

Документ подписан электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 11.06.2024 09:19:55
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eae1e62674b54f4998099d3d6b6dcf836

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

Код направления подготовки	31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль)	Педиатрия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Патофизиологии и общей патологии
Выпускающая кафедра	Детских болезней

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

Проведение промежуточной аттестации происходит в виде зачета.

Задания на зачете содержат 1 теоретический вопрос 1 ситуационную задачу

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Реферат (от лат. refero – докладываю, сообщаю) представляет собой особое сочинение, в котором определены цели, задачи и выводы излагающие основные положения темы или проблемы.

Тематика рефератов представлена в Фондах оценочных средств и в учебно-методических пособиях для самостоятельной работы ординатора соответствующей рабочей программы.

Рефераты докладываются на занятии соответственно выбранной теме и календарно-тематическому плану, сдаются преподавателю строго в указанный срок.

Сведение отобранной информации должно быть встроено в текст в соответствии с определенной логикой. Реферат состоит из трех частей: введения, основной части, заключения;

а) во введении логичным будет обосновать актуальность темы (почему выбрана данная тема, каким образом она связана с современностью и наукой);

цель (должна соответствовать теме реферата);

задачи (способы достижения заданной цели), отображаются в названии параграфов работы;

б) в основной части дается характеристика и анализ темы реферата в целом, и далее – сжатое изложение выбранной информации в соответствии с поставленными задачами. В конце главы должен делаться вывод (подвывод), который начинается словами: «Таким образом...», «Итак...», «Значит...», «В заключение главы отметим...», «Все сказанное позволяет сделать вывод...», «Подводя итог...» и т.д.

в) заключение содержит выводы по главам (1-1,5 листа). Уместно высказать свою точку зрения на рассматриваемую проблему.

Реферат может быть представлен в виде презентации, при этом обязательно выполнение основных требований к реферату, включая правильность оформления списка литературы!

Раскрытие темы реферата предполагает наличие нескольких специализированных источников (как минимум 8-10 публикаций, монографий, справочных изданий, учебных пособий) в качестве источника информации. Предпочтение отдается публикациям в специализированных журналах и монографиям признанных специалистов в соответствующей области знаний. Обязательно использование иностранной литературы.

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА – РЕФЕРАТ (7 СЕМЕСТР)

Список реферативных сообщений:

1. Патофизиология бактериального шока
2. Неонатальный сепсис. Пупочный сепсис.
3. Особенности диагностики и интенсивной терапии сепсиса у детей.
4. Роль хемокинов и адгезивных молекул в фагоцитарных реакциях.
5. Интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдром
6. Фармакотерапия у беременных с патологией органов дыхания
7. Синдром внезапного апноэ у детей.
8. Особенности легочного кровообращения у плода и новорожденного, механизмы шунтирования и принципы ИВЛ у детей.
9. Современные методы остановки кровотечения
10. Геморрагический синдром при передозировке варфарина.
11. Медикаментозная коррекция постгеморрагических анемий
12. Тромбофилии при беременности
13. Антифосфолипидный синдром;
14. Геморрагический васкулит.
15. Гемофилии А,В,С у детей разного возраста
16. Прогноз и возможные исходы геморрагического синдрома у детей.
17. Методы профилактики развития геморрагического синдрома и формирования инвалидности у детей раннего и старшего возраста больных гемофилией.
18. Коллапс. Характеристика понятия: виды, причины, механизмы развития. Проявления, последствия. Принципы терапии.
19. Стресс. Понятие о стрессе как неспецифической реакции организма на воздействие различных чрезвычайных раздражителей
20. Гипоксия и нарушение процессов энергообеспечения, как звено патогенеза комы.
21. Расстройство кислотно-основного равновесия при коматозном состоянии.
22. Дисбаланс ионов и жидкости, как звено патогенеза комы.
23. Стратегия лечения коматозных состояний.
24. Виды нарушения сознания.
25. Цирроз печени. Этиология, патогенез цирроза печени. Признаки и симптомы цирроза печени. Стадии цирроза печени. Осложнения. Диагностика.
26. Портальная гипертензия и варикозные вены пищевода и желудка.

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ (7 семестр)

Задания на зачете содержат 1 теоретический вопрос и одну ситуационную задачу.

1. Классификация септических состояний и критерии диагностики. Общие закономерности повреждения жизненно важных органов в условиях развития сепсиса. Основные этапы развития ССВО. Роль провоспалительных цитокинов в патогенезе ССВО. Клинические критерии синдрома.
2. Патогенез перфузионных, диффузионных, вентиляционных нарушений при развитии респираторного дистресс-синдрома взрослых и новорожденных. Особенности клинической картины в зависимости от степени нарушений газообменной функции и стадии процесса. Патогенетические пути коррекции респираторного дистресс-синдрома. ТЭЛА. Классификация. Причины. Патогенез. Лечение. Синдром обструкции легких.
3. ДВС синдром. Общая характеристика. Этиология, стадии. Патогенез и клинические проявления ДВС синдрома. Лабораторная диагностика стадий ДВС синдрома. Принципы терапии. Прогноз.
4. Тромбогеморрагический синдром. Тромбофилии. Этиология, патогенез, механизм развития, проявления. Методы диагностики и основные принципы терапии данных состояний. ТЭЛА. Классификация. Причины. Патогенез. Лечение.
5. Кровопотеря. Патогенез и клинические проявления острого кровотечения. Геморрагический шок. Патогенез функциональных расстройств при острой кровопотери. Виды, причины патогенез и проявления хронического кровотечения. Особенности кровотечения из желудочно-кишечного тракта. Особенности массивного акушерского кровотечения. Адаптивные механизмы. Стадии компенсации кровопотери. Патогенетический подход к коррекции кровопотери. Инфузионно-трансфузионная терапия.
6. Эпидемиология гепаторенального синдрома. Классификация гепаторенального синдрома. Этиология. Клинические проявления. Принципы диагностики. Принципы лечения. Профилактика заболевания. Прогноз при гепаторенальном синдроме.
7. Цирроз печени. Этиология, патогенез цирроза печени. Признаки и симптомы цирроза печени. Стадии цирроза печени. Осложнения. Диагностика. Печеночная кома. Этиология, патогенез, стадии и клинические проявления комы. Патогенетический подход к коррекции комы.
8. Почечная недостаточность. Этиология. Классификация. Патогенез почечной недостаточности. Почечная недостаточность. Этиология. Классификация. Патогенез почечной недостаточности. Специфические и неспецифические симптомы острой и хронической почечной недостаточности у детей. Эфферентные методы терапии почечной патологии у детей.
9. Понятие шока. Классификация. Основные стадии патогенеза шока. Общие проявления шока. Травматический шок: Геморрагический, или гиповолемический шок: Септический. Анафилактический шок. Кардиогенный шок. Стадия компенсации и декомпенсации. Принципы лечения различных видов шока.
10. Основные звенья патогенеза коматозных состояний. Диагностические критерии коматозных состояний. Последствия комы. Принципы обследования и оказания неотложной помощи пациентам с нарушением сознания. Ключевые принципы интенсивной терапии коматозных состояний. Этиопатогенез синдрома полиорганной недостаточности. Три основных механизма развития ПОН: медиаторный; микроциркуляторный и связанный с ним реперфузионный; инфекционно-механический путь.
11. Этиопатогенез синдрома полиорганной недостаточности. Три основных механизма развития ПОН: медиаторный; микроциркуляторный и связанный с ним реперфузионный;

инфекционно-механический путь. Патогенез формирования СПОН у детей в разные возрастные периоды Роль синдрома системного воспалительного ответа в формировании полиорганной дисфункции. Роль эндогенной интоксикации в формировании полиорганной дисфункции. Метаболические основы синдрома полиорганной недостаточности

Задача №1. У пациента Н., 15 лет, после перенесенной психической травмы в течение 3 суток постепенно нарастали слабость, вялость, сонливость, повышенная утомляемость. Н. жаловался на головную боль, тошноту, рвоту, потерю аппетита, боль в животе, жажду, в связи с чем был госпитализирован. При поступлении: сухость кожных покровов и слизистых оболочек; губы сухие, потрескавшиеся, покрыты корками; язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор кожи снижен, черты лица заострены, глаза глубоко запавшие, глазные яблоки мягкие, зрачки сужены. Пульс нитевидный, слабого наполнения, 115 уд. в мин, АД 90/50 мм рт. ст. Дыхание редкое, глубокое, шумное. Диурез снижен. Тонус мышц резко ослаблен, сухожильные рефлексы не вызываются. Сознание отсутствует. Анализ крови: глюкоза 32 ммоль/л (в норме 4,4 – 6,6 ммоль/л), остаточный азот 45 мг% (в норме 20-40 мг%), β-гидроксibuтират 13,7 ммоль/л (в норме 0,43-1,03 ммоль/л), свободные жирные кислоты 2,1 ммоль/л (в норме 0,3 – 0,8 ммоль/л), молочная кислота 1,9 ммоль/л (в норме 0,99-1,78 ммоль/л), рН 7,20 (в норме 7,35-7,45), РаСО₂ 20 мм рт. ст. (в норме 34-45 мм рт. ст.), SB 9 ммоль/л (в норме 21-25 ммоль/л).

Вопросы:

1. Какая форма патологии развилась у Н.?
2. Осложнением какого заболевания часто является это состояние?
3. Каков механизм развития этого осложнения?
4. Какие факторы могут спровоцировать его развитие?

Задача №2. Пострадавший А. доставлен в хирургическую клинику с места автокатастрофы с множественными повреждениями грудной клетки, живота, ног и потерей большого количества крови.

Объективно: сознание сохранено, но пострадавший не ориентируется во времени и ситуации; кожные покровы бледные, тахикардия, «нитевидный» пульс, АД 65/15 мм рт.ст. А. произведена операция по перевязке кровоточащих кровеносных сосудов, перелито 1200 мл донорской крови (срок хранения от 2 до 17 дней) и 2000 мл кровезаменителей.

В реанимационном отделении: состояние А. тяжёлое; сохраняются тахикардия, артериальная гипотензия, одышка; суточный диурез значительно меньше нормы; возникло кровотечение из мелких сосудов повреждённых тканей. Данные лабораторных исследований свидетельствуют о понижении свёртываемости крови, гипопротромбинемии, гипофибриногемии и тромбоцитопении.

На вторые сутки развились явления острой почечной недостаточности. Смерть А. наступила от прогрессирующей почечной и сердечно-сосудистой недостаточности. На вскрытии обнаружены признаки множественного тромбоза мелких сосудов внутренних органов.

Вопросы:

1. Какой патологический процесс развился у А.: а) вскоре после травмы; б) в реанимационном отделении?
2. Каков патогенез патологического процесса, который развился у пациента в реанимационном отделении?
3. Каковы механизмы развития: а) почечной недостаточности; б) сердечно-сосудистой недостаточности у больного?
4. Трансфузионная терапия оказалась неэффективной. Выскажите предположение — почему?

Задача 3. Пациент Ч. 36 лет, рабочий горнорудной промышленности, поступил в клинику с подозрением на силикоз. Жалуется на одышку, особенно выраженную при ходьбе и физическом напряжении, постоянный кашель (сухой, иногда с небольшим количеством

мокроты), боли в грудной клетке.

Данные газового состава артериальной крови и спирометрии:

Газовый состав артериальной крови	
p_aO_2	85 мм рт.ст.
После пробы с произвольной гипервентиляцией лёгких	88 мм рт.ст.
p_aCO_2	40 мм рт.ст.
Кислородная ёмкость	19,2 объёмных %
S_aO_2	94,3%
Спирометрия	
ЖЁЛ	4,2 л
ФЖЁЛ ₁	2,6 л
ЖЁЛ (% от должной величины)	92
Коэффициент <i>Тиффно</i>	?
	(рассчитать)
МОД (% от должной величины)	124
Дополнительные данные	
Частота дыхания	19 в 1 минуту

Вопросы:

1. Имеются ли у Ч. признаки расстройства газообменной функции лёгких? Если да, то укажите их. Ответ аргументируйте.

2. Есть ли у Ч. признаки расстройства альвеолярной вентиляции? Если да, то определите его тип (обструктивный или рестриктивный).

3. Учитывая возможность развития пневмокониоза, как Вы предлагаете оценить диффузионную способность лёгких?

4. Каков Ваш общий вывод о возможном характере нарушений газообменной функции системы внешнего дыхания?

Задача №4. Пациент С. 50 лет, жалуется на тупые ноющие боли в эпигастрии (больше справа) опоясывающего характера, кожный зуд, одышку при незначительной физической нагрузке, перебои в работе сердца, слабость.

Из анамнеза известно, что С. длительное время злоупотребляет алкоголем. 10 лет тому назад впервые появились схваткообразные боли в животе, диспепсия (горечь во рту, тошнота).

Впоследствии указанные симптомы возникали неоднократно, после приема алкоголя, однако к врачам не обращался, так как в периоды отказа от алкоголя самочувствие улучшалось. Около 6 лет тому назад стал замечать неприятные ощущения за грудиной при значительной физической нагрузке, купирующиеся в покое. 3 года назад впервые возник приступ сердечной аритмии (пароксизмальная форма мерцания предсердий) в связи с чем прекратил прием алкоголя. Однако в последнее время стал вновь употреблять алкоголь, после чего стали беспокоить «перебои» в работе сердца. Настоящее ухудшение длится около недели.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. С. беспокойный, раздражительный, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые сухие, желтушные, десна кровоточат. На коже множественные расчесы, «сосудистые звездочки», определяются «печеночные ладони». ЧДД 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 96 в минуту, дефицит пульса 8 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Выраженные отеки голеней и стоп. Живот увеличен в объеме за счет асцитической жидкости. На передней брюшной стенке расширены вены («*sarut medusae*»). Аппетит снижен; отмечается инверсия сна (бессонница ночью и сонливость днем). Кал обесцвечен, отмечается потемнение мочи.

Общий анализ крови без изменений. Общий анализ мочи: моча темная, сильно вспенивается при встряхивании. Биохимический анализ крови: билирубин общий 599 мкмоль/л (норма 5-21 мкмоль/л), прямой билирубин 462 мкмоль/л (норма 0-4,5 мкмоль/л), непрямого билирубин 137 мкмоль/л (норма 2-17 мкмоль/л), АЛТ 124 Е/л (норма 0-45 Е/л), АСТ 267 Е/л (норма 0-35 Е/л), альбумин 29 г/л (норма 35-55 г/л), γ -глобулины 26 г/л (норма 10-19 г/л),

мочевина 1,86 ммоль/л (норма 1,5-8 ммоль/л), холестерин 5,89 ммоль/л (норма 3,0-5,2 ммоль/л), тимоловая проба 8 Е/л (норма до 6 ЕД/л), α -амилаза –143 Е/л (норма 28-100 Е/л). Антитела к HBs, HCV отрицательные. Протромбиновый индекс 70% (норма 80-100%). На ЭКГ: мерцание предсердий. На ЭХО-КГ умеренное расширение обоих предсердий, нарушение диастолической функции левого желудочка. Фракция выброса 48%.

Вопросы:

1. Какие формы патологии имеются у С.?
2. Каковы причины и механизмы развития каждой из названных Вами форм патологий?
3. Какие основные синдромы и симптомы, характерны для этих форм патологии?

Задача №5: Пострадавший А. доставлен в клинику через 5 ч. после дорожно-транспортного происшествия. Врач «Скорой помощи» обнаружил множественные переломы рёбер, ушибы мягких тканей таза и нижних конечностей с образованием обширных гематом. На момент поступления: спутанность сознания, бледность кожных покровов, нитевидный пульс, АД 60/20 мм рт.ст., периодический характер дыхания. Через сутки после проведения интенсивной плазмозамещающей терапии (влито 3 л полюглюкина и реополиглюкина) и переливания 0,5 л крови АД поднялось до 110/60 мм рт.ст.

На протяжении первых суток диурез отсутствовал. В последующие трое суток состояние продолжало оставаться тяжёлым. А. жаловался на сильную головную боль, головокружение, отмечалась частая, неукротимая рвота, общая заторможенность, наблюдались кратковременные судороги, развитие отёка подкожной клетчатки, брадикардия, эпизодическая экстрасистолия. Диурез не превышал 150–250 мл в сутки, АД 160/90 мм рт.ст. Анализ крови: остаточный азот 90 мг%, гиперкалиемия, гипермагниемия, гипонатриемия и гипохлоремия, рН 7,30; анализ мочи: удельный вес 1,040, незначительная протеинурия и цилиндрурия, единичные лейкоциты в поле зрения, миоглобинурия.

На 7-е сутки у А. зарегистрировано увеличение диуреза (до 2500 мл/сут), улучшение общего состояния (прекратились рвота, судороги, головные боли), уменьшилась выраженность отёков. Анализ мочи: удельный вес 1,010–1,012, умеренная протеинурия, большое количество зернистых цилиндров.

Вопросы:

1. Какой почечный синдром развился у А. и каковы его причины
2. Каковы причины анурии в период шока до восстановления АД
3. Почему не произошло восстановления диуреза после проведения интенсивной трансфузионной терапии?
4. Каковы механизмы развития симптомов у А. на 2–4-е сутки после травмы?

Задача №6. Пациент К. 31 года доставлен в клинику машиной «Скорой помощи». При поступлении: пассивен, заторможен, апатичен, не всегда сразу и адекватно отвечает на вопросы. Язык обложен. Температура 36,5 °С. Кожные покровы и слизистые желтушны, на коже верхней части туловища телеангиэктазии, выявлена эритема ладоней. Живот увеличен за счёт асцитной жидкости, что затрудняет пальпацию печени. Отёки нижних конечностей. Граница левого желудочка сердца несколько увеличена. АД 160/95 мм рт.ст., ЧСС 90, пульс ритмичный.

Результаты лабораторного обследования:

Общий анализ крови:

НЬ — 108 г/л; эритроциты $4,0 \pm 10^{12}$ /л, лейкоциты $4,8 \pm 10^{12}$ /л; СОЭ 35 мм в час.

Биохимическое исследование крови

общий билирубин 7,1 мг%

глюкоза 80 мг%

КТ — выше нормы

содержание мочевины — снижено

протромбиновый индекс — понижен

активность холинэстеразы — снижена

Австралийский Аг — не обнаружен

Вопросы:

1. Каковы механизмы развития указанных изменений кожных сосудов и стойкой эритемы ладоней у К.? Какие ещё симптомы обусловлены этим же эффектом?
2. Каковы причины портальной гипертензии и асцита? Какова роль асцита во вторичных

нарушениях функций организма?

3. Есть ли у К. признаки печёночной недостаточности? Если да, то каков механизм их развития?

4. С учётом клинических и лабораторных данных, развитие каких форм патологии есть основания допускать у К.: сахарный диабет? Острый гепатит? Цирроз печени? Почему?

5. Какие дополнительные данные Вам необходимы для точного ответа на два последних вопроса?

Задача №7. Мальчик М., один год и месяц, поступил в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка: вялость, отказ от еды, влажный кашель, повышение температуры тела до 38,8 °С. Из анамнеза: ребенок заболел семь дней назад, когда впервые появились вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность и слизистое выделяемое из носа, редкий кашель. Вызванный участковый педиатр диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия после чего состояние ребенка улучшилось. Однако на шестой день от начала заболевания повысилась температура тела до 38,8 °С. Он стал вялым, отказывался от еды, спал беспокойно, усилился кашель. Вызвали участкового врача.

При осмотре: бледность кожи; периоральный цианоз, возникающий при плаче; раздувание крыльев носа в момент кормления; одышка до 60 в мин с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно-коробочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области слева – участок притупления, там же и книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые влажные и крепитирующие хрипы. Над остальными участками легких выслушивается жесткое дыхание. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС – 120 в мин. Живот мягкий безболезненный, печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Мочится свободно. Стул густой.

Лабораторные методы исследования: ОАК: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, Ht – 49 %, Hb – 112 г/л, цветной показатель – 0,8; тромбоциты – $330 \times 10^9/л$, лейкоциты – $11,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 4 %, сегментоядерные – 52 %, эозинофилы – 1 %, лейкоциты – 36 %, моноциты – 7 %, СОЭ – 17 мм/час. Б/К крови: общий белок – 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, АЛТ – 23 Ед/л, АСТ – 19 Ед/л.

На рентгенограмме: очаговые инфильтративные тени в левом легком. Усиление сосудистого рисунка легких.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Обоснуйте его. Каковы наиболее вероятные этиологические факторы в развитии болезни у данного ребенка?

2. Виды дыхательной недостаточности. Клинико-лабораторная характеристика ДН.

3. Проведите дифференциальный диагноз с другими заболеваниями. 4. Назначьте лечение ребенку.

Задача №8. У мальчика в один год и пять месяцев появилась резкая болезненность и припухлость в области коленного сустава и обширный кровоподтек ягодиц. Ребенок недавно начал самостоятельно ходить и прослеживается связь между падением и указанными нарушениями.

Лабораторные методы исследования ОАК: Hb – 140 г/л, эритроциты – $5,6 \times 10^{12}/л$, тромбоцитов – $180 \times 10^9/л$.

Коагулограмма: ПТИ – 95 %, АЧТВ – 450 сек, фибриноген 2,2 г/л. Проба Дукэ – 5 мин.

Вопросы:

1. Нарушение, какого вида гемостаза можно предположить в данном случае?

2. О чем нужно спросить мать ребенка?