационная лучевая терапии, лучевая терапия рецидивов и метастазов рака молочной железы.</p> <p>65. Полихимиотерапия, показания, осложнения, показания к предоперационной и послеоперационной полихимиотерапии;</p> <p>66. Современные возможности паллиативной помощи. Лечение хронического болевого синдрома.</p>
--	--

### **8.3 Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б</b> <b>1.В.ДВ.1.1.1</b> Раздел 1. Общая онкология</p>	<p><b>ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ</b></p> <p>1) При естественном течении опухолевого процесса возможными путями метастазирования могут быть:</p> <p><b>А) лимфогенный</b> <b>Б) гематогенный</b> <b>В) лимфогематогенный</b> <b>Г) имплантационный</b> <b>Д) распространение по протяженности</b></p> <p>2) Паренхиму новообразования составляют:</p> <p><b>А) собственно опухолевые клетки</b> Б) соединительная ткань В) кровеносные и лимфатические сосуды Г) нервные и клеточные элементы стромы</p> <p>3) Строма опухоли:</p> <p>А) является необходимой поддерживающей структурой Б) обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода В) обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток Г) в ряде случаев не является обязательным компонентом новообразования <b>Д) все правильно, кроме г)</b></p> <p>4) Вновь образованные сосуды злокачественных опухолей:</p> <p>А) редко приближаются по строению к нормальным венам и артериям Б) могут быть представлены в виде каналов, выстланных эндотелием В) на уровне капилляров могут быть высланы самими опухолевыми клетками <b>Г) все ответы верные</b> Д) правильные ответы а) и в)</p> <p>5) Рак <i>in situ</i> отличается от микроинвазивного тем, что</p> <p>А) инфильтрирует и разрушает базальную мембрану Б) инфильтрирует ткани в пределах слизистой оболочки В) инфильтрирует и слизистую и подслизистую оболочки органа <b>Г) не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее</b></p> <p>6) Рак <i>in situ</i> по Международной классификации TNM относится</p> <p><b>А) к раку</b> Б) к предраку В) к доброкачественным опухолям Г) отношение не определено</p>
---	---

	<p>7) <i>Массивное врастание опухоли в жизненно важный орган (органы) является исключительным признаком</i></p> <p>А) IIIa стадии  Б) IIIб стадии  В) IVa стадии  <b>Г) IVб стадии</b></p> <p>8) <i>Полное прорастание опухолью всех слоев полого органа желудочно-кишечного тракта, как правило, соответствует</i></p> <p>А) I стадии  Б) IIIa стадии  <b>В) IIIб стадии</b>  Г) III стадии</p> <p>9) <i>Основной целью международной классификации злокачественных опухолей является</i></p> <p>А) разработка методики единообразного представления клинических данных  Б) унификация подходов к лечению злокачественных опухолей  <b>В) попытка определить дальнейшие пути развития клинической онкологии</b>  Г) все ответы верные</p> <p>10) <i>При определении анатомической распространенности заболевания классификация TNM основывается на данных следующих видов обследования</i></p> <p><b>А) клинического</b>  Б) инструментального  В) патогистологического  Г) хирургического вмешательства  Д) все ответы верные</p> <p><b>ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ</b></p> <p>11) <i>Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями<sup>1</sup></i></p> <p>А) легких  Б) органов брюшной полости  В) молочной железы  Г) щитовидной железы  <b>Д) правильные ответы в) и г)</b></p> <p>12) <i>К эндоскопическим исследованиям с применением фиброволоконной оптики, используемым в настоящее время в клинике, относятся<sup>1</sup></i></p> <p>А) лапароскопия  Б) торакоскопия  В) цистоскопия  Г) артроскопия  <b>Д) все перечисленные</b></p> <p>13) <i>Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить<sup>1</sup></i></p> <p>А) морфологический диагноз  <b>Б) топический диагноз</b>  В) клинический диагноз  Г) все ответы правильные</p>
--	---

<sup>1</sup> Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2021-2022 учебный год.

	<p>Д) правильного ответа нет</p> <p>14) Инструментальным методом, позволяющим дифференцировать магистральные сосуды без их контрастирования, может быть <sup>1</sup></p> <p><b>А) ультразвуковая томография</b>  Б) ангиография  В) обзорная рентгенография  Г) правильного ответа нет</p> <p>15) На поперечных срезах грудной клетки при рентгеновской компьютерной томографии нельзя <sup>1</sup></p> <p>А) точно локализовать опухоль  Б) рассчитать ее размеры  В) оценить плотность и однородность опухоли  <b>Г) определить доброкачественный или злокачественный характер новообразования</b></p> <p>16) Свойством, не характерным для электрорентгенографии, является <sup>1</sup></p> <p>А) получение скрытого изображения на селеновой пластинке  Б) быстрота изготовления снимков  В) невозможность визуального контроля при производстве электрорентгенограмм  <b>Г) нечеткое изображение контуров отдельных органов и деталей</b>  Д) отсутствие необходимости затемнения помещения</p> <p>17) К инвазивным методам рентгенологического исследования относятся <sup>1</sup></p> <p>А) компьютерная томография  Б) ирригоскопия  <b>В) ангиография</b>  Г) флюорография</p> <p>18) К неинвазивным методам рентгенологического исследования относятся <sup>1</sup></p> <p>А) аортография  Б) лимфография  <b>В) компьютерная томография</b>  Г) илюкавография  Д) веноазигография</p> <p>19) Радиофосфорный тест применяют для диагностики <sup>1</sup></p> <p>А) поверхностных опухолей  Б) опухолей полостных органов, доступных для введения датчика  В) только для опухолей, имеющих тропность к фосфору  <b>Г) все ответы правильные</b>  Д) правильные ответы а) и б)</p> <p>20) Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей <sup>1</sup></p> <p>А) поджелудочной железы  Б) желудка  <b>В) щитовидной железы</b>  Г) все ответы правильные  Д) правильного ответа нет</p> <p><b>ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ</b></p>
--	--

<sup>1</sup> Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2021-2022 учебный год.

## **ОПУХОЛЕЙ**

21) *Главной целью симптоматической операции является*

- А) удаление пораженного опухолью органа
- Б) удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли
- В) устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти**
- Г) все ответы верные

22) *Недостатком метода электрокоагуляции опухоли являются*

- А) пригорание фрагментов опухоли к электроду
- Б) опасность глубокого поражения стенки органа
- В) отторжение коагулированных тканей в течение нескольких дней
- Г) все ответы правильные**
- Д) верные ответы а) и в)

23) *К антибластике не имеет отношения*

- А) удаление опухоли единым блоком с регионарными лимфатическими узлами и другими анатомическими структурами в пределах здоровых тканей**
- Б) предоперационная лучевая терапия
- В) использование электрохирургического метода
- Г) применение лекарственных средств (химиопрепараты и другие)
- Д) перевязка магистральных сосудов до начала мобилизации пораженного опухолью органа

24) *Соблюдение принципов анатомической зональности и футлярности лежит в основе*

- А) понятия "антибластики" при операциях по поводу злокачественных опухолей
- Б) понятия "абластики" при операциях по поводу злокачественных опухолей**
- В) мер профилактики ортоградного лимфогенного метастазирования
- Г) мер профилактики гематогенного метастазирования

25) *Повторные хирургические вмешательства оправданы при рецидивах следующих злокачественных новообразований средостения*

- А) нейрофибросаркомы**
- Б) фибросаркомы**
- В) липосаркомы**
- Г) лимфоцитарной тимомы
- Д) лимфогранулематоза

26) *К расширенной операции следует относить*

- А) удаление опухоли в пределах здоровых тканей
- Б) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером
- В) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции**
- Г) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
- Д) правильного ответа нет

27) *К комбинированной операции следует относить*

- А) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером
- Б) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми

доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции

**В)удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс**

Г)удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого заболевания

Д)все ответы правильные

28)Факторами, которые могут влиять на объем операции, являются

А)стадия заболевания

Б)возраст больного

В)сопутствующие заболевания

**Г)все ответы верные**

29)При центральных доброкачественных опухолях могут выполняться следующие виды реконструктивно-пластических операций

А)окончатая резекция бронха

Б)циркулярная резекция бронха с формированием межбронхиального анастомоза

В)циркулярная резекция бронха с удалением одной-двух долей с формированием межбронхиального анастомоза

**Г)все виды перечисленных операций**

Д)только б) и в)

30)При злокачественных первичных опухолях костей к сохранным операциям относятся

А)ампутация конечности

**Б)сегментарная резекция кости с замещением трансплантата**

В)экзартикуляция конечности

Г)межлопаточно-грудная ампутация

Д)межподвздошно-брюшное вычленение

### **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ**

31)Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется

А)как самостоятельный метод

Б)в комбинации с хирургическим методом

В)в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией)

**Г)все ответы правильные**

Д)правильные первые два ответа

32)Основная цель радикальной лучевой терапии

А)подведение максимально возможной дозы излучения

Б)снижение биологической активности опухолевых клеток

В)вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток

Г)достижение частичной регрессии опухоли

**Д)достижение полной регрессии опухоли**

33)Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются

А)повышение операбельности

Б)повышение резектабельности

В)достижение значительного уменьшения опухоли

Г)получение полной регрессии опухоли

**Д)понижение жизнеспособности опухолевых клеток**

34)К радиочувствительным могут быть отнесены все перечисленные ниже опухоли, кроме

- А) лимфогранулематоза
- Б) лимфосаркомы
- В) семиномы
- Г) аденокарциномы желудка**
- Д) мелкоклеточного рака легкого

35) Наиболее радиорезистентной опухолью из перечисленных является

- А) плоскоклеточный неороговевающий рак
- Б) семинома
- В) опухоль Юинга

**Г) остеогенная саркома**

- Д) все перечисленные опухоли

36) Послеоперационная лучевая терапия может быть проведена в случае

- А) нерадикальности операции
- Б) неабластичности операции
- В) выявленных во время операции регионарных метастазов

**Г) все ответы верные**

- Д) правильные ответы а) и б)

37) На радиочувствительность опухоли оказывают влияние

- А) напряжение кислорода опухоли
- Б) дифференцировка опухолевых клеток
- В) форма роста опухоли
- Г) правильные первые два фактора

**Д) все перечисленные факторы**

38) Следующие факторы модификации радиочувствительности опухоли и нормальных тканей используют в лучевой терапии

- А) локальную гипертермию
- Б) искусственную гипергликемию
- В) гипербарическую оксигенацию

**Г) все ответы правильные**

- Д) правильного ответа нет

39) Расщепленный курс лучевой терапии применяют

- А) для повышения радиочувствительности опухоли

**Б) для защиты нормальных тканей**

- В) для снижения числа рецидивов
- Г) для повышения дозы облучения

40) Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является

- А) пожилой возраст
- Б) молодой возраст

**В) активный туберкулез**

- Г) все перечисленные факторы
- Д) ни один из перечисленных факторов

### **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ**

41) Механизм действия алкилирующих препаратов состоит

**А) в реакции алкилирования**

- Б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
- В) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы

Г)в денатурации тубулина - белка микротрубочек  
Д)в образовании сшивок молекул ДНК

42)Механизм действия противоопухолевых антибиотиков состоит

А)в реакции алкилирования молекул ДНК  
Б)в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты  
**В)в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы**  
Г)в денатурации тубулина - белка микротрубочек  
Д)в образовании сшивок молекул ДНК

43)Механизм действия антиметаболитов состоит

А)в реакции алкилирования молекул ДНК  
**Б)в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты**  
В)в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы  
Г)в денатурации тубулина - белка микротрубочек  
Д)в образовании сшивок молекул ДНК

44)Наиболее часто лекарственная терапия может считаться самостоятельным высокоэффективным методом при лечении

А)рака почки  
**Б)мелкоклеточного рака легкого**  
В)рака мочевого пузыря  
Г)рака желудка  
Д)рака яичников

45)Эффективная предоперационная химиотерапия в ряде случаев может привести

А)к уменьшению объема опухоли  
Б)к переводу больного в операбельное состояние  
В)к возможному сокращению объема оперативного вмешательства  
**Г)ко всему перечисленному**  
Д)верных ответов нет

46)Противопоказанием для назначения антрациклинов является

А)диссеминация опухолевого процесса  
**Б)сердечно-сосудистая недостаточность**  
В)повышение температуры тела до 37,5-С  
Г)отсутствие одной почки

47)Противопоказанием для применения ифосфамида является

**А)геморрагический цистит**  
Б)инфаркт в анамнезе  
В)повышение трансаминаз в 2 раза  
Г)аллергия в анамнезе

48)Целью I фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является

**А)определение допустимой для человека разовой и суммарной дозы цитостатика и спектра токсичности**  
Б)изучение противоопухолевой активности цитостатика при разных видах опухоли  
В)сравнительное изучение нового агента с другими цитостатиками  
Г)изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками

49)Целью II фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является

А)определение максимально переносимой дозы цитостатика  
**Б)изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при "сигнальных опухолях" - десяти наиболее часто встречающихся опухолей**



	<p><b>человека</b></p> <p>В)сравнительное изучение с другими цитостатиками Г)изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками</p> <p>50)Целью III фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является</p> <p>А)определение максимально переносимой дозы цитостатика Б)изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при "сигнальных опухолях"</p> <p><b>В)сравнительное изучение с другими цитостатиками</b> Г)изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками</p>
<p><b>Б</b> <b>1.В.ДВ.1.1.2</b> Раздел 2. Частная онкология</p>	<p><b>ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЛОСТИ НОСА, ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</b></p> <p>51)При наличии у больного меланомы слизистой мягкого неба предпочтительнее проводить</p> <p>А)хирургическое лечение Б)лучевое лечение В)химиотерапию <b>Г)химиолучевое лечение</b> Д)комбинированное лечение (операция и лучевая терапия)</p> <p>52)Лучевая терапия в лечении рака слизистой полости рта может быть применена</p> <p>А)как самостоятельный радикальный метод Б)как паллиативный метод В)как этап комбинированного лечения Г)правильные ответы б) и в) <b>Д)все ответы правильные</b></p> <p>53)В полости носа из перечисленных злокачественных опухолей встречаются</p> <p>А)аденокарцинома Б)плоскоклеточный рак В)мягкотканые саркомы Г)меланома Д)цилиндрома Е)эстезионробластома <b>Ж)все перечисленное</b></p> <p>54)У больного 65 лет плоскоклеточный рак нижней носовой раковины I стадии. Из методов лучевой терапии ему наиболее целесообразна</p> <p>А)дистанционная g-терапия Б)внутриканевая лучевая терапия В)внутриполостная лучевая терапия <b>Г)сочетанная лучевая терапия (дистанционная g-терапия + внутриполостная лучевая терапия)</b></p> <p>55)Облучение регионарных зон при лучевой терапии рака носоглотки</p> <p><b>А)обязательно во всех случаях</b> Б)проводится только при верификации метастазов в лимфатических узлах шеи В)проводится только при подозрении на наличие метастазов в лимфатических узлах шеи Г)облучение регионарных зон нецелесообразно Д)правильные ответы б) и в)</p> <p>56)Наиболее радиочувствительной среди опухолей носоглотки является</p> <p>А)плоскоклеточный ороговевающий рак</p>

- Б) плоскоклеточный рак с высокой степенью лимфатической инфильтрации  
В) лимфосаркома  
Г) правильные ответы а) и б)  
**Д) правильные ответы б) и в)**

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

57) К наиболее часто встречающимся морфологическим формам рака щитовидной железы относятся:

- А). Папиллярная аденокарцинома**  
Б). Фолликулярная аденокарцинома  
В). Медуллярный рак  
Г). Плоскоклеточный и недифференцированный рак  
Д). Правильный ответ В) и Г)

58) Медуллярный рак щитовидной железы развивается из:

- А). А-клеток  
Б). В-клеток  
**В). С-клеток**  
Г). Любой вышеуказанной  
Д). D-клеток

59) Частота высокодифференцированных аденокарцином щитовидной железы составляет:

- А). 10%  
Б). 20%  
В). 50%  
**Г). 70%**  
Д). 80%

60) Частота медуллярного рака щитовидной железы составляет:

- А). 10%**  
Б). 30%  
В). 70%  
Г). 80%  
Д). более 85%

61) При медуллярном раке щитовидной железы в крови отмечается:

- А). Повышение уровня ТТГ  
**Б). Повышение уровня кальцитонина**  
В). Повышение уровня раково-эмбрионального антигена  
Г). Повышение уровня тиреоидных гормонов  
Д). Повышение серотонина

62) Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются:

- А). Лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены**  
Б). Надключичные  
В). Паратрахеальные  
Г). Претрахеальные  
Д). Загрудинные

63) К «сигналам тревоги» подозрительным на возникновение рака щитовидной железы следует относить:

- А). Появление узлового образования в щитовидной железе, особенно с бугристой поверхностью и плотной консистенцией у человека старше 35 лет  
Б). Ускоренный рост, уплотнение и появление бугристости ранее существовавшего

узлового или диффузного зуба

В). Появление без болезненных лимфатических узлов на боковой и передне-боковой поверхности шеи

Г). Появление затруднения питания и осиплости голоса у здорового ранее человека

**Д). Все ответы верные**

*64)Для медуллярного рака щитовидной железы характерно:*

А). Наличие «каменистых» узлов в щитовидной железе

Б). Диарея

В). Синдром Сиппла

**Г). Все вышеперечисленное**

Д). Ничего из перечисленного

*65)Функция щитовидной железы при раке:*

А). Снижается

Б). Не меняется

В). Повышается

**Г). Все ответы возможны**

Д). Нет правильного ответа

*66)Для диагностики рака щитовидной железы применяются:*

А). Пункция узлового образования щитовидной железы

Б). Пункция увеличенных лимфоузлов шеи

В). Изучение уровня Т3,Т4, ТТГ

Г). Открытая биопсия узлового образования щитовидной железы

**Д). Правильно все, кроме Г)**

### **ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ**

*67)Для диагностики дисплазии ведущим методом исследования является*

А) цитологическое исследование

**Б)гистологическое исследование**

В) осмотр в зеркалах

Г) кольпоскопия

Д) лимфография

*68)К предраку шейки матки относится*

А) эндоцервикоз

Б) эндометриоз

В) эктропион

**Г) дисплазия**

Д) карцинома in situ

*69)Рак шейки матки у женщин молодого возраста чаще локализуется*

**А) на влагалищной порции шейки матки**

Б) в нижней трети цервикального канала

В) в средней трети цервикального канала

Г) в верхней трети цервикального канала

Д) одинаково часто

*70)При раке шейки матки наиболее часто встречается следующая морфологическая форма рака*

**А) плоскоклеточный**

Б) аденокарцинома

В) светлоклеточный

Г) недифференцированный

Д) мелкоклеточный

71) Регионарными лимфоузлами I этапа метастазирования при раке шейки матки являются, все кроме

- А) запираательные
- Б) наружные и внутренние подвздошные
- В) общие подвздошные
- Г) крестцовые

Д) парааортальные

72) К отдаленным лимфогенным метастазам при раке шейки матки, классифицированным как М, относятся метастазы в лимфатические узлы

- А) запираательные
- Б) внутренние подвздошные
- В) наружные подвздошные
- Г) общие подвздошные

Д) парааортальные

73) Для лечения ранних форм рака шейки матки чаще используются

- А) хирургический метод
- Б) комбинированный метод с предоперационным облучением
- В) комбинированный метод с послеоперационным облучением
- Г) сочетанный лучевой метод
- Д) лекарственный метод

74) При расширенной экстирпации матки с придатками удаляются все перечисленные лимфоузлы, кроме

- А) параметральных
- Б) запираательных
- В) с наружной и внутренней подвздошной артерий
- Г) с общей подвздошной

Д) парааортальных

75) Истинным предраком эндометрия следует считать

- А) железистую гиперплазию
- Б) фиброзный полип
- В) железистый полип
- Г) аденомиоз

Д) атипическую гиперплазию (аденоматоз)

76) При раке тела матки наиболее часто встречается следующая морфологическая форма

- А) аденокарцинома.
- Б) плоскоклеточный рак
- В) светлоклеточная рак
- Г) железисто-плоскоклеточный рак
- Д) недифференцированный рак

#### **РАК КОЖИ**

77) Рак кожи в структуре заболеваемости злокачественными опухолями составляет:

- А). Около 1%
- Б). 2-3%
- В). **4-8%**
- Г). Около 15%
- Д). Около 20%

78)К факультативным предракам кожи относят:

- А). Кожный рог
- Б). Лейкоплакию
- В). Старческую кератому
- Г). Гемангиому
- Д). Правильно А), Б), В)**

79)К гистологическим вариантам рака кожи относят:

- А). Базальноклеточный рак
- Б). Мелкоклеточный рак
- В). Плоскоклеточный рак
- Г). Светлоклеточный рак
- Д). Правильно А) и В)**

80)Базальноклеточный рак кожи составляет:

- А). 20%
- Б). 40%
- В). 70%**
- Г). 90%
- Д). 95 %

81)К внутриэпидермальному раку *cancer in situ* относится:

- А). Болезнь Боуэна
- Б). Базалиома
- В). Эритроплазия Кейра
- Г). Папилломатозный внутридермальный невус
- Д). Правильные ответы А) и В)**

82)Базальноклеточный рак кожи чаще метастазирует:

- А). В лимфоузлы
- Б). В печень
- В). В легкие
- Г) В почки
- Д) Не дает метастазов**

83)Частота регионарного метастазирования при плоскоклеточном раке кожи составляет:

- А). 2-2,5 %**
- Б). 4-5 %
- В). 6-10 %
- Г). 11-15 %
- Д). 20- 25%

84)Отдаленные метастазы плоскоклеточного рака кожи в первую очередь поражают:

- А). Легкие
- Б). Головной мозг
- В). Кости
- Г). Печень
- Д) Правильные ответы А) и В)**

85)Рак кожи может иметь все перечисленные виды, кроме:

- А). Быстрорастущего плотного бугристого узла**
- Б). Язвы с плотными вывороченными краями

- В). Разрастаний типа цветной капусты с мягкой влажной поверхностью
- Г). Разрастаний типа цветной капусты с гиперкератотическими наслоениями
- Д). Ограниченного очага типа нумулярной экземы

86) Для получения материала с целью морфологической верификации при подозрении на рак кожи возможно проведение:

- А). Пункции образования
- Б). Скарификации
- В). Взятие мазков-отпечатков
- Г). Краевой биопсии
- Д). **Всего перечисленного**

#### **МЕЛАНОМА КОЖИ**

87) Заболеваемость меланомой кожи составляет:

- А). 0,2 – 0,5 /0000
- Б). 1,50-2,0 /0000
- В). **2,00-4,0 /0000**
- Г). 5 0/0000
- Д). Правильного ответа нет

88) К меланомо-неопасным невусам относят:

- А). Синий (голубой) невус
- Б). **Внутридермальный невус**
- В). Пограничный пигментный невус
- Г). Гигантский пигментный невус
- Д). Все ответы верны

89) Из ниже перечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому:

- А). Меланоз Дюбрея
- Б). Папиломатозный невус
- В). Невус Оста
- Г). Пигментная ксеродерма
- Д). **Правильно А) и В)**

90) Меланома кожи относится к опухолям:

- А). **Нейроэктодермальной природы**
- Б). Эктодермальной природы
- В). Мезенхимальной природы
- Г). Дисэмбриональной природы
- Д). Нет правильного ответа

91) Ведущим методом диагностики меланомы кожи является:

- А). Радиофосфорная проба
- Б). Лучевая меланурия (реакция Якша)
- В). Термография
- Г). **Морфологический метод**
- Д). Все ответы верны

92) При подозрении на меланому кожи нежелательно проводить:

- А). Взятие мазков-отпечатков
- Б). **Краевую биопсию**
- В). Иссечение опухоли
- Г). Правильного ответа нет
- Д). Все ответы верны

93) *Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявляться:*

- А). Неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса
- Б). Увеличением или неравномерностью пигментации
- В). Увеличением или неравномерностью плотности
- Г). Изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров
- Д). Всем перечисленным**

94) *Ведущим методом лечения меланомы кожи является:*

- А). Хирургический**
- Б). Лучевая терапия
- В). Электрокоагуляция
- Г). Комбинированный
- Д). Все ответы верны

95) *Худший прогноз при локализации меланомы на коже:*

- А). Головы
- Б). Верхних конечностей
- В). Туловища
- Г). Нижних конечностей**
- Д). Органов половой зоны

96) *При хирургическом лечении меланомы кожи лица от краев следует отступать в пределах:*

- А). На 0,5 см
- Б). На 1,5 см**
- В). На 3,0 см
- Г). На 5,0 см
- Д). На 6,5 см

#### **РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

97) *В структуре смертности женского населения рак молочной железы занимает:*

- А). 1 место**
- Б). 2 место
- В). 3 место
- Г). 4 место
- Д). 5 место

98) *Для массовой диагностики патологии молочной железы применима:*

- А). Термография**
- Б). Маммография
- В). Флюорография
- Г). Пункционная биопсия
- Д). Пальпация

99) *Для ранней диагностики РМЖ наиболее приемлема:*

- А). Маммография**
- Б). Флюорография
- В). Пункционная биопсия
- Г). Секторальная резекция
- Д). Пальпация

100) *Основным методом диагностики РМЖ является:*

- А). Маммография
- Б). Пальпация молочной железы**

В). УЗИ молочной железы

**Г). Морфологический**

Д). Термография

*101)Рак молочной железы развивается из:*

А). Лимфатических узлов

Б). Кровеносных сосудов

В). Гладко или поперечно-полосатой мускулатуры

**Г). Железистого эпителия протоков**

Д). Незрелой соединительной ткани

*102)РМЖ может метастазировать только:*

А). Гематогенно

Б). Лимфогенно

В). Имплантиционно

Г). Гематогенно и лимфогенно

**Д). Всеми перечисленными путями**

*103)Наиболее часто встречающейся клинической формой РМЖ является:*

А). Маститоподобная

Б). Панцирная

В). Рожеподобная

Г). Рак Педжета

**Д). Узловая**

*104)К гистологическим формам РМЖ относятся:*

А). Аденокарцинома

Б). Медулярный рак

В). Папиллярный рак

Г). Слизистый рак

**Д). Все ответы верные**

*105)В молочной железе «болезнь Педжета» относится к:*

А). Узловой мастопатии

Б). Внутрипротоковой папилломе

В). Раку кожи

Г). Узловой форме рака

**Д). Внутрипротоковому раку**

*106)Послеоперационная химиотерапия целесообразна после радикального хирургического лечения РМЖ:*

А). I стадии

Б). IIa стадии

В). IIб стадии

Г). III стадии

**Д). Верны ответы В) и Г)**

### **ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ОНКОЛОГИИ**

*107)Для решения организационных вопросов в онкологии необходимы*

А)научно-обоснованная система организации специализированной помощи

Б)материально-техническая база

В)своевременное и широкое внедрение в практику достижений медицинской науки

**Г)все ответы правильны**



	<p>108)Срок обследования больных I клинической группы не должен превышать:</p> <p>А) – 7 дней  <b>Б) – 10 дней</b>  В) – 14 дней  Г) – 20 дней</p> <p>109)Критерием излеченности в онкологии является срок:</p> <p>А) – 2 года  Б) – 3 года  В) – 4 года  <b>Г) – 5 лет</b></p> <p>110)Лечение больных II и IIa клинических групп должно быть начато в течение ближайших:</p> <p>А) – 5 дней  Б) – 7 дней  В) – 10 дней  <b>Г) – 14 дней</b></p> <p>111)К какой клинической группе относятся люди, излеченные от рака (практически здоровые)</p> <p>А) Ia  Б) Ib  В) II  Г) IIa  <b>Д) III</b></p> <p>112)Какая стадия является предельной границей ранней диагностики рака?</p> <p>А) 0 стадия  <b>Б) I</b>  В) IIa  Г) IIb</p> <p>113)Цель проведения профилактических мед. осмотров</p> <p><b>А). Ранняя диагностика злокачественных опухолей</b>  Б) Отбор больных, подлежащих наблюдению у онколога  В) Лечение предраковых заболеваний</p> <p>114)К методам вторичной профилактики злокачественных опухолей относятся</p> <p><b>А) лечение предраковых состояний</b>  <b>Б) проведение диспансерного наблюдения за больными с предраковыми состояниями</b>  В) проведение мероприятий по улучшению экологии  <b>Г) проведение проф. осмотров с использованием скрининговых тестов</b></p>
--	---

#### **8.4 Банк ситуационных клинических задач (с ответами)**

**Б**  
**1.В.ДВ.1.1.2**  
Раздел 2.  
Частная  
онкология

### **Задача 1**

Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4 на 5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области - единичный плотный лимфатический узел.

#### Вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Стадия процесса.
3. Методы обследования
4. Дифференциальный диагноз
5. Схема лечения.

#### ОТВЕТ

1. Рак молочной железы
2. T4 N2 M1
3. Маммография, УЗИ молочных желез, зон регионарного лимфооттока, печени, органов малого таза, пункционная биопсия молочной железы и лимфоузлов с цитологическим исследованием.
4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить между маститом, актиномикозом и туберкулезом.
5. При верификации диагноза - комплексное лечение: лучевая терапия, затем мастэктомия и химиотерапия.

### **Задача 2**

Больная 31 года 2 месяца назад обнаружила у себя узел в щитовидной железе, обратилась к онкологу. При осмотре: область щитовидной железы визуально не изменена, при пальпации в правой доле обнаруживается узловое образование округлой формы, эластической консистенции, подвижное 2,5 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. В пунктате - группы клеток фолликулярного эпителия.

#### Вопросы

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования для верификации диагноза.
4. Определите лечебную тактику.
5. Назовите возможные лучевые реакции, осложнения.

#### ОТВЕТ

1. Опухоль щитовидной железы (возможно фолликулярный рак).
2. Аденома, узловой зоб.
3. УЗИ, КТ, радиоизотопное исследование с йодом, ангиография щитовидной железы.
4. Радикальная операция с интраоперационным гистологическим исследованием, внутренняя лучевая терапия с Йод-131.
5. Возможны лучевые реакции (радиоэзофагит, радиоэндолярингит), рецидив заболевания, послеоперационные осложнения.

### **Задача 3**

Больная М., 39 лет. Жалобы на наличие новообразования на наружной поверхности правого плеча, которое увеличилось в размерах за последние 2 месяца. При осмотре: на латеральной поверхности плеча имеется узловое образование, размерами 3х4см, на широком основании, с выраженным сосудистым компонентом, бордово-коричневого цвета, легко кровоточит при пальпации, безболезненно. В правой подмышечной впадине пальпируются увеличенные до 2 см лимфоузлы. Отдаленных метастазов не выявлено.

#### ЗАДАНИЯ

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова ваша схема лечения данного больного?
3. Какие пути метастазирования данной опухоли?

#### ОТВЕТ

1. Меланома кожи плеча. T<sub>x</sub>N<sub>2</sub>M<sub>x</sub>.
2. Лечение: широкое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей, регионарная лимфаденэктомия при «+» сторожевом л/у.
3. Лимфогенно, транзиторно (внутрикожно), гематогенно (кости, легкие, головной мозг).

#### Задача 4

Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере. При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотно-эластическую консистенцию. Безболезненны.

#### Задания

- 1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
- 2 Назовите необходимые дополнительные исследования.
- 3 Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

#### ОТВЕТ

1. У больной плоскоклеточная карцинома кожи правого плеча с метастазами в подмышечные лимфатические узлы. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с базалиомой. Обоснование: Наличие ожога в анамнезе, клиническая картина, метастатическое поражение региональных лимфоузлов.
2. Соскоб с поверхности опухоли, пункция увеличенных подмышечных лимфоузлов с цитологическим исследованием
3. Хирургическое лечение в виде иссечения опухоли кожи правого плеча и правосторонней подмышечной лимфаденэктомией. Адьювантно – лучевая терапия.

#### Задача 5

Больная К.Т.М. - 70 лет, считает себя больной с декабря 2008 года, когда впервые отметила появление кровянистых выделений из половых путей на фоне менопаузы. В январе 2009 года больную госпитализировали. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободны.

#### ЗАДАНИЕ

- А) Ваш предварительный диагноз?
- Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

#### ОТВЕТ

- А) рак тела матки,
- Б) тщательный анализ анамнеза, двуручное гинекологическое исследование, включая ректовагинальный осмотр, цитологическое исследование аспирата из полости матки, УЗИ, КТ, МРТ, гистероскопия и гистологическое исследование материала, полученного при отдельном диагностическом выскабливании матки, определение

	содержания опухолевого маркера СА – 125 В) хирургический.
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75 76– 90 91 – 100
<b>Удовлетворительно (3)</b>	
- 76 – 90%	
<b>Хорошо (4)</b>	
-91-100	
<b>Отлично (5)</b>	

#### Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> <b>-пяти</b> или <b>шести</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов

критериям <b>Отлично (5)</b>	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
---------------------------------	---

### Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Детская онкология»

<b>Формируемые компетенции по ФГОС</b>	<b>Т</b> – тестирование	<b>ЗС</b> – решение ситуационных задач	<b>КР</b> – контрольная работа,	<b>С</b> – собеседование по контрольным вопросам.	<b>Пр</b> – оценка освоения практических навыков (умений)
--	-------------------------	--	---------------------------------	---	---

		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и их перечня
УК	1	1-114	1-5	1-66	1-108	-
ПК	1	1-114	1-5	1-66	1-108	-
	2	1-114	1-5	1-66	1-108	-
	5	5-10, 11-20, 51-114	1-5	9-12, 25-66	5-17, 30-108	-
	8	21-114	1-5	13-66	18-108	-

### 8.5. Темы рефератов:

Раздел	Тема реферата
<b>Б</b> <b>1.В.ДВ.1.1.</b> IРаздел 1. Общая онкология	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Роль опухолевых маркеров в диагностике рака</li> <li>2. Причины запущенности у онкологических больных</li> <li>3. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики.</li> <li>4. Современные возможности хирургического лечения.</li> <li>5. Интраоперационная лучевая терапия.</li> <li>6. Виды ионизирующего излучения. Аппаратное оснащение.</li> <li>7. Осложнения и реакции на проведение лекарственного лечения, их профилактика и лечение.</li> </ol>
<b>Б</b> <b>1.В.ДВ.1.1.</b> 2Раздел 2. Частная онкология	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Клинические проявления ранних и распространенных форм злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.</li> <li>9. Современные классификации злокачественных опухолей щитовидной железы.</li> <li>10. Частота и связь с доброкачественными изменениями данного органа и различными факторами риска.</li> <li>11. Современные представления о причинах возникновения различных опухолей женских половых органов, первичная и вторичная профилактика.</li> <li>12. Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли женских половых органов.</li> <li>13. Современные классификации рака кожи.</li> <li>14. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.</li> <li>15. Современные методы лечения меланомы кожи, показания и противопоказания к их использованию.</li> <li>16. Закономерности метастазирования меланомы кожи.</li> <li>17. Понятие об органосохранных операциях при раке молочной железы, радикальная резекция молочной железы, показания, объем операции.</li> <li>18. Радикальные операции (Холстеда, Пейти), расширенная мастэктомия (операция Урбана-Холдинга), показания, объем операции.</li> </ol>

### Критерии и шкала оценивания

#### Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1.Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

## **9. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»**

### **БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

1. В голено-подколенном канале проходят:
  1. большеберцовый нерв,
  2. задняя большеберцовая артерия,
  3. малоберцовая артерия,
  4. поверхностная ветвь большеберцового нерва,
  5. глубокая ветвь большеберцового нерва.
  
2. При переломе шейки плечевой кости повреждается:
  1. лучевой нерв,
  2. локтевой нерв,
  3. подмышечный нерв,
  4. срединный нерв,
  5. медиальный кожный нерв плеча.
  
3. "Когтистая кисть" формируется при повреждении:
  1. лучевого нерва,
  2. локтевого нерва,
  3. срединного нерва,
  4. подмышечного нерва,
  5. переднего межкостного нерва.
  
4. Специальные инструменты для производства трахеостомии:
  1. Острый однозубый крючок,
  2. Кровоостанавливающий зажим,
  3. Канюля люэра,
  4. Трахеорасширитель.
  
5. Хирургические доступы в сальниковую сумку:
  1. через печеночно-двенадцатиперстную связку,
  2. через желудочно-ободочную связку,

3. через печеночно-желудочную связку,
  4. через брыжейку поперечно-ободочной кишки,
  5. через сальниковое отверстие.
6. Дно желудка проецируется:
1. В правую подреберную область,
  2. Левую подреберную область,
  3. Правую боковую область,
  4. Левую боковую область,
  5. Эпигастральную область.
7. Места выхода кривой паховой грыжи:
1. Латеральная паховая ямка,
  2. Медиальная паховая ямка,
  3. Надпузырная ямка,
  4. Пупочное кольцо,
  5. Наружное отверстие пахового канала.
8. При плевральной пункции иглу через межреберный промежуток следует проводить:
1. У нижнего края вышележащего ребра,
  2. На середине расстояния между ребрами,
  3. У верхнего края нижележащего ребра.
9. При перевязке какой артерии возможна гангрена мочевого пузыря:
1. пупочная артерия,
  2. верхняя пузырная артерия,
  3. нижняя пузырная артерия,
  4. средняя прямокишечная артерия,
  5. нижняя прямокишечная артерия.
10. Как осуществляется кровоснабжение предстательной железы:
1. верхняя пузырная артерия,
  2. нижняя пузырная артерия,
  3. средняя прямокишечная артерия,
  4. нижняя прямокишечная артерия,
  5. маточная артерия.

### Перечень вопросов для собеседования

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые индикаторы достижения компетенций
1.	Топография подмышечной впадины. Границы, слои, топография сосудисто-нервного пучка, пути распространения гноя по клетчатке.	ОПК-5.1.1
2.	Топография желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков (скелетотопия, синтопия, отношение к брюшине, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4



3.	Свободная кожная пластика (показания, этапы, техника).	ОПК-5.1.1
4.	Топография тазобедренного сустава (особенности строения, капсула, связочный аппарат, кровоснабжение). Линия Розер-Нелатона.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
5.	Топографическая анатомия желудка (голотопия, синтопия, скелетотопия, связки, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
6.	Шов и пластика сухожилий. Первичный и вторичный шов сухожилий.	ОПК-5.1.1
7.	Топография голени (границы, мышечно-фасциальные ложа, сосудисто-нервные пучки, клетчатка). Положение стопы при повреждении общего малоберцового и большеберцового нервов.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
8.	Лимфатическая система шеи. Пути оттока лимфы от органов шеи.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
9.	Топографо-анатомическое обоснование разрезов передней брюшной стенки.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
10.	Топография бедренного канала.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
11.	Топография шейного отдела трахеи и пищевода (синтопия, скелетотопия, связки, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
12.	Показания и техника операций наложения противоестественного заднего прохода (одноствольный и двухствольный).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
13.	Топография голени (границы, мышечно-фасциальные ложа, сосудисто-нервные пучки, клетчатка). Положение стопы при повреждении общего малоберцового и большеберцового нервов.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
14.	Топография ягодичной области (границы, слои, фасциальные ложа, клетчатка, сосуды и нервы, их проекция на кожу).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
15.	Топография диафрагмы (кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
16.	Основные операции по восстановлению тока крови при поражении сосудов. Закрытая тромбэктомия, открытая тромбэктомия, аутовенозная пластика, шунтирование синтетическими протезами.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
17.	Топография лестничных щелей и лестнично-позвоночного треугольника (границы, содержимое).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
18.	Топография поджелудочной железы (голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы, хирургические доступы к железе).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
19.	Хирургические доступы к сердцу. Шов сердца.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4, ПК-1.1.5
20.	Топография плеча (границы, мышечно-фасциальные ложа, топография сосудисто-нервных пучков, пути распространения гноя).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
21.	Околоушно-жевательная область. Топография околоушной железы и ее выводного протока.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
22.	Техника операций при косой паховой грыже.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
23.	Топография стопы (мышечно-фасциальные ложа тыла и подошвы,	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4

	сосудисто-нервные пучки, пути распространения гнойных процессов).	
24.	Клетчаточные пространства шеи и их клиническое значение.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
25.	Особенности резекции желудка по Бильрот - I и Бильрот – II. Дата первой операции в России.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
26.	Топография подколенной ямки (границы, слои, сосудисто-нервные пучки). Ямка Жобера. Пути распространения гноя из ямки.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
27.	Топография сальниковой сумки и сальникового отверстия, их клиническое значение.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
28.	Понятие об аортокоронарном шунтировании.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4, ПК-1.1.5
29.	Топография бедренного канала.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
30.	Топография межреберья (слои, сосудисто-нервный пучок).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
31.	Техника резекция тонкой кишки, виды межкишечных анастомозов.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
32.	Топография бедренного треугольника. Запирательный канал, его клиническое значение.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
33.	33.Техника перевязки наружной сонной артерии, восстановление коллатерального кровотока после перевязки.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
34.	Топография пахового канала (стенки, глубокое и поверхностное паховые кольца, содержимое канала).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
35.	Топография париетальной плевры. Границы, отделы, плевральные синусы, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
36.	Техника фасциопластической ампутации голени в средней трети.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
37.	Топография бедренного треугольника. Приводящий канал бедра (Гунтеров). Распространение гноя по клетчатке.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
38.	Топография сердца и перикарда (скелетотопия, синтопия, голотопия, синусы перикарда, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
39.	Первичная хирургическая обработка ран лица.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
40.	Топография поперечного распила плеча в средней трети.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
41.	Топография лобно-теменно-затылочной области. Границы, особенности артериального и венозного кровоснабжения. Клетчаточные слои мягких тканей свода черепа (клиническое значение).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
42.	Ваготомия (показания, виды, техника операции).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
43.	Топография поднижнечелюстного треугольника. Треугольник Пирогова (границы, слои, содержимое, практическое значение).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
44.	Прямая кишка (синтопия, скелетотопия, особенности строения, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4

45.	Топографо-анатомическое обоснование ректального обследования (ректороманоскопия).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
46.	Локализация флегмон кисти и техника операций при них.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
47.	Топография височной области. Черепно-мозговая топография: схема Кронлейна.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
48.	Послойная топография передне-боковой стенки живота (деление на области, слои, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
49.	Понятия о хирургической операции. Классификация, основные этапы.	ОПК-5.1.1
50.	Топография поперечного распила голени в средней трети.	ОПК-5.1.1
51.	Топография легких (деление на доли, зоны, сегменты). Иннервация, кровоснабжение, отток лимфы. Топография корня легкого.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
52.	Сосудистый шов – требования, методика, принципы наложения сосудистого шва, бесшовное соединение кровеносных сосудов.	ОПК-5.1.1
53.	Топографическая анатомия щечной области. Границы, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток.	ОПК-5.1.1
54.	Топография таза. Скелет, мышцы, фасции, клетчаточные пространства, артерии и вены таза.	ОПК-5.1.1,
55.	Операции при проникающих ранениях грудной клетки. Пневмоторакс (открытый, закрытый, клапанный). Дренаж плевральной полости.	ОПК-5.1.1
56.	Коллатеральное кровоснабжение верхней конечности. Лопаточный артериальный круг. Артериальная сеть локтевого сустава.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
57.	Деление лица на области. Особенности артериального и венозного кровоснабжения и их практическое значение. Иннервация лица, лимфоотток.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
58.	Техника и показания к операции гастростомии (по Витцелю, Топроверу).	ОПК-5.1.1,
59.	Топография и функция лицевого нерва.	ОПК-5.1.1,
60.	Ход брюшины. Отношение органов к брюшине. Малый и большой сальник. Сумки брюшины: печеночные, преджелудочная, сальниковая.	ОПК-5.1.1
61.	Пластика кожи на питающей ножке. Показания, техника выполнения.	ОПК-5.1.1,
62.	Топография предплечья. Границы, мышечно-фасциальные ложа топография сосудисто-нервных пучков. Пространство Пирогова-Парона.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
63.	Топография и функции тройничного нерва.	ОПК-5.1.1
64.	Холецистэктомия (показания, техника операции).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
65.	Топография локтевой ямки (границы, содержимое).	ОПК-5.1.1,

66.	Топография гортани (внешние ориентиры, синтопия, скелетотопия, строение, кровоснабжение, иннервация).	ОПК-5.1.1
67.	Аппендэктомия доступом по Волковичу-Дьяконову, параректальным разрезом по Ленандеру. Достоинства и недостатки этих разрезов. Методы обработки культи отростка.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
68.	Топография белой линии живота, пупочного кольца, влагалища прямых мышц живота.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
69.	Топография селезенки (голотопия, синтопия, скелетотопия, связки, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток). Хирургические доступы к селезенке.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
70.	Панариций. Виды и локализация. Хирургические разрезы при панарициях.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
71.	Топография глубокой области лица (клетчаточные промежутки, сосуды, нервы).	ОПК-5.1.1
72.	Топография тощей и подвздошной кишки (голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток). Отличия тонкой кишки от толстой.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
73.	Хирургическое лечение маститов. Топографическое обоснование применяемых разрезов.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
74.	Поперечный распил предплечья в средней трети.	ОПК-5.1.1,
75.	Топография сосцевидной области. Формы строения сосцевидного отростка. Трепанационный треугольник Шипо. Осложнения при выполнении трепанации отростка.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
76.	Кожная пластика местными тканями (показания, техника выполнения).	ОПК-5.1.1
77.	Топография средостения (границы, органы). Топография грудного отдела пищевода. Кровоснабжение, локализация порто-квальных анастомозов.	ОПК-5.1.1
78.	Топография слепой кишки и червеобразного отростка (кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
79.	Техника костно-пластической ампутации бедра по Гритти-Альбрехту.	ОПК-5.1.1,
80.	Топография плечевого сустава. Особенности строения, связки, ход капсулы, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток. Техника пункции.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
81.	Слабые места передне-боковой стенки живота. Классификация грыж. Наружные грыжи живота.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
82.	Хирургические инструменты. Классификация. Правила пользования.	ОПК-5.1.1
83.	Топография ягодичной области (границы, сосуды, нервы, их проекция на кожу). Пути распространения гноя.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
84.	Топографическая анатомия щитовидной и паращитовидных желез. Кровоснабжение, топография возвратных нервов.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4

85.	Техника операции бедренной грыжи по Бассини.	ОПК-5.1.1
86.	Топография и строение синовиальных влагалищ сухожилий ладонной поверхности кисти и пальцев.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
87.	Топография почек (голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
88.	Топографо-анатомическое обоснование методов дренирования сальниковой сумки.	ОПК-5.1.1
89.	Топография поперечного распила бедра на уровне средней трети.	ОПК-5.1.1
90.	Топография ободочной кишки (голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
91.	Алгоритм доступа к забрюшинному пространству по Бергману-Израэлю.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
92.	Топография внутреннего основания черепа.	ОПК-5.1.1
93.	Топография диафрагмы (строение, функции, кровоснабжение, иннервация). Треугольники диафрагмы и их клиническое значение.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
94.	Трахеостомия. Классификация, показания, техника выполнения, инструменты. Возможные осложнения.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4, ПК-1.1.6, ПК-1.1.5
95.	Фасции и клетчаточные пространства шеи. Клиническое значение. Пути распространения гноя.	ОПК-5.1.1
96.	Ампутация бедра трехмоментным конусо-круговым способом по Пирогову.	ОПК-5.1.1
97.	Топография желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
98.	Топография кисти (границы, слои, клетчаточные пространства, сосуды). Положение кисти при повреждениях лучевого, локтевого и срединного нервов.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
99.	Топография 12-ти перстной кишки (голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
100.	Декомпрессивная трепанация черепа. Показания. Техника.	ОПК-5.1.1
101.	Топография коленного сустава. Особенности строения, ход капсулы, связочный аппарат, завороты, их клиническое значение, техника пункции сустава.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
102.	Топография сосудов и нервов забрюшинного пространства: аорты, нижней полой вены, забрюшинных лимфоузлов, поясничного отдела симпатического ствола, чревного сплетения.	ОПК-5.1.1
103.	Методы обследования желчевыводящей системы. Топографо-анатомическое обоснование.	ОПК-5.1.1
104.	Строение локтевого сустава, кровоснабжение, техника прокола.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
105.	Топография сосудов и нервов заднего средостения: грудной аорты, непарной и полунепарной вен, симпатического ствола и грудного лимфатического протока.	ОПК-5.1.1
106.	Техника кишечного шва. Шов Альберта, Ламбера, Шмидена.	ОПК-5.1.1

107.	Топография молочной железы (голотопия, скелетотопия, строение, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
108.	Топография мочевого пузыря, мочеточников, уретры (синтопия, скелетотопия, строение, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
109.	Резекция ребра (показания, техника).	ОПК-5.1.1
110.	Топография сонного треугольника шеи (границы, слои, топография сосудисто-нервного пучка).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
111.	Этажи таза (границы, содержимое). Клиническое значение образований брюшины малого таза.	ОПК-5.1.1
112.	Оперативная хирургия почек. Нефрэктомия, пиелотомия.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
113.	Топография плеча (границы, мышечно-фасциальные ложа, сосудисто-нервные пучки, ход клетчатки).	ОПК-5.1.1
114.	Фасции шеи и их клиническое значение.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
115.	Топография подколенной ямки (границы, слои, топография сосудисто-нервного пучка). Пути распространения гноя.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
116.	Оболочки мозга. Синусы твердой мозговой оболочки. Межоболочечные пространства.	ОПК-5.1.1
117.	Остановка кровотечения из паренхиматозных органов.	ОПК-5.1.1
118.	Топографическая анатомия щитовидной и паращитовидных желез (синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
119.	Проекция органов брюшной полости на передне-боковую стенку живота.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
120.	Паранефральная новокаиновая блокада по А.В. Вишневскому.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
121.	Деление лица на области, особенности артериального и венозного кровоснабжения, практическое значение.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
122.	Топография поясничной области (фасциально-мышечная ложа, топография и клиническое значение треугольников Лесгафта и Пти).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
123.	.Алгоритм доступа по Волковичу-Дьяконову.	ОПК-5.1.1
124.	Топография дельтовидной и лопаточной областей (границы, мышечно-фасциальные ложа, сосудисто-нервные пучки, пути распространения гноя).	ОПК-5.1.1
125.	Топография каналов и пазух нижнего этажа брюшной полости, пути распространения экссудата и крови.	ОПК-5.1.1
126.	Первичная хирургическая обработка ран головы, особенности обработки ран лица.	ОПК-5.1.1
127.	Топография печени (голотопия, скелетотопия, синтопия, связки, сегменты, особенности кровоснабжения, иннервации, лимфооттока).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
128.	Топография матки и ее придатков (скелетотопия, синтопия, строение, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4

129.	Костно-пластическая ампутация голени по Пирогову.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
130.	Особенности строения костей свода и основания черепа. Локализация и диагностика переломов. Возможные осложнения.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
131.	Топографо-анатомическое обоснование портальной гипертензии. Виды. Локализация порто-кавальных анастомозов. Принципы хирургического лечения.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
132.	Определение эндоскопической хирургии. Этапы развития. Аппаратное и инструментальное обеспечение. Преимущества эндоскопической операции.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
133.	Топография кисти (границы, слои, клетчаточные пространства, сосуды).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
134.	Топография медиального сосудисто-нервного пучка шеи (проекционная линия, синтопия, голотопия, уровень бифуркации общей сонной артерии, рефлексогенные зоны, отличительные признаки наружной и внутренней сонных артерий в операционной ране).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
135.	Костно-пластическая трепанация черепа. Показания, техника.	ОПК-5.1.1
136.	Поперечный распил плеча в средней трети.	ОПК-5.1.1
137.	Топография лобно-теменно-затылочной области. Особенности артериального и венозного кровоснабжения. Клетчаточные слои мягких тканей свода черепа.	ОПК-5.1.1
138.	Техника ваго-симпатической блокады по А.В. Вишневскому.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
139.	Топография поперечного распила голени в средней трети.	ОПК-5.1.1
140.	Лимфатическая система молочной железы. Пути оттока лимфы.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
141.	Алгоритм косопоперечного доступа Кохера к органам верхнего этажа брюшной полости.	ОПК-5.1.1
142.	Топографическая анатомия щечной области (границы, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1
143.	Топография брюшины, свойства брюшины. Отношения органов брюшной полости к брюшине.	ОПК-5.1.1
144.	Алгоритм косопоперечного доступа С.П. Федорова к органам верхнего этажа брюшной полости.	ОПК-5.1.1
145.	Топография и функция тройничного нерва.	ОПК-5.1.1
146.	Топография грудного отдела пищевода. Деление на участки, их синтопия, кровоснабжение, места локализации порто-кавальных анастомозов.	ОПК-5.1.1
147.	ПХО ран шеи. Типичные хирургические разрезы при абсцессах и флегмонах шеи.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
148.	Коллатеральное кровообращение нижней конечности (коллатерали в области бедра, артериальная сеть коленного сустава).	ОПК-5.1.1
149.	Топография забрюшинного пространства (границы, слои, фасции, клетчаточные пространства).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4

150.	Техника выполнения струмэктомии по Кохеру и Николаеву.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
------	--	---------------------

## **10.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕЙРОХИРУРГИЯ»**

Контрольные вопросы:

1. Краниография. Стандартные укладки. Роль краниографии для экстренной диагностики острой ЧМТ. Компьютерная томография: роль в экстренной диагностике ЧМТ,
2. Проводниковые расстройства чувствительности при поражении спинного мозга.
3. Пункция боковых желудочков головного мозга. Методика, показания.
4. Особенности оказания неотложной помощи при травме шейного отдела позвоночника
5. Оценка витальных нарушений при черепно-мозговой травме. Экстренная помощь при нарушениях витальных функций.
6. Хирургическая тактика при травме позвоночника и спинного мозга. Показания к экстренному хирургическому вмешательству.
7. Оценка сознания. Оценка стволовых симптомов. Выявление признаков внутричерепных гематом.
8. Сочетанная ЧМТ. Особенности диагностики и неотложной помощи.
9. Осложнения при оперативных вмешательствах на головном мозге. Хирургическая тактика при ранении сагиттального синуса.
10. Показания к экстренному оперативному вмешательству при позвоночно-спинномозговой травме (ПСМТ), виды операций.
11. Неотложная помощь при травматическом шоке.
12. Классификация травматических повреждений спинного мозга. Ушиб спинного мозга, клиника, диагностика, лечение.
13. Современная классификация ЧМТ. Особенности открытой ЧМТ.



14. Коматозные состояния, шкалы определения уровня сознания.
15. Клиническая картина черепно-мозговых повреждений при алкогольной интоксикации. Лечение травматических повреждений черепа при алкогольной интоксикации.
16. Сотрясение головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
17. Современная классификация позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ). Особенности открытой ПСМТ.
18. Тяжелая алкогольная интоксикация, симулирующая черепно-мозговые повреждения. Принципы диагностики и неотложной помощи при черепно-мозговых повреждениях на фоне алкогольного опьянения.
19. Компьютерная томография (КТ) головного мозга при ЧМТ. Суть метода, показания, диагностическая ценность в остром периоде ЧМТ.
20. Оценка витальных нарушений при черепно-мозговой травме. Экстренная помощь при нарушениях витальных функций.
21. Основные принципы реанимации и интенсивной терапии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.
22. Ушиб спинного мозга. Клиника, диагностика.
23. Ушиб головного мозга. Клиника, диагностика.
24. Хирургическое лечение внутричерепных гематом. Варианты трепанаций.
25. Опухоли спинного мозга. Клиника, диагностика. Лечение.
26. Опухоли головного мозга. Классификация. Дифференциальная диагностика. Особенности клинической картины при новообразованиях разной локализации.
27. Методы лечения новообразований головного мозга. Основные принципы методов. Показания и противопоказания.
28. Симптомы поражения спинного мозга в зависимости расположения опухоли к его поперечнику.
29. Геморрагический инсульт головного мозга: нейрохирургические аспекты.
30. Аневризмы. Классификация. Клиника (геморрагический и догеморрагический период).
31. Ишемические инсульты. Классификация. Клиника в зависимости от типа инфаркта мозга.
32. Патология магистральных артерий головы и шеи. Клиника. Диагностика. Лечение.
33. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Клинические синдромы. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению.

34. Оперативные вмешательства при грыжах межпозвонкового диска на поясничном уровне.
35. Топографическая анатомия позвоночника
36. Дегенеративный стеноз позвоночного канала на поясничном уровне. Современные методики оперативного лечения.
37. Абсцесс головного мозга. Клиника. Диагностика. Методы хирургических вмешательств.

Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку врача:

1. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.
2. Сочетанная ЧМТ. Особенности неотложной помощи.
3. Классификация травматических повреждений спинного мозга. Ушиб спинного мозга, клиника, диагностика, лечение.
4. Оценка сознания. Оценка стволовых симптомов. Выявление признаков внутричерепных гематом.
5. Современная классификация ЧМТ. Особенности открытой ЧМТ.
6. Проводниковые расстройства чувствительности при поражении спинного мозга на разных уровнях.

### **Тестовые задания:**

Инструкция: выберите один правильный ответ.

1. Центральный парез в конечностях развивается при поражении:
  - а) лобно-парасагиттальной области;
  - б) области прецентральной извилины;**
  - в) подкорковых ядер;
  - г) мозолистого тела;
  - д) мозжечка.
2. Синдром аспонтанности включает в себя:
  - а) слабоумие;
  - б) депрессию;

**в) отсутствие побуждений и безразличие к окружающему;**

г) эйфорическое слабоумие;

д) агрессия.

3. Экстрапирамидные симптомы при опухолях лобной доли это: 1. крупноразмашистый тремор в конечностях 2. мелкоразмашистый тремор в конечностях 3. повышение тонуса в конечностях по спастическому типу 4. повышение тонуса в конечностях по пластическому типу 5. астазия-абазия.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

**в) если правильны ответы 2 и 4**

г) если правильный ответ 4

д) если правильны все ответы

4. Дифференцировать опухоль лобной доли от опухоли заднечерепной локализации позволяют: 1. наличие гемипареза 2. повышение тонуса в парализованных конечностях 3. снижение тонуса в парализованных конечностях 4. наличие атаксии 5. наличие интенционного дрожания.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

**д) если правильны все ответы**

5. Дислокационный синдром при опухолях лобной доли характеризуется: 1. односторонним снижением корнеального рефлекса 2. двусторонним снижением конеального рефлексов 3. спонтанным вертикальным нистагмом 4. спонтанным горизонтальным нистагмом 5. нарушением слуха.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны все ответы

6. Сенсорная афазия преимущественно характеризуется: 1. Приступами торможения речи 2. невозможностью артикуляции 3. наличием словесных эмболов 4. непониманием речи 5. наличием парафазии.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

**г) если правильный ответ 4**

д) если правильны все ответы

7. Моторная афазия характеризуется:

а) отсутствием понимания речи;

**б) невозможностью произношения слов;**

в) скандированной речью;

г) персеверациями;

д) словесными эмболами.

8. Психопатологический лобно-базальный синдром характеризуется преимущественно:

а) благодушием;

**б) эйфорией;**

в) расторможенностью;

г) акинетическим мутизмом;

д) галлюцинациями.

9. Опухоли подкорковых узлов вызывают появление у больного всего перечисленного, кроме:

**а) ранней внутричерепной гипертензии;**

- б) элементов синдрома Дежерина – Руси;
- в) гемигипестезии;
- г) гемианестезии;
- д) хореиформных пароксизмов.

10. Внутренняя капсула расположена

- а) между хвостатым и лентиккулярным ядрами
- б) между зрительным бугром и лентиккулярным ядром
- в) между наружной стенкой III желудочка и зрительным бугром
- г) между скорлупой и оградой**
- д) правильного ответа нет

11. Причиной развития внутричерепной гипертензии является все перечисленное, исключая:

- а) артериальная гипертензия
- б) отек мозга
- в) артериальная гипотензия**
- г) нарушение оттока ликвора

12. При опухолях задней черепной ямки вегетативные симптомы возникают вследствие:

- а) гидроцефалии III желудочка;**
- б) гидроцефалии боковых желудочков;
- в) гидроцефалии IV желудочка;
- г) давления опухоли на ствол мозга;
- д) всего перечисленного.

13. При стойких грубых бульбарных нарушениях, сочетающихся с дыхательной недостаточностью, требующей пролонгированной ИВЛ, больным с патологией ЗЧЯ следует:

- а) проводить ИВЛ через маску с кислородом;

- б) проводить ИВЛ через оротрахеальную трубку;
- в) проводить ИВЛ через назотрахеальную трубку;
- г) проводить ИВЛ через трахеостому;**
- д) держать головной конец кровати в возвышенном положении.

14. К первичным опухолям позвоночника относятся:

- а) менингиомы;
- б) остеомы;**
- в) невриномы;
- г) холестеатомы;
- д) липомы.

15. Симптом "остистого отростка" это:

- а) локальная болезненность при перкуссии по остистым отросткам;**
- б) разлитая болезненность при перкуссии по остистым отросткам;
- в) появление локальных болей в позвоночнике после нагрузки по оси позвоночника;
- г) иррадиирующие боли в конечности при ходьбе;
- д) правильно а) и в).

16. Triple-H терапия это:

- а) гипернатриемия, гиперосмолярность, гипертензия;
- б) гиперкалиемия, гипертермия, гипотензия;
- в) гиповолемия; гипоосмолярность, гемодилюция;
- г) гипертензия; гиперволемиа, гемодилюция;**
- д) гипотензия, гиповолемия, гемодилюция.

17. При хирургии терминальных отделов основной артерии, особенно при дополнительном рассечении намета мозжечка, важно контролировать:

- а) лицевой нерв;
- б) зрительный нерв;
- в) отводящий нерв;
- г) только б);
- д) варианты а) и в).**

18. Патогенез нарушений мозгового кровообращения при АВМ (без САК):

- а) спазм артерий;
- б) нарушение ликвородинамики;
- в) артерио-венозное шунтирование;**
- г) закупорка сосуда;
- д) гиперплазия эндотелия артерии.

19. К особенностям клинических проявлений при доброкачественных глиомах височной доли относятся:

- а) раннее возникновение фокальных судорог;
- б) длительное существование абсансов;
- в) наличие вкусовых галлюцинаций;
- г) ранние гипертензионные проявления;
- д) правильно б) и в).**

20. При медиальных гематомах предпочтительно хирургическое вмешательство:

- а) прямое;
- б) стереотаксическое;
- в) эндоваскулярное;
- г) декомпрессивная трепанация с установкой вентрикулярного дренажа;
- д) эндоскопическое.**

21. Причина образования внутримозговых гематом:

- а) окклюзия сосуда;
- б) разрыв сосуда;**
- в) стеноз сосуда;
- г) изгиб сосуда;
- д) диссекция интимы.

22. Сотрясение головного мозга относится:

- а) к легкой черепно-мозговой травме;**
- б) к средней черепно-мозговой травме;
- в) к тяжелой черепно-мозговой травме;
- г) к травме с повреждением костей черепа;
- д) к травме с субарахноидальным кровоизлиянием.

23. Для эпидуральной гематомы характерна:

- а) утрата сознания после травмы без светлого промежутка;
- б) утрата сознания, светлый промежуток, после чего повторная утрата сознания;**
- в) утрата сознания через определенное время после травмы;
- г) утрата сознания отсутствует;
- д) все перечисленное.

24. Наиболее часто ликворея возникает при повреждении:

- а) лобной пазухи;
- б) клиновидной пазухи;
- в) верхнечелюстной пазухи;
- г) решетчатой пластинки;**
- д) решетчатых ячеек.



25. Наиболее частая форма базальной ликвореи:

- а) скрытая;
- б) глазная;
- в) назальная;**
- г) ушная;
- д) носоглоточная.

26. Сроки хирургического вмешательства при непрекращающейся ликворее и неэффективности консервативного лечения:

- а) первые 1-3 дня;
- б) через неделю;
- в) через 2 недели;
- г) через 3 недели;**
- д) через 1,5 месяца.

27. Экстракраниальные вмешательства выполняют при локализации ликворной фистулы в области: 1. передних решетчатых ячеек 2. площадки клиновидной кости 3. клиновидной 4. пазухи решетчатой пластинки 5. задние решетчатые ячейки.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3**
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

28. Показания к шунтирующим операциям: 1. неустановленная локализация ликворной фистулы 2. признаки повышения давления ЦСЖ 3. сочетание ликвореи с гидроцефалией 4. редкая спонтанная ликворея 5. труднодоступная локализация фистулы.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.**

29. При внутричерепной гипертензии изменения пульса характеризуются:

- а) тахикардией;
- б) аритмией;
- в) экстрасистолией;
- г) брадикардией;**
- д) напряженностью пульса.

30. В стадии формирования капсулы абсцесса характерны:

- а) гипертермия;
- б) цитоз в ликворе;
- в) очаговая симптоматика;**
- г) менингеальная симптоматика;
- д) гипертензионный синдром.

31. Ранний травматический абсцесс характеризуется:

- а) очаговой симптоматикой;
- б) стволовой симптоматикой;
- в) гипертензионным синдромом;
- г) плеоцитозом;
- д) менингеальной симптоматикой.**

32. Пункционный (по Спасокукоцкому-Бакулеву) метод лечения абсцессов

мозга показан:

- а) в стадии гнойно-воспалительного очагового энцефалита;
- б) в стадии формирования капсулы;
- в) в терминальной стадии;
- г) при поверхностном расположении абсцесса;
- д) при глубинном абсцессе.**

33. Ликворная гипертензия характеризуется:

- а) головной болью распирающего характера;**
- б) головной болью сжимающего характера;
- в) головной болью оболочечного характера;
- г) анизокория;
- д) болью в глазных яблоках.

34. При поступлении больного с черепно-мозговой травмой в приёмное отделение в первую очередь необходимо:

- а) провести неврологическое обследование;
- б) сделать диагностическую люмбальную пункцию;
- в) обеспечить адекватную оксигенацию и гемодинамику;**
- г) сделать анализ свёртывающей системы крови;
- д) определить водно-электролитные показатели.

35. Показанием для контроля внутричерепного давления не является: 1. тяжёлая черепно-мозговая травма; 2. коматозное состояние больного (менее 8 баллов по ШКГ); 3. отёк мозга, признаки смещения срединных структур; 4. контузионные очаги, гематомы; 5. компрессия базальных цистерн.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3

в) если правильны ответы 2, 4

г) если правильный ответ 4

**д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.**

36. Ушиб задних отделов шейных сегментов спинного мозга сопровождается:

а) Локальной болезненностью задней поверхности шеи;

б) Болью, дрожанием, тазовыми нарушениями;

**в) Болью, дрожанием, гипертонией мышц шеи, рук, ног, иногда всего туловища;**

г) Болью в затылочной области, онемением в кончиках пальцев, вялым верхним парапарезом;

д) Верно а) и г).

37. Виды повреждений спинного мозга: 1. Сотрясение. 2. Ушиб 3. Сдавление 4. Полный анатомический перерыв спинного мозга. 5. Неполный анатомический перерыв спинного мозга.

Выбрать правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2, 3

б) если правильны ответы 1,3

в) если правильны ответы 2, 4

г) если правильный ответ 4

**д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.**

38. Основные критерии оценки неврологического осмотра пациентов по классификации ASIA\IMSOP:

а) Оценка мышечной силы и нарушений тазовых функций;

51

б) Оценка болевой и тактильной чувствительности;

в) Оценка болевой и тактильной чувствительности с оценкой выпадения периостальных рефлексов;

г) **Оценка мышечной силы, болевой и тактильной чувствительности;**

д) Все неверно.

39. Хирургическая тактика при травме шейного отдела позвоночника включает:

а) Декомпрессию спинного мозга;

б) Стабилизацию позвоночника;

**в) Декомпрессию нервных элементов, стабилизацию позвоночника;**

г) Декомпрессию нервных корешков, удаление компрессирующего агента;

д) Декомпрессию спинного мозга, ламинопластику.

40. Стабильность позвоночника определяется:

а) Нормальное анатомическое соотношение тел позвонков при физиологических нагрузках;

**б) Способность позвоночника при физиологических нагрузках поддерживать соотношения между позвонками таким образом, чтобы не было ни изначального, ни последующего повреждения спинного мозга или нервных корешков;**

в) Нормальное анатомическое соотношение тел позвонков в вертикальном положении;

г) Сохранение оси позвоночника, отсутствие компрессии нервных структур;

д) Верно в) и г).

41. В приемный покой поступил больной с флексионно-компрессионным механизмом перелома тела С6 позвонка со снижением высоты тела на 1\3 без признаков сдавления спинного мозга. Ваша хирургическая тактика:

а) Ламинэктомия. Корпородез с передними пластинами;

б) Операция передним или комбинированным доступом. Консервативная терапия;

**в) Ношение жесткого воротника;**

г) Вытяжение за скуловые дуги;

д) Наложение HALO системы.

42. В приемный покой поступил больной с разгибательным механизмом перелома тела С5 позвонка с передним сдавлением спинного мозга. Ваша хирургическая тактика:

- а) Скелетное вытяжение за теменные бугры;
- б) Наложение HALO – системы;
- в) Корпородез и фиксация передними пластинами;**
- г) Все неверно;
- д) Верно а) и б).

43. Церебральное перфузионное давление:

- а) прямо пропорционально сумме системного давления и ВЧД;
- б) прямо пропорционально вязкости крови;
- в) обратно пропорционально радиусу церебрального сосуда;
- г) прямо пропорционально разнице системного давления и ВЧД;**
- д) равно внутричерепному давлению.

44. Сроки формирования зрелой костной мозоли после выполнения межтелового спондилодеза аутокостью:

- а) 1-2 месяца;
- б) 2-3 месяца;
- в) 3-4 месяца;
- г) 4-6 месяцев;**
- д) 6-8 месяцев.

45. Наиболее распространенное осложнение после операций передним доступом при травматическом повреждении шейного отдела позвоночника и спинного мозга:

- а) Повреждение твердой мозговой оболочки;
- б) Нагноение послеоперационной раны;
- в) Повреждение возвратного нерва;
- г) Повреждение пищевода, трахеи;
- д) Верно а) и б).**

46. Показания к декомпрессивно-стабилизирующим операциям в позднем периоде травматической болезни спинного мозга:

- а) Сохраняющаяся компрессия спинного мозга;
- б) Нестабильность в поврежденных позвоночных двигательных сегментах;
- в) Прогрессирование миелопатического синдрома;
- г) Стойкий болевой синдром;
- д) Все верно.**

47. Синдромы остеохондроза позвоночника, не требующие открытого хирургического лечения:

- а) Компрессионные;
- б) Рефлекторные;**
- в) Конского хвоста;
- г) Миелопатический;
- д) Верно а) и в).

48. Как определяется симптом Вассермана:

- а) Пациент лежит на сдине, врач разгибает согнутую в колене ногу;
- б) Пациент лежит на животе, врач сгибает ногу в коленном суставе;
- в) Пациент лежит на спине, врач поднимает выпрямленную ногу;
- г) Пациент лежит на животе, врач поднимает выпрямленную ногу вверх;**
- д) Все неверно.

49. Как определяется симптом Мацкевича:

- а) Пациент лежит на спине, врач разгибает согнутую в колене ногу;
- б) Пациент лежит на животе, врач сгибает ногу в коленном суставе;**
- в) Пациент лежит на животе, врач поднимает выпрямленную ногу вверх;
- г) Пациент лежит на спине, врач поднимает выпрямленную ногу;

д) Все неверно.

50. Локтевой нерв в верхней трети плеча располагается:

- а) в толще клювоплечевой мышцы;
- б) спереди от плечевой артерии;**
- в) кзади от глубокой артерии плеча;
- г) у задневыступившего края плечевой артерии;
- д) кнутри от лучевого нерва.

51. Седалищный нерв выходит из полости малого таза через:

- а) малое седалищное отверстие;
- б) подгрушевидное отверстие;**
- в) надгрушевидное отверстие;
- г) большое седалищное отверстие;
- д) запирающее отверстие.

52. При повреждении периферического нерва наблюдаются следующие двигательные расстройства:

1. Парез с высокими рефlekсами 2. Парез с низкими рефlekсами 3. Паралич с высоким тонусом 4. Паралич с низким тонусом.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4**
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны все ответы

53. Признаками сочетанного повреждения нервов и сосудов являются: 1. Синюшный цвет конечности, отек, нарушение чувствительности 2. Красноватый цвет конечности, отек, нарушение чувствительности, уплотнение мышц 3. Нарушение движений, похолодание конечности 4. Распирающие, сдавливающие, рвущие боли.

Выбрать правильный ответ по схеме:



- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны все ответы**

54. К методам диагностики повреждений сплетений и нервных стволов

относятся: 1. Вентрикулография 2. КТ миелография 3. Ангиография 4.

Электродиагностика.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4**
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны все ответы

55. Наиболее частыми опухолями периферических нервов являются:

- а) Нейрофибромы;**
- б) Липомы;
- в) Фибросаркомы;
- г) Злокачественные опухоли периферических нервов;
- д) Шванномы.

56. Основные микрохирургические манипуляции, выполняемые при повреждении периферических нервов:

- а) Невролиз;
- б) Эндоневролиз;
- в) Нейрорафия;
- г) Нейротрансплантация;

**д) Все перечисленные.**

**Ситуационные задачи.**

Инструкция: ответьте на вопросы.

**Задача.** Пациент, 35 лет, поступил с жалобами на головную боль. Известно, что вчера вечером упал и ударился головой. Чувствовал себя удовлетворительно. Сегодня утром отметил усиление головной боли, тошноту. При поступлении состояние ухудшилось, стали нарастать нарушение сознания до сопора, расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, мидриаз справа. В правых конечностях отмечено снижение мышечной силы до 4,0 баллов. Брадикардия до 40 уд/мин. На КТ выявляется структура высокой плотности в левой теменно-височной области, прилегающая к внутренней костной пластинке.

Вопросы:

1. Как называется интервал между травмой и появлением неврологических симптомов?
2. Какому диагнозу соответствует такая клиника?

Ответ.

1. «Светлый» промежуток.
2. Эпидуральная гематома.

**Задача.** Пациент, 23 года, поступил в отделение с жалобами на слабость и похудание обеих рук, скованность в ногах при ходьбе, императивные позывы на мочеиспускание. В неврологическом статусе глубокие рефлексы с верхних конечностей низкие, в нижних конечностях выявляется умеренно выраженный нижний спастический парапарез. Коленные и ахилловы рефлексы повышены D > S. Проводниковые расстройства чувствительности с уровня C5 с двух сторон. Симптом Бабинского с двух сторон, клонус стоп. На МРТ шейного отдела позвоночника выявлено увеличение поперечного размера спинного мозга на уровне C2–C6 позвонков за счет объемной структуры с интенсивностью сигнала, близкой к серому веществу.

Вопросы:

1. Установите достоверный диагноз пациента. Какой специалист его должен установить?

2. Какое лечение необходимо провести?

Ответ.

1. Нейрохирург. Опухоль спинного мозга на уровне С2–С6 позвонков.
2. Оперативное лечение.

**Задача.** Пациент, 39 лет, поступил в неврологическое отделение в тяжелом состоянии. После эмоционального стресса, когда возникла сильная головная боль, отмечалась однократная рвота, кратковременное психомоторное возбуждение. При осмотре состояние тяжелое. Выраженный менингеальный синдром, отмечается двусторонний симптом Бабинского. При люмбальной пункции получен окрашенный кровянистый ликвор, вытекающий под повышенным давлением. После центрифугирования в осадке эритроциты покрывают все

поле зрения.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно установить?
2. Какой специалист должен определить тактику лечения?

Ответ.

1. Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние, вероятно аневризматического генеза.

1. Нейрохирург после выполнения каротидной ангиографии.
- 2.

**Задача.** Приятель, бросив во время игры стеклянную полупустую бутылку, попал ею в правую височную область головы своего 16-летнего друга, который в течение 30 секунд казался оглушенным, но затем полностью был контактен, через сутки он внезапно впал в сопор. Его конечности

справа, стали слабыми. Доставленный через 25 минут в больницу, пострадавший не реагировал на боль. Пульс 40 уд/мин, аритмичный. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст., справа мидриаз.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Какие диагностические исследования необходимо провести?

Ответ.

1. Субдуральная гематома справа.
2. Нейровизуализация (КТ, МРТ головного мозга).

**Задача.** Пациент 32 лет после дорожно-транспортного происшествия доставлен машиной скорой помощи. В приемном отделении развился судорожный припадок в виде подергиваний левой руки и левой половины лица. Щека слева «парусит», угол рта опущен. Левая рука, поднятая вверх, падает как «плеть», в левой ноге активные движения сохранены. Рефлексы средней живости, S > Д. Слева симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Какой диагноз установите?
2. В каком отделении должен лечиться пациент?

Ответ.

1. Закрытая черепно-мозговая травма. Травматическое кровоизлияние в правое полушарие головного мозга или ушиб головного мозга.
2. В нейрохирургическое отделение.

**Задача.** Пациент С., 20 лет, после ныряния в воду головой вниз, почувствовал слабость и онемение в руках и ногах. При осмотре выявлено: боль в шее, спастический умеренный тетрапарез, гипестезия с уровня С3, задержка мочи и кала, нарушение дыхания.

Вопросы:

1. Где локализуется патологический очаг?
2. Перелом какого позвонка можно заподозрить?
3. Какой метод подтвердит диагноз?

Ответ.

1. С2–С3 сегменты шейного отдела спинного мозга.
2. С3 позвонок.
3. МРТ шейного отдела позвоночника.

**Задача.** Пациентка, 30 лет, разбитым стеклом повредила верхнюю треть левого предплечья. После травмы сразу почувствовала отсутствие движений пальцев левой кисти, затем появились резкие жгучие боли в области левой ладони. В неврологическом статусе определяется ограничение сгибания I, II и, отчасти, III пальца левой кисти, затруднено сжатие пальцев в кулак. Пациентка не может

противопоставить большой палец остальным. Карпорадиальный рефлекс слева снижен. Поверхностная чувствительность снижена на ладонной поверхности I–III пальцев левой кисти.

Вопросы:

1. Какой нерв пострадал?
2. Какое лечение необходимо назначить?
3. Показана ли консультация нейрохирурга?

Ответ.

1. Травматическая невралгия срединного нерва слева.
2. Нейропротекторы, сосудорегулирующая терапия, средства, улучшающие нервно-мышечную проводимость, витамины группы В, массаж, лечебная физкультура кисти.
3. Консультация нейрохирурга.

**Задача** Пациент, 50 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные утренние головные боли с тошнотой и рвотой, пошатывание при ходьбе. Болен около 6 месяцев, когда появились головные боли, иногда была рвота. Постепенно присоединилось пошатывание при ходьбе, больше вправо. При осмотре — горизонтальный среднеразмашистый нистагм вправо. В позе Ромберга не устойчив. Диффузная мышечная гипотония в правых конечностях.

Вопрос:

1. Установите диагноз.

Ответ.

1. Опухоль мозжечка в правом полушарии.

**Задача.** Пациентка, 53 года, жалуется на головную боль в течение полутора лет, шаткость при ходьбе. Объективно: горизонтальный нистагм, атаксия при ходьбе. В позе Ромберга падает вправо. При выполнении пальценосовой и указательной пробы справа интенционное дрожание и мимопадание. Пяточноколенную пробу справа выполнить не может. Мышечный тонус в правых конечностях снижен.

Вопросы:

1. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Какое заболевание у данной пациентки?

Ответ.

1. МРТ или КТ головного мозга с контрастированием.
2. Опухоль правого полушария мозжечка.

**Задача** Пациентка, 32 года, заболела 3 года назад. Появилась головная боль, затем постепенно начали увеличиваться руки, ноги. Объективно: резко выражены надбровные дуги, нос большой, губы толстые, нижняя челюсть выступает вперед. Большие кисти и стопы. На глазном дне — нерезко выраженные застойные диски зрительных нервов. На краниограмме отмечено увеличение размеров турецкого седла, истончение его стенки.

Вопросы:

1. Диагноз у этой пациентки?
2. Консультация какого специалиста должна быть назначена?

Ответ.

1. Аденома гипофиза.
2. Консультация нейрохирурга.
2. МРТ головного мозга с контрастированием и последующей консультацией нейрохирурга.

**Задача** В приемный покой доставлен пациент 40 лет, который внезапно потерял сознание после физической нагрузки. В неврологическом статусе при осмотре выявлено: кома I степени, оживлены глубокие рефлексы, симптом Бабинского с обеих сторон, ригидность мышц затылка, синдром Кернига.

Вопросы:

1. Диагноз? Какие методы исследования нужно выполнить для уточнения клинического диагноза?
2. Что может служить этиологическим фактором развития данного заболевания?
3. Тактика ведения пациента и лечения.

Ответ:

1. Субарахноидальное кровоизлияние. Необходимо выполнить люмбальную пункцию и КТ.
2. Аневризма, артерио-венозная мальформация, артериальная гипертензия.
3. Каротидная панангиография, консультация нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.

**Задача.** Пациентка, 64 года, поступила в клинику с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конечностях. В анамнезе артериальная гипертензия. При осмотре: состояние тяжелое, глубокое оглушение, речевой контакт затруднен. Выявляются ригидность мышц затылка, симптомы Кернига. После люмбальной пункции получен ликвор с примесью крови. При КТ головного мозга отмечается распространение крови в субарахноидальном пространстве.

Вопросы:

1. Какой диагноз у данной пациентки?
2. Определите тактику ее дальнейшего ведения.

Ответ.

1. Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние.
2. Консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении после каротидной ангиографии.

**Задача .** Пациент Н., 35 лет, обратился с жалобами на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу. Боли возникли после подъема тяжелого груза. При осмотре выявлено: походка шатающаяся, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации паравертебральных точек L5–S1 слева, с этой же стороны симптом Ласега 45 , не определяются подошвенный и ахиллов рефлекс, гипестезия в зоне иннервации S1.

Вопросы:

1. Установите топический и клинический диагноз.
2. Какие методы исследования нужно провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение необходимо назначить?

Ответ.

1. Дискогенная радикулопатия S1 слева.
2. МРТ пояснично-крестцового отдела.
3. Нестероидные противовоспалительные препараты, сосудистые препараты, миорелаксанты, витамины, физиотерапия.

**Задача.** Пациент перенес двухсторонний гнойный отит, поступил в отделение реанимации. При осмотре: состояние тяжелое,  $t 40^{\circ}\text{C}$ , выраженная головная боль, повторная рвота. Ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского. Черепные нервы без патологии. Левосторонний гемипарез со снижением силы до 4 баллов, симптом Бабинского слева.

Левосторонняя гемипарезия. В крови: лейкоцитоз свыше 15.000, СОЭ50 мм/час. В ликворе нейтрофильный плеоцитоз до 200 клеток в 1 мкл. На МРТ: объемное образование с капсулой в правой лобновисочной области.

Вопросы:

1. К какому осложнению привел гнойный отит?
2. С чем нужно дифференцировать заболевание?
3. Тактика ведения пациента.

Ответ.

1. К формированию абсцесса головного мозга в правом полушарии.

65

2. Необходимо проверить дифференциальный диагноз с вторичным гнойным менингитом, опухолью головного мозга, инсультом

## **11. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ «Сердечно-сосудистая хирургия»**

### **1. Оценочные средства для текущего и рубежного контроля успеваемости**

Для текущего контроля успеваемости, в том числе для контроля самостоятельной работы ординаторов используются задания в тестовой форме и ситуационные задачи.

#### ***А) Тестовые задания (пример):***

#### **Критерии оценки:**

Оценка «отлично» - правильные ответы на все задания (10),

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

#### **Примеры тестовых заданий:**

#### **Тест 1. Открытый артериальный проток приводит к:**

- а) гиперволемии малого круга кровообращения;
- б) гиповолемии малого круга кровообращения;
- в) гипертензии малого круга кровообращения;
- г) правильно А и В;



д) все перечисленное.

**Тест 2. Наиболее характерным симптомом изолированного стеноза легочной артерии являются:**

- а) боли в области сердца;
- б) тахикардия;
- в) цианоз;
- г) раннее появление одышки;
- д) недостаточность кровообращения.

**Тест 3. Для пункции сердечной сорочки, непосредственно прилежащим к передней стенке является:**

- А. передний верхний карман перикарда
- Б. передний нижний карман перикарда
- В. задний верхний карман перикарда
- Г. задний нижний карман перикарда

**Тест 4. От выпуклой полуокружности дуги аорты справа налево в норме отходят сосуды в следующем порядке:**

- А. правая общая сонная артерия – правая подключичная артерия – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия
- Б. правый плечеголовный ствол – левый плечеголовный ствол
- В. плечеголовной ствол – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия
- Г. легочный ствол – плечеголовной ствол – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия

**Тест 5. Топографо-анатомические взаимоотношения элементов нервно-сосудистого пучка в пределах сонного треугольника шеи (снаружи-внутри):**

- А. внутренняя яремная вена – общая сонная артерия – блуждающий нерв
- Б. общая сонная артерия - внутренняя яремная вена – блуждающий нерв
- В. внутренняя яремная вена – блуждающий нерв - общая сонная артерия
- Г. блуждающий нерв - общая сонная артерия - внутренняя яремная вена

**Тест 6. При оперативном доступе к общей сонной артерии линия разреза проходит:**

- А. от угла нижней челюсти
- Б. от уровня верхнего края щитовидного хряща
- В. по переднему краю грудинно-ключично-сосковой мышцы
- Г. любой из перечисленных

**Тест 7. Левая венечная артерия обеспечивает кровоснабжение всех перечисленных отделов сердца, кроме:**

- А. передних 2/3 межжелудочковой перегородки
- Б. части передней стенки правого желудочка
- В. межпредсердной перегородки
- Г. левого предсердия, передней и большей части задней стенки левого желудочка

**Тест 8. Канюлирование аорты выполняется:**

- А. чаще всего в восходящей части аорты
- Б. с наложением одного кисетного шва
- В. с наложением двух кисетных швов, проходящих через наружные слои аорты
- Г. правильно А и В

**Тест 9. В верхнем отделе скарповского треугольника бедренная вена, по отношению к бедренной артерии, располагается:**

- А. под артерией
- Б. медиально от артерии
- В. впереди т артерии
- Г. латерально от артерии

**Тест 10. Для острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда наиболее специфичным является регистрация на ЭКГ:**

- А. инверсия зубцов Т
- Б. подъема сегмента ST
- В. сочетания патологического зубца Q, подъема сегмента ST и (-) зубца Т
- Г. увеличение амплитуды зубца Т

**Тест 11. У больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:**

- А. нет изменений комплекса QRS
- Б. может быть депрессия сегмента ST
- В. может быть инверсия зубцов Т, сохраняющаяся более 2 недель
- Г. может быть кратковременный подъем сегмента ST
- Д. возможны все перечисленные варианты

**Тест 12. К формам нестабильной стенокардии относятся:**

- А. впервые возникшая стенокардия с тенденцией к прогрессированию
- Б. прогрессирующая стенокардия напряжения
- В. постинфарктная стенокардия
- Г. все ответы правильные (А, Б, В)
- Д. правильного ответа нет

**Тест 13. Для аномального отхождения левой коронарной артерии от легочного ствола характерно:**

- А. ишемическое поражение миокарда левого желудочка
- Б. гиперволемия малого круга кровообращения
- В. увеличение правого предсердия
- Г. увеличение правого желудочка

**Тест 14. Рентгеноморфологический признак аневризмы восходящей части аорты в прямой проекции:**

- А. расширение тени сосудистого пучка вправо
- Б. расширение правого предсердия
- В. отклонение контрастированного пищевода вправо

**Тест 15. Легочная гипертензия является следствием:**

- А. гиповолемии малого круга кровообращения
- Б. гиперволемии малого круга кровообращения
- В. гиперволемии большого круга кровообращения
- Г. гиповолемии большого круга кровообращения

**Тест 16. Ведущими факторами в патогенезе внутрисердечного тромбоза являются:**

- А. застой крови в левом предсердии, обусловленный характером самого порока
- Б. мерцательная аритмия
- В. частота обострений ревматического процесса
- Г. длительность порока
- Д. правильно А и Б

**Тест 17. Синдром Морганьи – Адамса – Стокса характерен для:**

- А. брадиаритмий с низкой частотой сердечных сокращений
- Б. тахиаритмий с высокой частотой сердечных сокращений

**Тест 18. Для операции эмболэктомии целесообразно использовать баллонный катетер:**

- А. Фогарти
- Б. «Дует»
- В. катетер Рашкинда
- Г. любой баллонный катетер

**Тест 19. Условиями радикальной эмболэктомии являются:**

- А. восстановление хорошего центрального кровотока
- Б. восстановление хорошего ретроградного кровотока

В. полное удаление тромботических масс из дистального русла

Г. все перечисленное

**Тест 20. При выполнении эндартерэктомии основная проблема это:**

А. сужение артерии

Б. гемостаз после эндартерэктомии

В. фиксация дистальной интимы

Г. расширение артерии

Д. все перечисленное

**Тест 21. К признакам неадекватного анастомоза после включение кровотока относится:**

А. усиленная пульсация дистальнее анастомоза

Б. усиленная пульсация проксимальнее анастомоза и ослабленная дистальнее

В. ишемия конечности или органа

**Тест 22. Отслойка дистальнее интимы, чаще всего, может произойти после:**

А. эндартерэктомии

Б. наложения неадекватного анастомоза

В. эмболэктомии

Г. ангиографии

Д. все перечисленное

**Тест 23. Дифференциальный диагноз аневризм грудной аорты следует проводить с:**

А. опухолями и кистами средостения

Б. раком легкого

В. раком бронхов

Г. синдромом верхней полой вены

Д. всеми перечисленными заболеваниями

**Тест 24. Наиболее частой сопутствующей патологией при аневризмах брюшной аорты является:**

А. постинфарктный кардиосклероз

Б. ишемическая болезнь сердца

В. артериальная гипертензия

Г. атеросклероз артерий нижних конечностей

Д. все перечисленное

**Тест 25. При окклюзии брюшной аорты операцией выбора является:**

А. резекция и протезирование

Б. шунтирование

В. эндартерэктомии

Г. экстраанатомическое шунтирование

Д. тромбэктомия

**Тест 26. В патогенезе варикозной болезни ведущую роль играет:**

А. врожденная слабость соединительной ткани венозной системы

Б. нарушение функции клапанного аппарата глубокой венозной системы

В. нарушение функции коммуникативных вен

Г. развитие венозной гипертензии в нижних конечностях

Д. все перечисленное

**Тест 27. Радикальность хирургического лечения варикозной болезни зависит от:**

А. тщательной обработки всех коллатералей в области овальной ямки

Б. удаление варикозной магистральной вены на всем протяжении со всеми коллатеральями

В. удаление малой подкожной вены при ее поражении

Г. над- и подфасциальной перевязки всех перфорантных вен

Д. всего перечисленного

**Тест 28. В послеоперационном периоде после флебэктомии назначается:**

А. антибиотикотерапия

Б. ранняя активизация больных

В. физиотерапия

Г. ношение эластических бинтов и ранняя активизация больных

Д. все перечисленное

**Тест 29 Патофизиология венозной гемодинамики при посттромбофлебитической болезни, в первую очередь, связана с:**

А. наличием варикозного расширения поверхностных вен

Б. патологическим сбросом венозной крови из глубокой венозной системы в поверхностную

В. развитием венозной гипертензии в нижней конечности

Г. разрушением клапанов коммуникантных вен

Д. всем перечисленным

**Тест 30. При хирургическом лечении посттромбофлебитической болезни в настоящее время наиболее часто применяется:**

А. операция по имплантации искусственных клапанов в глубокую венозную систему

Б. операция Коккетта

В. экстравазальная коррекция клапанов глубоких вен

Г. аутовенозное шунтирование и протезирование глубоких вен

Д. операция Линтона в сочетании с комбинированной флебэктомией

**Тест 31. В клинической картине синдрома верхней полой вены важную роль играют:**

А. венозный застой в поверхностных и глубоких венах, туловища и верхних конечностях

Б. венозный застой в головном мозгу

В. симптоматика основного заболевания

Г. нарушение сердечной гемодинамики.

Д. все перечисленное

**Тест 32. Синдром Педжета-Шреттера это:**

А. острый венозный тромбоз подключично-подмышечного сегмента

Б. хроническая венозная недостаточность после острого венозного тромбоза подключично-подмышечного сегмента

В. острый тромбоз бассейна верхней полой вены

Г. посттромбофлебитический синдром верхних конечностей

Д. данный синдром не относится к венозной патологии

**Тест 33. Не является характерным для болезни Педжета-Шреттера:**

А. цианоз лица и шеи

Б. распирающие боли в руке

В. цианоз кожи рук, усиление венозного рисунка

Г. отек руки

Д. синдром Горнера

**Тест 34. Радикальной операцией при болезни Педжета-Шреттера следует считать:**

А. венолизис

Б. тромбэктомию

В. резекцию первого ребра

Г. скаленотомию

Д. аутовенозное шунтирование

Е. Комбинация операций в зависимости от операций

**Тест 35. При хронических венозных окклюзиях верхних конечностей операцией выбора является:**

А. тромбэктомия

Б. резекция первого ребра, скаленотомия

В. аутовенозное шунтирование, устранение причины тромбоза

Г. аутовенозное протезирование

Д. аутовенозное шунтирование, наложение временной артериовенозной стомы и устранение причины тромбоза

**Тест 36. В клинической картине синдрома Клиппель-Треноне ведущую роль играют:**

- А. пигментные сосудистые пятна
- Б. варикоз подкожных вен
- В. значительное увеличение объема мягких тканей конечности
- Г. все перечисленное

**Тест 37. Парциальная окклюзия магистральных вен, как профилактика тромбозов легочной артерии, возможна:**

- А. пликацией швами
- Б. гладкой клеммой
- В. имплантацией зонтичного фильтра
- Г. всеми перечисленными методами

**Тест 38. При эмболии верхней брыжеечной артерии с клиникой острого нарушения мезентериального кровообращения операцией выбора является:**

- А. протезирование артерии
- Б. шунтирование артерии
- В. эндартерэктомия
- Г. тромбозэктомия
- Д. все перечисленное

**Тест 39. Операцией выбора при тромбозе и эмболии почечной артерии без органического сужения является:**

- А. протезирование почечной артерии эксплантатом
- Б. шунтирование аутовеной
- В. трансартериальная эндартерэктомия
- Г. трансаортальная тромбозэктомия
- Д. все перечисленные методы

**Тест 40. Абсолютными противопоказаниями к операции на сосудах при острой артериальной непроходимости являются:**

- А. агональное состояние больного
- Б. тотальная ишемическая контрактура
- В. ишемия III степени, обусловленная тромбозом подколенной артерии
- Г. все перечисленное
- Д. только А и Б

**Тест 41. К особенностям хирургического вмешательства при разрыве аневризмы брюшной аорты относятся:**

- А. большая кровопотеря
- Б. гипотония у больного
- В. необходимость быстро закончить операцию
- Г. быстрое пережатие аорты выше аневризмы
- Д. все перечисленное

**Тест 42. Операцией выбора при разрыве аневризмы дистальных периферических артерий является резекция аневризмы с:**

- А. протезированием эксплантатом
- Б. шунтирование эксплантатом
- В. внутрисосудным протезированием
- Г. аутовенозным протезированием
- Д. аутовенозным шунтированием

**Тест 43. Острые венозные тромбозы глубоких вен нижних конечностей следует лечить оперативным путем, если от момента начала заболевания прошло не более:**

- А. 1-3 суток
- Б. до 5 суток
- В. до 7 суток
- Г. 7-10 суток
- Д. консервативное лечение всегда дает лучший эффект

**Тест 44. Сочетанное ранение артерии и вены приводит к:**

- А. тромбозу глубоких вен
- Б. артериальному тромбозу
- В. венозной аневризме
- Г. дистальной артериальной эмболии
- Д. артериовенозному свищу

**Тест 45. При открытых повреждениях сердца характерно:**

- А. наличие раны в проекции сердца
- Б. симптомы малокровия
- В. симптомы тампонады сердца
- Г. правильно Б и В
- Д. все перечисленные

**Тест 46. Для больных ишемической болезнью сердца наиболее важным прогностическим показателем является:**

- А. частота стенокардических признаков
- Б. уровень толерантности к физической нагрузке при велоэргометрии
- В. количество желудочковых экстрасистол при нагрузке
- Г. регулярность выполнения физических упражнений
- Д. курение более 20 сигарет в день

**Тест 47. Для хирургии коронарных сосудов все перечисленное правильно, за исключением:**

- А. периоперационный инфаркт составляет 4-6 %
- Б. нет различий в проходимости между аутовенозными, аортокоронарными и маммаро-коронарными шунтами в течение 1 год после операции
- В. имеются значительные различия в проходимости между аутовенозными и маммарными шунтами через 10 лет после операции
- Г. во внутренней грудной артерии через 10 лет патологические изменения практически отсутствуют, в то время, как встречаются более чем в 50% в венозных шунтах
- Д. прогноз больных улучшается при применении маммарно-коронарного шунтирование передней межжелудочковой ветви

**Тест 48. К осложнениям селективной коронарографии относятся все перечисленные, кроме:**

- А. инфаркт миокарда
- Б. фибрилляция желудочков
- В. образования гематомы
- Г. отрыв хорды трикуспидального клапана
- Д. аллергическая реакция на контрастное вещество

**Тест 49. Клиническим показанием к аортокоронарному шунтированию является:**

- А. тяжелая стенокардия, рефрактерная к медикаментозному лечению
- Б. поражение ствола левой коронарной артерии
- В. трехсосудистое поражение
- Г. предшествующий инфаркт миокарда, клиника застойной сердечной недостаточности

**Тест 50. Преимущества аортокоронарного шунтирования включают:**

- А. снижение опасности развития острого инфаркта миокарда
- Б. снижение опасности развития застойной сердечной недостаточности
- В. исчезновение или резкое урежение стенокардитических болей
- Г. снижение опасности внезапной смерти
- Д. снижение портебности медикаментов и качества госпитализации по поводу ИБС
- Е. все выше перечисленное

**Тест 51. Показанием к хирургическому лечению постинфарктной аневризмы левого желудочка является:**

- А. тромбоз полости аневризмы при асимптомном течение заболевания
- Б. сердечная недостаточность при размерах рубцового поля не более 30%
- В. желудочковая аритмия
- Г. сердечная недостаточность при размерах аневризмы 10% и фракции выброса сокращающейся части мене 30%
- Д. стенокардия при однососудистом поражении в бассейне аневризмы

**Тест 52. Преимущества аортокоронарного шунтирования включают:**

- А. снижение опасности развития острого инфаркта миокарда
- Б. снижение опасности развития застойной сердечной недостаточности
- В. исчезновение или резкое урежение стенокардитических болей
- Г. снижение опасности внезапной смерти
- Д. снижение потребности медикаментов и качества госпитализации по поводу ИБС
- Е. все выше перечисленное.

**Тест 53. Причиной тромбоза легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:**

- А. лицевых вен
- Б. глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
- В. глубоких вен верхних конечностей
- Г. поверхностных вен нижних конечностей
- Д. поверхностных вен верхних конечностей

**Тест 54. При несостоятельности перфорантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:**

- А. Бебкока
- Б. Троянова - Тренделенбурга
- В. Нарата
- Г. Мини-Линтона
- Д. Маделунга

**Тест 55. Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно все нижеперечисленное, кроме:**

- А. резких болей распирающего характера
- Б. повышения температуры тела
- В. отека конечности
- Г. цианоза
- Д. гиперемии кожи по ходу большой подкожной вены

**Тест 56. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью:**

- А. растворения фибрина
- Б. приостановления роста тромба
- В. увеличения количества сгустков
- Г. изменения внутренней оболочки сосудов
- Д. снижения активности ДНК

**Тест 57. Для острого глубокого тромбофлебита нижних конечностей характерны:**

- А. резкий отек нижней конечности
- Б. некроз пальцев стоп
- В. похолодание стопы
- Г. симптом перемежающейся хромоты
- Д. отек и гиперемия по ходу пораженных вен

**Тест 58. Профилактика тромбозов в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме:**

- А. назначения гепарина
- Б. назначения дезагрегантов

- В. лечебной физкультуры
- Г. длительного постельного режима
- Д. бинтования ног эластичным бинтом

**Тест 59. При тампонаде сердца наблюдаются:**

- А. снижение артериального давления
- Б. цианоз лица
- В. расширение границ сердца
- Г. глухость тонов
- Д. все перечисленное

**Тест 60. перевязка внутренней подвздошной артерии в связи с особенностями ее топографии может быть осложнена расположением рядом с ней:**

- А. маточной трубы
- Б. мочеочника
- В. наружной подвздошной артерии
- Г. всего перечисленного

### Примеры ситуационных задач:

#### *Задача 1*

У больного по ходу большой подкожной вены появилась сильная боль, гиперемия, повысилась локальная температура, вена пальпируется в виде болезненного шнура. При осмотре вена утолщена, в некоторых местах она пальпируется в виде четок, имеется инфильтрация тканей вокруг вены, болезненна. На стопе и голени отеков нет. Участок наивысшего места покраснения находится в нижней трети бедра и в течении 3-4 дней распространения вверх нет. Ваш диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Ваша тактика?

#### *Задача 2*

У 57 летнего больного после ходьбы через каждые 50 метров начали в правой икроножной мышце появляться боли. Ноги стали замерзать даже летом, а при длительном стоянии начал чувствовать в них усталость. При осмотре: правая стопа и правая голень по сравнению с левой бледноваты, холоднее на ощупь. Пульсация на правой ноге определяется лишь на бедренной артерии, пульсация при этом ослаблена, а при аускультации выслушивается систолический шум. Общее состояние больного удовлетворительное. Ваш предварительный диагноз? Какие инструментальные методы необходимо провести? Ваша лечебная тактика?

#### *Задача 3*

Больной 55 лет жалуется на боли в левой икроножной мышце, возникающие при ходьбе на расстояние 50 м. Давность заболевания - около 1 года. Объективно: левая стопа холоднее правой. Пульсация на общих бедренных артериях отчетливая, на подколенной артерии слева отсутствует, справа отчетливая. На артериях стопы слева пульсация не определяется.

-Диагноз?

-Инструментальные методы исследования?

-Консервативная терапия?

-Лечебная тактика?

-Прогноз?

**Ответ:**

1. Атеросклероз, окклюзия поверхностной бедренной артерии слева, ишемия стадии ИБ по Фонтейну-Покровскому.
2. УЗДГ артерий нижних конечностей, ангиография левой нижней конечности.
3. Лечение атеросклероза по стандарту, дезагреганты – пожизненно.
4. При состоятельности дистального русла - реконструктивная операция - бедренно-подколенное шунтирование.
5. Прогноз благоприятный.

#### *Задача 4*

Больной 34 лет жалуется на боли в обеих икроножных мышцах, в 1 пальце стопы. Давность заболевания - 4 месяца. Объективно: мраморная окраска голени, дистальные отделы стопы - синюшно-багровые. На первом пальце - участок некроза размерами 2х3 см. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенной артерии - ослаблен.

-Диагноз?

-Инструментальные методы исследования?



-Консервативная терапия?

-Хирургическая тактика?

-Прогноз?

**Ответ:**

1. Облитерирующий тромбангиит IV стадии. В дальнейшем - диспансерное наблюдение.

1. УЗДГ артерий нижних конечностей, ангиография левой нижней конечности.
2. Противовоспалительная терапия, дезагреганты
3. Поясничная симпатэктомия, экзартикуляция I пальца, консервативная терапия.
4. Прогноз неблагоприятный.

### **Задача 5**

Больной 57 лет жалуется на боли в обеих нижних конечностях при ходьбе на расстояние до 1000 м, болеет 4 года. На общих бедренных артериях слабый систолический шум, пульсация - на всех уровнях отчетливая. На УЗДГ плече-лодыжечный индекс слева 0,87, справа 0, 81.

-Диагноз?

-Инструментальные методы исследования?

-Консервативная терапия?

-Хирургическая тактика?

-Прогноз?

**Ответ:** 1. Атеросклероз, синдром Лериша, ишемия ст. I по Фонтейну - Покровскому.

2. УЗДГ, определение плече-лодыжечного индекса.
3. Лечение атеросклероза, дезагреганты пожизненно.
4. Оперативное лечение не показано. Консервативная терапия, диспансерное наблюдение.
5. Прогноз благоприятный

### **Задача 6**

У больного С., 70 лет, страдающего в течение 14 лет гипертонической болезнью, появились кратковременные (секунды) приступы потери сознания с отсутствием предобморочных предвестников, сопровождающиеся выраженной бледностью кожных покровов в момент потери сознания и их покраснением после приступа, быстрым восстановлением исходного самочувствия. Объективно: в момент приступа отмечено урежение пульса до 32 в минуту.

**Ответ:** 1. Приступ, описанный выше, носит название:

Морганьи - Эдемса - Стокса;

2. Основной причиной брадиаритмий следует считать:

поперечную блокаду сердца III степени;

3. Синкопальные состояния при брадиаритмиях обусловлены:

асистолией более 5-10 сек;

4. В диагностике брадиаритмий ведущую роль играют:

ЭКГ и холтеровское мониторирование;

5. Единственно эффективным долгосрочным методом лечения ППБ является:

имплантация эдокардиального кардиостимулятора

### **Задача 7.**

У пациента 68 лет, длительно находившегося на постельном режиме после сложной реконструктивной операции на желудочно-кишечном тракте, страдающего в течение многих лет ишемической болезнью сердца, внезапно появилась пароксизмальная одышка более 30 дыхательных движений в минуту, давящие боли в груди, головокружение. Объективно: снижение артериального давления. Метод диагностики: 1. Наиболее вероятным диагнозом при описанной клинике может быть: тромбоз эмболия легочных артерий;

2. Укажите наиболее полный перечень симптомов, позволивших Вам поставить диагноз: пароксизмальная одышка, боли в груди, головокружение и снижение артериального давления у пожилого человека, длительно находившегося в постели после тяжелой операции на органах брюшной полости;

3. Появление описанного осложнения обусловлено:

1. тромбозом глубоких вен нижних конечностей;

4. «Золотым стандартом» в диагностике массивной ТЭЛА является ангиопульмография;

5. Определите тактику лечения больного:

консервативная терапия: управляемое дыхание, обезболивание, тромболитические и антикоагулянтные средства, сердечные гликозиды, глюкокортикоиды, антиагреганты. При неэффективности ее в течение 30 минут экстренная эмболектомия из ЛА – эндоваскулярное вмешательство или операция в условиях ИК, имплантация кава-фильтра;

### **Задача 8**

Больной 54 лет поступил с жалобами на головные боли, шум в ушах, периодически возникают кратковременное онемение и слабость в правой руке и ноге. Болеет в течение года.

Объективно: отмечается умеренная артериальная гипертензия (150/90 мм.рт.ст.), пульсация магистральных артерий сохранена, в области шеи слева, за углом н/челюсти выслушивается систолический шум. Грубой неврологической симптоматики при первичном осмотре не выявлено.

1. Назовите артериальный сосуд, вовлеченный в патологический процесс:  
- левая общая сонная артерия;
2. Неинвазивный метод диагностики: наиболее информативный в этом случае.  
- ультразвуковая доплерография.
3. Инвазивный метод диагностики наиболее информативен в этом случае:  
- каротидная ангиография;
4. Анатомические образования расположенные выше купола грудной клетки представленные на рисунке:  
- общая сонная артерия и внутренняя яремная вена.
5. Назовите оперативное вмешательство, показанное больному:  
- каротидная эндартэктомия с возможной пластикой левых сонных артерий.

### **Задача 9**

В отделение сосудистой хирургии поступил больной 75 лет по срочной помощи страдающий постинфарктной аневризмой сердца, стенокардией покоя, ангиохирург установил 24-часовую ишемию левой ноги, возникшую остро на фоне удовлетворительного общего состояния.

**Объективно:** полная обездвиженность конечности, отсутствие как активных, так и пассивных движений в пальцах стопы, голеностопном и коленном суставах, мраморная пятнистая окраска кожных покровов, конечность холодная на ощупь, пальпация икроножных мышц резко болезненна. Пульсация определяется только на бедренной артерии в паховой области. Состояние больного расценивается как очень тяжелое, наблюдается прогрессивное снижение диуреза.

1. Патологический процесс, возникший у больного.  
- эмболия бедренной артерии с продолженным дистальным тромбозом артериального русла
2. Хирург, создавший классификацию острой ишемии нижних конечностей.  
- Савельев
3. Манипуляция - тромбэктомия катетером Фогарти из общей бедренной артерии
4. Вид лечения показанный больному в представленной задаче  
- срочная ампутация конечности на уровне верхнесредней трети бедра

### **Задача 10**

Больной 40 лет жалуется на сильные боли и выраженный отек правой нижней конечности. Заболел три дня назад, когда развился отек конечности до паховой складки и появились умеренные распирающие боли в ней. В течение последних суток состояние значительно ухудшилось. Беспокоят сильные боли в конечности, общая слабость, гипертермия до 38,0С. При осмотре состояния больного тяжелое, пульс 100-110 ударов в минуту, сухой язык. Правая нижняя конечность резко отечная, прохладная на ощупь в дистальных отделах, кожа напряжена. Цианоз кожных покровов конечности распространяется на правую ягодичную область. На голени и бедре имеются багрово-цианотичные пятна и пузыри, заполненные геморрагической жидкостью. На стопе кожная чувствительность снижена, на голени и бедре определяется гиперестезия. Пульсация артерий стопы и подколенной артерии пальпаторно не определяется. **Укажите заболевание, которому соответствует эта клиническая картина:**

- а) тромбоз бедренной артерии с развитием субфасциального отека;
- б) острая стадия болезни Бюргера (тромбангит в сочетании с флебитом);
- \*в) острый подвздошной- бедренный венозный тромбоз, венозная гангрена конечности;
- г) белая флегмазия;
- д) краш- синдром.

### **Примерные темы рефератов (13):**

1. Показания к хирургическому лечению ИБС. Условия выполнения операции реваскуляризации миокарда и методы хирургического лечения ИБС
2. Расслаивающие аневризмы аорты: клиника, диагностика, лечение
3. Окклюзия брюшной аорты, синдром Лериша: клиника, диагностика, лечение. Синдром ишемии мужских половых органов (импотенция сосудистого генеза): этиология, клиника, диагностика, лечение.
4. Окклюзия ветвей дуги аорты (хроническая мозговая сосудистая недостаточность): этиология, классификация поражений, клиника, диагностика, лечение Синдром Такаюсу (окклюзия подключичных артерий).
5. Синдром хронической абдоминальной ишемии (окклюзии висцеральных ветвей брюшной аорты): этиология, классификация поражений, клиника, диагностика, лечение.
6. Ишемия нижних конечностей: этиология, классификация, клиника, диагностика, консервативное лечение, показания к хирургическому лечению, виды реконструктивных операций, поясничная симпатэктомия.

7. Облитерирующий эндартериит: этиология, клиника, диагностика, лечение.  
Облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера): этиология, клиника, диагностика, лечение.
8. Варикозное расширение вен: этиопатогенез, классификация, клиника, осложнения, показания к операции, оперативное лечение, принципы и методы консервативного лечения.
9. Посттромбофлебитический синдром нижних конечностей: этиопатогенез, клиника, показания к оперативному лечению, виды оперативных вмешательств.
10. Врожденные пороки кровеносных сосудов (гемангиомы, синдром Клиппеля-Треноне, синдром Паркса-Вебера-Рубашова).
11. Эмболия легочной артерии: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы консервативного лечения, показания к операции, результаты лечения.
12. Эмболии и тромбозы магистральных артерий: этиопатогенез, классификация ишемии, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.
13. Острые венозные тромбозы системы нижней полой вены и вен нижних конечностей: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.

### Вопросы (20):

1. Перечислите показания и противопоказания к назначению основных антиаритмических препаратов при тахисистолических формах нарушений ритма сердца.
2. Опишите методику проведения пункции полости перикарда.
3. Опишите способы остановки кровотечения при ранениях сердца и сосудов.
4. Опишите методику проведения непрямого массажа сердца.
5. Перечислите показания к хирургическому и эндоваскулярному лечению стабильной стенокардии напряжения;
6. Опишите принципы дифференциальной диагностики приобретенных пороков сердца;
7. Опишите принципы дифференциальной диагностики врожденных пороков сердца.
8. Составьте и обоснуйте план и объем лечебно-диагностических мероприятий при подготовке больного к операции протезирования аортального клапана.
9. Опишите показания и противопоказания к назначению непрямых антикоагулянтов у пациентов после протезирования клапанов сердца.
10. Дать характеристику основных осложнений антикоагулянтной терапии, методов лабораторного контроля, профилактики.
11. Укажите показания и противопоказания к проведению тромболитической терапии при тромбоемболии легочной артерии в зависимости от объема поражения и давности заболевания.
12. Что не характерно для посттромбофлебитического синдрома?
  - а) гиперпигментация кожи
  - б) застойный дерматоз и склеродермия
  - в) образование трофических язв
  - г) бледная «мраморная» кожа
  - д) вторичный варикоз поверхностных вен
13. Для чего используется проба Пратта с двумя бинтами?
  - а) выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей
  - б) определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей
  - в) исследования недостаточности перфорантных вен
  - г) диагностики окклюзии подколенной артерии
14. Какие симптомы нельзя отнести к локальному тромбофлебиту поверхностных вен нижних конечностей?
  - а) дистальные отеки
  - б) распирающие боли

- в) повышение температуры тела
  - г) гиперемия кожи по ходу вены
  - д) резкую болезненность при пальпации.
15. Какую патологию можно заподозрить у больного с явлениями мигрирующего флебита?
- а) лейкемию
  - б) злокачественную опухоль, чаще поджелудочной железы
  - в) тромбангиитную окклюзию сосудов
  - г) узелковый периартериит
  - д) варикозное расширение вен
16. В чём заключается профилактика тромбоэмболических осложнений операции у больных с высоким риском после перенесённой операции? Она включает, кроме:
- а) антикоагулянтов
  - б) дезагрегантов
  - в) лечебной физкультуры
  - г) длительного постельного режима
  - д) компрессионной терапии нижних конечностей
17. Какие из имеющихся у больного факторов, которые наименее вероятно могут привести к тромбоэмболии легочной артерии после операции, должен учитывать хирург?
- а) ожирение
  - б) варикозную болезнь вен нижних конечностей
  - в) флеботромбоз глубоких вен голени и бедра
  - г) язвенную болезнь желудка.
18. Какова длительность компрессионной терапии нижних конечностей после флебэктомии в условиях поликлиники? Она составляет:
- а) 1 неделю
  - б) 2 недели
  - в) 3 недели
  - г) 1,5–2 месяца
19. Как перевести больного с гепарина на варфарин? Какой показатель контроля свертывания крови необходим?
20. Что такое новые оральные антикоагулянты?

### Требования к оформлению реферата и критерии оценки:

Итогом освоения дисциплины является зачет, проводимый согласно утвержденного графика учебного процесса. К зачету допускаются ординаторы, в полном объеме выполнившие программу дисциплины.

#### Реферат. Критерии и шкалы оценки реферата.

1. Реферат должен иметь объем не менее 20-ти страниц, 14 шрифт, интервал – 1,5-2, поля 3 x 2 см.
2. Структура реферата:
  - а. Оглавление (содержание)
  - б. Введение
  - с. Основная часть
  - д. Заключение
  - е. Список литературы
  - ф. Титульный лист
3. Требования к тексту реферата: **Введение:** включает актуальность темы, обозначается цель исследования, и ставится ряд конкретных задач реферативного исследования. **Основная часть** реферата посвящается изложению темы. **Заключение реферата** – это подведение итогов проведенного анализа. На все поставленные во введении задачи даются конкретные ответы об их

решении. В конце реферата должен быть представлен список использованной литературы, составленный в алфавитном порядке в соответствии с библиографическими требованиями.

**Оценка 5** ставится, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

**Оценка 4** – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

**Оценка 3** – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

**Оценка 2** – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы, или реферат обучающимся не представлен.

## **12. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ»**

### **12.1 Перечень вопросов для устного собеседования:**

<b>Б3.1</b> <i>Подготовка к сдаче государственного экзамена</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме</li> <li>2. Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме</li> <li>3. Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме</li> <li>4. Оказание неотложной помощи при гипергликемии.</li> <li>5. Оказание неотложной помощи при гипогликемии.</li> <li>6. Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.</li> <li>7. Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.</li> <li>8. Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.</li> <li>9. Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.</li> </ol>	<b>Проверяемые компетенции</b>  УК-1, ПК-5, ПК-7
--	---	--

### **12.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<b>Б3.1</b> <b>Подготовка к сдаче государственного экзамена</b>	1. Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	<b>Проверяемые компетенции</b>  УК-1, ПК-5, ПК-7
	2. Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	
	3. Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	
	4. Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	
	5. Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	
	6. Тактика ведения больного при гипогликемии.	
	7. Тактика ведения больного при гипергликемии.	
	8. Тактика ведения больного при ЖКК.	
	1. Тактика ведения больного при ОНМК.	

### Контроль освоения ординаторами компетенций

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-34	1-12	1-9	
ПК	1	1-34	1-12	-	-
	2	-	1-12	-	-
	4	-	-	-	-
	5	1-34	1-12	-	-
	6	1-34	1-12	1-9	1-9
	7	1-34	1-12	1-9	1-9
	8	-	1-12	-	-
	9	-	-	-	-
	10	-	-	-	-
	11	-	-	-	-
	12	-	1-12	1-9	1-9

### 12.5 Темы рефератов

<b>Б3.1</b> <b>Подготовка к сдаче</b> <b>государственноэкзамена</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Неотложная помощь при ОНМК</li> <li>2. Неотложная помощь при гипогликемии</li> <li>3. Неотложная помощь при гипергликемии</li> <li>4. Неотложная помощь при анафилактическом шоке</li> <li>5. Неотложная помощь при (ОКС1), кардиогенный шок</li> <li>6. Неотложная помощь при (ОКС2), отёк легких</li> <li>7. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении (ЖКК)</li> <li>8. Неотложная помощь при бронхообструктивном синдроме на фоне бронхиальной астмы (БОС)</li> <li>9. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)</li> <li>10. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе (Обструктивный шок)</li> </ol>
---	---

### Оценка качества освоения программы.

#### Тестирование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75 76– 90 91 – 100

#### Ситуационная задача.

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Краткость</li> <li>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении</li> </ol>

<p><b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<p>материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
--	--

### Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<p>1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕЙРОХИРУРГИЯ»

Примерная тематика контрольных вопросов:

1. Краниография. Стандартные укладки. Роль краниографии для экстренной диагностики острой ЧМТ. Компьютерная томография: роль в экстренной диагностике ЧМТ,
2. Проводниковые расстройства чувствительности при поражении спинного мозга.  
. Пункция боковых желудочков головного мозга. Методика, показания.
4. Особенности оказания неотложной помощи при травме шейного отдела позвоночника



5. Оценка витальных нарушений при черепно-мозговой травме. Экстренная помощь при нарушениях витальных функций.
6. Хирургическая тактика при травме позвоночника и спинного мозга. Показания к экстренному хирургическому вмешательству.
7. Оценка сознания. Оценка стволовых симптомов. Выявление признаков внутричерепных гематом.
8. Сочетанная ЧМТ. Особенности диагностики и неотложной помощи.
9. Осложнения при оперативных вмешательствах на головном мозге. Хирургическая тактика при ранении сагиттального синуса.
10. Показания к экстренному оперативному вмешательству при позвоночно-спинномозговой травме (ПСМТ), виды операций.
11. Неотложная помощь при травматическом шоке.
12. Классификация травматических повреждений спинного мозга. Ушиб спинного мозга, клиника, диагностика, лечение.
13. Современная классификация ЧМТ. Особенности открытой ЧМТ.
14. Коматозные состояния, шкалы определения уровня сознания.
15. Клиническая картина черепно-мозговых повреждений при алкогольной интоксикации. Лечение травматических повреждений черепа при алкогольной интоксикации.
16. Сотрясение головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
17. Современная классификация позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ). Особенности открытой ПСМТ.
18. Тяжелая алкогольная интоксикация, симулирующая черепно-мозговые повреждения. Принципы диагностики и неотложной помощи при черепно-мозговых повреждениях на фоне алкогольного опьянения.
19. Компьютерная томография (КТ) головного мозга при ЧМТ. Суть метода, показания, диагностическая ценность в остром периоде ЧМТ.
20. Оценка витальных нарушений при черепно-мозговой травме. Экстренная помощь при нарушениях витальных функций.
21. Основные принципы реанимации и интенсивной терапии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.
22. Ушиб спинного мозга. Клиника, диагностика.
23. Ушиб головного мозга. Клиника, диагностика.
24. Хирургическое лечение внутричерепных гематом. Варианты трепанаций.
25. Опухоли спинного мозга. Клиника, диагностика. Лечение.
26. Опухоли головного мозга. Классификация. Дифференциальная диагностика. Особенности клинической картины при новообразованиях разной локализации.
27. Методы лечения новообразований головного мозга. Основные принципы методов. Показания и противопоказания.
28. Симптомы поражения спинного мозга в зависимости расположения опухоли к его поперечнику.
29. Геморрагический инсульт головного мозга: нейрохирургические аспекты.
30. Аневризмы. Классификация. Клиника (геморрагический и догеморрагический период).
31. Ишемические инсульты. Классификация. Клиника в зависимости от типа инфаркта мозга.
32. Патология магистральных артерий головы и шеи. Клиника. Диагностика. Лечение.
33. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Клинические синдромы. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению.
34. Оперативные вмешательства при грыжах межпозвоночного диска на поясничном уровне.
35. Топографическая анатомия позвоночника

36. Дегенеративный стеноз позвоночного канала на поясничном уровне. Современные методики оперативного лечения.

37. Абсцесс головного мозга. Клиника. Диагностика. Методы хирургических вмешательств.

Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку врача:

1. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.
2. Сочетанная ЧМТ. Особенности неотложной помощи.
3. Классификация травматических повреждений спинного мозга. Ушиб спинного мозга, клиника, диагностика, лечение.
4. Оценка сознания. Оценка стволовых симптомов. Выявление признаков внутричерепных гематом.
5. Современная классификация ЧМТ. Особенности открытой ЧМТ.
6. Проводниковые расстройства чувствительности при поражении спинного мозга на разных уровнях.

### Примеры тестовых заданий:

Инструкция: выберите один правильный ответ.

1. Центральный парез в конечностях развивается при поражении:

а) лобно-парасагиттальной области;

**б) области прецентральной извилины;**

в) подкорковых ядер;

г) мозолистого тела;

д) мозжечка.

2. Синдром аспонтанности включает в себя:

а) слабоумие;

б) депрессию;

**в) отсутствие побуждений и безразличие к окружающему;**

г) эйфорическое слабоумие;

д) агрессия.

3. Экстрапирамидные симптомы при опухолях лобной доли это: 1. крупноразмашистый тремор в конечностях 2. мелкоразмашистый тремор в конечностях 3. повышение тонуса в конечностях по спастическому типу 4. повышение тонуса в конечностях по пластическому типу 5. астазия-абазия.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

**в) если правильны ответы 2 и 4**

г) если правильный ответ 4

д) если правильны все ответы

4. Дифференцировать опухоль лобной доли от опухоли заднечерепной локализации позволяют: 1. наличие гемипареза 2. повышение тонуса в парализованных конечностях 3. снижение тонуса в парализованных конечностях 4. наличие атаксии 5. наличие интенционного дрожания.

Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

**д) если правильны все ответы**

5. Дислокационный синдром при опухолях лобной доли характеризуется: 1. односторонним снижением корнеального рефлекса 2. Двусторонним снижением конеального рефлексов 3. спонтанным вертикальным нистагмом 4. спонтанным горизонтальным нистагмом 5. нарушением слуха.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны все ответы

6. Сенсорная афазия преимущественно характеризуется: 1. Приступами торможения речи 2. невозможностью артикуляции 3. наличием словесных эмболов 4. непониманием речи 5. наличием парафазии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4**
- д) если правильны все ответы

7. Моторная афазия характеризуется:

- а) отсутствием понимания речи;
- б) невозможностью произношения слов;**
- в) скандированной речью;
- г) персеверациями;
- д) словесными эмболами.

8. Психопатологический лобно-базальный синдром характеризуется преимущественно:

- а) благодушием;
- б) эйфорией;**
- в) расторможенностью;
- г) акинетическим мутизмом;
- д) галлюцинациями.

9. Опухоли подкорковых узлов вызывают появление у больного всего перечисленного, кроме:

- а) ранней внутричерепной гипертензии;**
- б) элементов синдрома Дежерина – Руси;
- в) гемигипестезии;
- г) гемианестезии;
- д) хореоформных пароксизмов.

10. Внутренняя капсула расположена

- а) между хвостатым и лентиккулярным ядрами
- б) между зрительным бугром и лентиккулярным ядром
- в) между наружной стенкой III желудочка и зрительным бугром
- г) между скорлупой и оградой**
- д) правильного ответа нет

11. Причиной развития внутричерепной гипертензии является все перечисленное, исключая:

- а) артериальная гипертензия
- б) отек мозга
- в) артериальная гипотензия**
- г) нарушение оттока ликвора

12. При опухолях задней черепной ямки вегетативные симптомы возникают вследствие:

- а) гидроцефалии III желудочка;**
- б) гидроцефалии боковых желудочков;
- в) гидроцефалии IV желудочка;
- г) давления опухоли на ствол мозга;
- д) всего перечисленного.

13. При стойких грубых бульбарных нарушениях, сочетающихся с дыхательной недостаточностью, требующей пролонгированной ИВЛ, больным с патологией ЗЧЯ следует:

- а) проводить ИВЛ через маску с кислородом;
- б) проводить ИВЛ через оротрахеальную трубку;
- в) проводить ИВЛ через назотрахеальную трубку;
- г) проводить ИВЛ через трахеостому;**
- д) держать головной конец кровати в возвышенном положении.

14. К первичным опухолям позвоночника относятся:

- а) менингиомы;
- б) остеомы;**
- в) невриномы;
- г) холестеатомы;
- д) липомы.

15. Симптом "остистого отростка" это:

- а) локальная болезненность при перкуссии по остистым отросткам;**
- б) разлитая болезненность при перкуссии по остистым отросткам;
- в) появление локальных болей в позвоночнике после нагрузки по оси позвоночника;
- г) иррадирующие боли в конечности при ходьбе;
- д) правильно а) и в).

16. Triple-H терапия это:

- а) гипернатриемия, гиперосмолярность, гипертензия;
- б) гиперкалиемия, гипертермия, гипотензия;
- в) гиповолемия; гипоосмолярность, гемодилюция;
- г) гипертензия; гиперволемия, гемодилюция;**
- д) гипотензия, гиповолемия, гемодилюция.

17. При хирургии терминальных отделов основной артерии, особенно при дополнительном рассечении намета мозжечка, важно контролировать:

- а) лицевой нерв;
- б) зрительный нерв;
- в) отводящий нерв;
- г) только б);
- д) варианты а) и в).**

18. Патогенез нарушений мозгового кровообращения при АВМ (без САК):

- а) спазм артерий;
- б) нарушение ликвородинамики;
- в) артерио-венозное шунтирование;**
- г) закупорка сосуда;
- д) гиперплазия эндотелия артерии.

19. К особенностям клинических проявлений при доброкачественных глиомах височной доли относятся:

- а) раннее возникновение фокальных судорог;
- б) длительное существование абсансов;
- в) наличие вкусовых галлюцинаций;
- г) ранние гипертензионные проявления;
- д) правильно б) и в).**

20. При медиальных гематомах предпочтительно хирургическое вмешательство:

- а) прямое;
- б) стереотаксическое;
- в) эндоваскулярное;
- г) декомпрессивная трепанация с установкой вентрикулярного дренажа;
- д) эндоскопическое.**

21. Причина образования внутримозговых гематом:

- а) окклюзия сосуда;
- б) разрыв сосуда;**
- в) стеноз сосуда;
- г) изгиб сосуда;
- д) диссекция интимы.

22. Сотрясение головного мозга относится:

- а) к легкой черепно-мозговой травме;**
- б) к средней черепно-мозговой травме;
- в) к тяжелой черепно-мозговой травме;
- г) к травме с повреждением костей черепа;
- д) к травме с субарахноидальным кровоизлиянием.

23. Для эпидуральной гематомы характерна:

- а) утрата сознания после травмы без светлого промежутка;
- б) утрата сознания, светлый промежуток, после чего повторная утрата сознания;**
- в) утрата сознания через определенное время после травмы;
- г) утрата сознания отсутствует;
- д) все перечисленное.

24. Наиболее часто ликворея возникает при повреждении:

- а) лобной пазухи;
- б) клиновидной пазухи;
- в) верхнечелюстной пазухи;
- г) решетчатой пластинки;**
- д) решетчатых ячеек.

25. Наиболее частая форма базальной ликвореи:

- а) скрытая;
- б) глазная;
- в) назальная;**
- г) ушная;
- д) носоглоточная.

26. Сроки хирургического вмешательства при непрекращающейся ликворее и неэффективности консервативного лечения:

- а) первые 1-3 дня;
- б) через неделю;
- в) через 2 недели;
- г) через 3 недели;**
- д) через 1,5 месяца.

27. Экстракраниальные вмешательства выполняют при локализации ликворной фистулы в области: 1. передних решетчатых ячеек 2. площадки клиновидной кости 3. клиновидной 4. пазухи решетчатой пластинки 5. задние решетчатые ячейки.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3**
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

28. Показания к шунтирующим операциям: 1. неустановленная локализация ликворной фистулы 2. признаки повышения давления ЦСЖ 3. сочетание ликвореи с гидроцефалией 4. редкая спонтанная ликворея 5. труднодоступная локализация фистулы.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.**

29. При внутричерепной гипертензии изменения пульса характеризуются:

- а) тахикардией;
- б) аритмией;
- в) экстрасистолией;
- г) брадикардией;**
- д) напряженностью пульса.

30. В стадии формирования капсулы абсцесса характерны:

- а) гипертермия;
- б) цитоз в ликворе;
- в) очаговая симптоматика;**
- г) менингеальная симптоматика;
- д) гипертензионный синдром.

31. Ранний травматический абсцесс характеризуется:

- а) очаговой симптоматикой;
- б) стволовой симптоматикой;
- в) гипертензионным синдромом;
- г) плеоцитозом;
- д) **менингеальной симптоматикой.**

32. Пункционный (по Спасокукоцкому-Бакулеву) метод лечения абсцессов мозга показан:

- а) в стадии гнойно-воспалительного очагового энцефалита;
- б) в стадии формирования капсулы;
- в) в терминальной стадии;
- г) при поверхностном расположении абсцесса;
- д) **при глубинном абсцессе.**

33. Ликворная гипертензия характеризуется:

- а) **головной болью распирающего характера;**
- б) головной болью сжимающего характера;
- в) головной болью оболочечного характера;
- г) анизокория;
- д) болью в глазных яблоках.

34. При поступлении больного с черепно-мозговой травмой в приёмное отделение в первую очередь необходимо:

- а) провести неврологическое обследование;
- б) сделать диагностическую люмбальную пункцию;
- в) **обеспечить адекватную оксигенацию и гемодинамику;**
- г) сделать анализ свёртывающей системы крови;
- д) определить водно-электролитные показатели.

35. Показанием для контроля внутричерепного давления не является: 1. тяжёлая черепно-мозговая травма; 2. коматозное состояние больного (менее 8 баллов по ШКГ); 3. отёк мозга, признаки смещения срединных структур; 4. контузионные очаги, гематомы; 5. компрессия базальных цистерн.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1, 3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) **если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.**

36. Ушиб задних отделов шейных сегментов спинного мозга сопровождается:

- а) Локальной болезненностью задней поверхности шеи;
- б) Болью, дрожанием, тазовыми нарушениями;
- в) **Болью, дрожанием, гипертензией мышц шеи, рук, ног, иногда всего туловища;**
- г) Болью в затылочной области, онемением в кончиках пальцев, вялым верхним парапарезом;
- д) Верно а) и г).

37. Виды повреждений спинного мозга: 1. Сотрясение. 2. Ушиб 3. Сдавление 4. Полный анатомический перерыв спинного мозга. 5. Неполный анатомический перерыв спинного мозга.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) **если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.**

38. Основные критерии оценки неврологического осмотра пациентов по классификации ASIA\IMSOP:

- а) Оценка мышечной силы и нарушений тазовых функций;
- 51
- б) Оценка болевой и тактильной чувствительности;
- в) Оценка болевой и тактильной чувствительности с оценкой выпадения периостальных рефлексов;
- г) **Оценка мышечной силы, болевой и тактильной чувствительности;**
- д) Все неверно.

39. Хирургическая тактика при травме шейного отдела позвоночника включает:

- а) Декомпрессию спинного мозга;
- б) Стабилизацию позвоночника;
- в) **Декомпрессию нервных элементов, стабилизацию позвоночника;**
- г) Декомпрессию нервных корешков, удаление компремирующего агента;
- д) Декомпрессию спинного мозга, ламинопластику.

40. Стабильность позвоночника определяется:

- а) Нормальное анатомическое соотношение тел позвонков при физиологических нагрузках;
- б) **Способность позвоночника при физиологических нагрузках поддерживать соотношения между позвонками таким образом, чтобы не было ни изначального, ни последующего повреждения спинного мозга или нервных корешков;**
- в) Нормальное анатомическое соотношение тел позвонков в вертикальном положении;
- г) Сохранение оси позвоночника, отсутствие компрессии нервных структур;
- д) Верно в) и г).

41. В приемный покой поступил больной с флексионно-компрессионным механизмом перелома тела С6 позвонка со снижением высоты тела на 1\3 без признаков сдавления спинного мозга. Ваша хирургическая тактика:

- а) Ламинэктомия. Корпородез с передними пластинами;
- б) Операция передним или комбинированным доступом. Консервативная терапия;
- в) **Ношение жесткого воротника;**
- г) Вытяжение за скуловые дуги;
- д) Наложение HALO системы.

42. В приемный покой поступил больной с разгибательным механизмом перелома тела С5 позвонка с передним сдавлением спинного мозга. Ваша хирургическая тактика:

- а) Скелетное вытяжение за теменные бугры;
- б) Наложение HALO – системы;
- в) **Корпородез и фиксация передними пластинами;**



- г) Все неверно;
- д) Верно а) и б).

43. Церебральное перфузионное давление:

- а) прямо пропорционально сумме системного давления и ВЧД;
- б) прямо пропорционально вязкости крови;
- в) обратно пропорционально радиусу церебрального сосуда;
- г) **прямо пропорционально разнице системного давления и ВЧД;**
- д) равно внутричерепному давлению.

44. Сроки формирования зрелой костной мозоли после выполнения межтелового спондилодеза аутокостью:

- а) 1-2 месяца;
- б) 2-3 месяца;
- в) 3-4 месяца;
- г) **4-6 месяцев;**
- д) 6-8 месяцев.

45. Наиболее распространенное осложнение после операций передним доступом при травматическом повреждении шейного отдела позвоночника и спинного мозга:

- а) Повреждение твердой мозговой оболочки;
- б) Нагноение послеоперационной раны;
- в) Повреждение возвратного нерва;
- г) Повреждение пищевода, трахеи;
- д) **Верно а) и б).**

46. Показания к декомпрессивно-стабилизирующим операциям в позднем периоде травматической болезни спинного мозга:

- а) Сохраняющаяся компрессия спинного мозга;
- б) Нестабильность в поврежденных позвоночных двигательных сегментах;
- в) Прогрессирование миелопатического синдрома;
- г) Стойкий болевой синдром;
- д) **Все верно.**

47. Синдромы остеохондроза позвоночника, не требующие открытого хирургического лечения:

- а) Компрессионные;
- б) **Рефлекторные;**
- в) Конского хвоста;
- г) Миелопатический;
- д) Верно а) и в).

48. Как определяется симптом Вассермана:

- а) Пациент лежит на спине, врач разгибает согнутую в колене ногу;
- б) Пациент лежит на животе, врач сгибает ногу в коленном суставе;
- в) Пациент лежит на спине, врач поднимает выпрямленную ногу;
- г) **Пациент лежит на животе, врач поднимает выпрямленную ногу вверх;**
- д) Все неверно.

49. Как определяется симптом Мацкевича:

- а) Пациент лежит на спине, врач разгибает согнутую в колене ногу;
- б) **Пациент лежит на животе, врач сгибает ногу в коленном суставе;**

- в) Пациент лежит на животе, врач поднимает выпрямленную ногу вверх;
- г) Пациент лежит на спине, врач поднимает выпрямленную ногу;
- д) Все неверно.

50. Локтевой нерв в верхней трети плеча располагается:

- а) в толще клювоплечевой мышцы;
- б) спереди от плечевой артерии;**
- в) кзади от глубокой артерии плеча;
- г) у задневнутреннего края плечевой артерии;
- д) кнутри от лучевого нерва.

51. Седалищный нерв выходит из полости малого таза через:

- а) малое седалищное отверстие;
- б) подгрушевидное отверстие;**
- в) надгрушевидное отверстие;
- г) большое седалищное отверстие;
- д) запирающее отверстие.

52. При повреждении периферического нерва наблюдаются следующие двигательные расстройства: 1. Парез с высокими рефлексамми 2. Парез с низкими рефлексамми 3. Паралич с высоким тонусом 4. Паралич с низким тонусом.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4**
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны все ответы

53. Признаками сочетанного повреждения нервов и сосудов являются: 1. Синюшный цвет конечности, отек, нарушение чувствительности 2. Красноватый цвет конечности, отек, нарушение чувствительности, уплотнение мышц 3. Нарушение движений, похолодание конечности 4. Распирающие, сдавливающие, рвущие боли.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны все ответы**

54. К методам диагностики повреждений сплетений и нервных стволов относятся: 1. Вентрикулография 2. КТ миелография 3. Ангиография 4. Электродиагностика.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4**
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны все ответы

55. Наиболее частыми опухолями периферических нервов являются:

- а) Нейрофибромы;**
- б) Липомы;

- в) Фибросаркомы;
- г) Злокачественные опухоли периферических нервов;
- д) Шванномы.

56. Основные микрохирургические манипуляции, выполняемые при повреждении периферических нервов:

- а) Невролиз;
- б) Эндоневролиз;
- в) Нейрорафия;
- г) Нейротрансплантация;
- д) **Все перечисленные.**

### **Ситуационные задачи.**

Инструкция: ответьте на вопросы.

**Задача.** Пациент, 3 лет, поступил с жалобами на головную боль. Известно, что вчера вечером упал и ударился головой. Чувствовал себя удовлетворительно. Сегодня утром отметил усиление головной боли, тошноту. При поступлении состояние ухудшилось, стали нарастать нарушение сознания до сопора, расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, мидриаз справа. В правых конечностях отмечено снижение мышечной силы до 4,0 баллов. Брадикардия до 40 уд/мин. На КТ выявляется структура высокой плотности в левой теменно-височной области, прилегающая к внутренней костной пластинке.

Вопросы:

1. Как называется интервал между травмой и появлением неврологических симптомов?
2. Какому диагнозу соответствует такая клиника?

Ответ.

1. «Светлый» промежуток.
2. Эпидуральная гематома.

**Задача.** Пациент, 2 года, поступил в отделение с жалобами на слабость и похудание обеих рук, скованность в ногах при ходьбе, императивные позывы на мочеиспускание. В неврологическом статусе глубокие рефлексy с верхних конечностей низкие, в нижних конечностях выявляется умеренно выраженный нижний спастический парапарез. Коленные и ахилловы рефлексy повышены  $D > S$ . Проводниковые расстройства чувствительности с уровня  $C5$  с двух сторон. Симптом Бабинского с двух сторон, клонус стоп. На МРТ шейного отдела позвоночника выявлено увеличение поперечного размера спинного мозга на уровне  $C2-C6$  позвонков за счет объемной структуры с интенсивностью сигнала, близкой к серому веществу.

Вопросы:

1. Установите достоверный диагноз пациента. Какой специалист его должен установить?
2. Какое лечение необходимо провести?

Ответ.

1. Нейрохирург. Опухоль спинного мозга на уровне  $C2-C6$  позвонков.
2. Оперативное лечение.

**Задача.** Пациент, 5 лет, поступил в неврологическое отделение в тяжелом состоянии. После эмоционального стресса, когда возникла сильная головная боль, отмечалась однократная

рвота, кратковременное психомоторное возбуждение. При осмотре состояние тяжелое. Выраженный менингеальный синдром, отмечается двусторонний симптом Бабинского. При люмбальной пункции получен окрашенный кровянистый ликвор, вытекающий под повышенным давлением. После центрифугирования в осадке эритроциты покрывают все поле зрения.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно установить?
2. Какой специалист должен определить тактику лечения?

Ответ.

1. Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние, вероятно аневризматического генеза.

1. Нейрохирург после выполнения каротидной ангиографии.
- 2.

**Задача.** Приятель, бросив во время игры стеклянную полупустую бутылку, попал ею в правую височную область головы своего 12-летнего друга, который в течение 30 секунд казался оглушенным, но затем полностью был контактен, через сутки он внезапно впал в сопор. Его конечности справа, стали слабыми. Доставленный через 25 минут в больницу, пострадавший не реагировал на боль. Пульс 40 уд/мин, аритмичный. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст., справа мидриаз.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Какие диагностические исследования необходимо провести?

Ответ.

1. Субдуральная гематома справа.
2. Нейровизуализация (КТ, МРТ головного мозга).

**Задача.** Пациент 10 лет после дорожно-транспортного происшествия доставлен машиной скорой помощи. В приемном отделении развился судорожный припадок в виде подергиваний левой руки и левой половины лица. Щека слева «парусит», угол рта опущен. Левая рука, поднятая вверх, падает как «плеть», в левой ноге активные движения сохранены. Рефлексы средней живости, S > Д. Слева симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Какой диагноз установите?
2. В каком отделении должен лечиться пациент?

Ответ.

1. Закрытая черепно-мозговая травма. Травматическое кровоизлияние в правое полушарие головного мозга или ушиб головного мозга.
2. В нейрохирургическое отделение.

**Задача.** Пациент С., 15 лет, после ныряния в воду головой вниз, почувствовал слабость и онемение в руках и ногах. При осмотре выявлено: боль в шее, спастический умеренный тетрапарез, гипестезия с уровня С3, задержка мочи и кала, нарушение дыхания.

Вопросы:

1. Где локализуется патологический очаг?
2. Перелом какого позвонка можно заподозрить?
3. Какой метод подтвердит диагноз?

Ответ.

1. С2–С3 сегменты шейного отдела спинного мозга.
2. С3 позвонок.
3. МРТ шейного отдела позвоночника.

**Задача .** Пациентка, 11 лет, разбитым стеклом повредила верхнюю треть левого предплечья. После травмы сразу почувствовала отсутствие движений пальцев левой кисти, затем появились резкие жгучие боли в области левой ладони. В неврологическом статусе определяется ограничение сгибания I, II и, отчасти, III пальца левой кисти, затруднено сжатие пальцев в кулак. Пациентка не может противопоставить большой палец остальным. Карпорадиальный рефлекс слева снижен. Поверхностная чувствительность снижена на ладонной поверхности I–III пальцев левой кисти.

Вопросы:

1. Какой нерв пострадал?
2. Какое лечение необходимо назначить?
3. Показана ли консультация нейрохирурга?

Ответ.

1. Травматическая невропатия срединного нерва слева.
2. Нейропротекторы, сосудорегулирующая терапия, средства, улучшающие нервно-мышечную проводимость, витамины группы В, массаж, лечебная физкультура кисти.
3. Консультация нейрохирурга.

**Задача** Пациент, 14 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные утренние головные боли с тошнотой и рвотой, пошатывание при ходьбе. Болен около 6 месяцев, когда появились головные боли, иногда была рвота. Постепенно присоединилось пошатывание при ходьбе, больше вправо. При осмотре — горизонтальный среднеразмашистый нистагм вправо. В позе Ромберга не устойчив. Диффузная мышечная гипотония в правых конечностях.

Вопрос:

1. Установите диагноз.

Ответ.

1. Опухоль мозжечка в правом полушарии.

**Задача.** Пациентка, 14 года, жалуется на головную боль в течение полутора лет, шаткость при ходьбе. Объективно: горизонтальный нистагм, атаксия при ходьбе. В позе Ромберга падает вправо. При выполнении пальценосовой и указательной пробы справа интенционное дрожание и мимопопадание. Пяточноколенную пробу справа выполнить не может. Мышечный тонус в правых конечностях снижен.

Вопросы:

1. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Какое заболевание у данной пациентки?

Ответ.

1. МРТ или КТ головного мозга с контрастированием.
2. Опухоль правого полушария мозжечка.

**Задача** Пациентка, 15 года, заболела 3 года назад. Появилась головная боль, затем постепенно начали увеличиваться руки, ноги. Объективно: резко выражены надбровные дуги, нос большой, губы толстые, нижняя челюсть выступает вперед. Большие кисти и стопы. На глазном дне — нерезко выраженные застойные диски зрительных нервов. На краниограмме отмечено увеличение размеров турецкого седла, истончение его стенки.

Вопросы:

1. Диагноз у этой пациентки?
2. Консультация какого специалиста должна быть назначена?

Ответ.

1. Аденома гипофиза.
2. Консультация нейрохирурга.
2. МРТ головного мозга с контрастированием и последующей консультацией нейрохирурга.

**Задача** В приемный покой доставлен ребенок 4 лет, который внезапно потерял сознание. В неврологическом статусе при осмотре выявлено: кома I степени, оживлены глубокие рефлексы, симптом Бабинского с обеих сторон, ригидность мышц затылка, синдром Кернига.

Вопросы:

1. Диагноз? Какие методы исследования нужно выполнить для уточнения клинического диагноза?
2. Что может служить этиологическим фактором развития данного заболевания?
3. Тактика ведения пациента и лечения.

Ответ:

1. Субарахноидальное кровоизлияние. Необходимо выполнить люмбальную пункцию и КТ.
2. Аневризма, артерио-венозная мальформация, артериальная гипертензия.
3. Каротидная панангиография, консультация нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.

**Задача.** Пациентка, 13 лет, поступила в клинику с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конечностях. В анамнезе артериальная гипертензия. При осмотре: состояние тяжелое, глубокое оглушение, речевой контакт затруднен. Выявляются ригидность мышц затылка, симптомы Кернига. После люмбальной пункции получен ликвор с примесью крови. При КТ головного мозга отмечается распространение крови в субарахноидальном пространстве.

Вопросы:

1. Какой диагноз у данной пациентки?
2. Определите тактику ее дальнейшего ведения.

Ответ.

1. Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние.
2. Консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении после каротидной панангиографии.

**Задача .** Пациент Н., 16 лет, обратился с жалобами на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу. Боли возникли после подъема тяжелого груза. При осмотре выявлено: походка шадящая, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации паравертебральных точек L5–S1 слева, с этой же стороны симптом Ласега 45 , не определяются подошвенный и ахиллов рефлексы, гипестезия в зоне иннервации S1.

Вопросы:

1. Установите топический и клинический диагноз.
2. Какие методы исследования нужно провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение необходимо назначить?

Ответ.

1. Дискогенная радикулопатия S1 слева.
2. МРТ пояснично-крестцового отдела.
3. Нестероидные противовоспалительные препараты, сосудистые препараты, миорелаксанты, витамины, физиотерапия.

**Задача.** Ребенок трех лет перенес двухсторонний гнойный отит, поступил в отделение реанимации. При осмотре: состояние тяжелое,  $t 40^{\circ}\text{C}$ , выраженная головная боль, повторная рвота. Ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского. Черепные нервы без патологии. Левосторонний гемипарез со снижением силы до 4 баллов, симптом Бабинского слева. Левосторонняя гемигипестезия. В крови: лейкоцитоз свыше 15.000, СОЭ50 мм/час. В ликворе нейтрофильный плеоцитоз до 200 клеток в 1 мкл. На МРТ: объемное образование с капсулой в правой лобновисочной области.

Вопросы:

1. К какому осложнению привел гнойный отит?
2. С чем нужно дифференцировать заболевание?
3. Тактика ведения пациента.

Ответ.

1. К формированию абсцесса головного мозга в правом полушарии.
2. Необходимо проверить дифференциальный диагноз с вторичным гнойным менингитом, опухолью головного мозга, инсультом.