

Фонд оценочных средств по дисциплине
«Поликлиническая и неотложная педиатрия»

Уровень высшего образования
СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки
31.05.02 – РФ, 560002 – КР Педиатрия
(код и наименование направления подготовки)

Квалификация
Врач-педиатр

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-1: Готов к сбору и анализу жалоб у ребенка, сбор данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	<u>Знать:</u> - Правила проведения обследования по органам и системам у детей, правила сбора материала для лабораторного исследования, основные симптомы поражения органов и систем, специфика поражений у детей и особенность их проявления у детей.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	<u>Уметь:</u> -Раскрыть смысл полученных результатов исследования у детей, провести сравнение видов поражения органов и их систем и отметить практическую ценность конкретных патологических синдромов у детей различного возраста.	Блок В, D - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	<u>Владеть:</u> -Навыками сбора жалоб, анамнеза у родителей больного ребенка, проведения осмотра, приемами поиска и выявления основных симптомов поражения органов и их систем у детей и навыками выражения и собственного обоснования различных симптомов в единый патологический синдром.	Блок В, D - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-2: Способен к определению у детей и подростков основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.	<u>Знать:</u> -Специфику проведения исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов заболеваний, нозологических форм, в соответствии с МКБ. Основные симптомы и синдромы поражения органов и систем и их дифференциальную диагностику.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	<u>Уметь:</u> -Анализировать различные виды патологических состояний, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с (МКБ). Выделять практическую ценность конкретных патологических синдромов и симптомов заболеваний при их сравнении.	Блок В, D - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	<u>Владеть:</u> -Навыками и приемами поиска, выявления и систематизации основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с (МКБ). И их сравнительный анализ.	Блок В, D - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-3: Готов к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной	<u>Знать:</u> -правила проведения экспертизы временной нетрудоспособности, участия в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы

экспертизы, констатации биологической смерти человека.	- основные методы проведения экспертной оценки временной нетрудоспособности лиц с различными заболеваниями. - экспертную оценку временной нетрудоспособности до биологической смерти.	
	Уметь: - работать с материалами по экспертизе временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека; - провести экспертную оценку временной нетрудоспособности лиц с различными заболеваниями. - дифференцировать временную нетрудоспособность вплоть до констатации биологической смерти.	Блок В, Д - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	Владеть: - методами экспертной оценки временной нетрудоспособности лиц с различными заболеваниями. - навыками экспертизы временной нетрудоспособности, до констатации биологической смерти.	Блок В, Д - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-4: Способен к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами	Знать: - Основные виды и методы лечения больных детей и подростков с различными нозологическими формами и их специфику.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	Уметь: -Выбирать оптимальные методы лечения детей и подростков в зависимости от нозологической формы заболевания.	Блок В, Д - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат

	<u>Владеть:</u> -Приемами поиска и сравнения разных методов лечения больных детей и подростков с различными нозологическими формами.	Блок В, Д - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-5: Готов к ведению и лечению детей и подростков с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	<u>Знать:</u> -Этиопатогенез, клиническую картину и диагностику основных заболеваний, методы и средства сбора и анализа жалоб, и анамнеза ребенка и подростка, показания и противопоказания к ведению и лечению детей и подростков в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	<u>Уметь:</u> -Собирать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза; назначать лабораторные, инструментальные, и иные исследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания, определить показания и противопоказания ведению и лечению в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	Блок В, Д - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	<u>Владеть:</u> -Навыками сбора и анализа жалоб и анамнеза пациента, навыками осмотра пациента, проведения необходимых диагностических мероприятий; интерпретирует результаты наиболее распространенных методов функциональной диагностики болезней органов и систем; навыками назначения необходимых лабораторных и инструментальных методов	Блок В, Д - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация

	обследования в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-6: Готов к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	<u>Знать:</u> - клинические проявления острых и хронических заболеваний. - методики лечения и выполнения медицинских манипуляций при патологических состояниях и заболеваниях. - общие принципы лечения заболеваний с учетом их этиологии и патогенеза; - знание фармакологических групп и их взаимодействие друг с другом.	Блок А, С - задания - репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	<u>Уметь:</u> - увязать симптомы, данные осмотра и показатели лабораторных и инструментальных методов обследования в единое целое и поставить правильный диагноз. - подготовить больного, инструменты и медикаменты для проведения необходимой манипуляции. - оценить стадию заболевания и назначить терапию, соответствующую стадии заболевания.	Блок В, Д - задания - реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	<u>Владеть:</u> - навыками по выявлению признаков острого заболевания или обострения хронического заболевания. - навыками и методами оказания медицинской помощи при острых и хронических заболеваниях. - навыками этиологической и патогенетической терапии при лечении заболеваний в зависимости от степени тяжести заболевания в амбулаторных условиях.	Блок В, Д - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-7: Готов к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях у детей, требующих срочного медицинского вмешательства.	<u>Знать:</u> - правила проведения обследования у детей по органам и системам, правила первичной реанимации детей различных возрастов.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	<u>Уметь:</u> - выделить основные симптомы поражения органов и систем у детей при угрожающих жизни состояниях.	Блок В, D - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	<u>Владеть:</u> - навыками определения основных синдромов поражения органов и систем при неотложных состояниях у детей.	Блок В, D - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-9: Способен и готов к участию в проведении научных исследований и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины.	<u>Знать:</u> - медицинские системы и медицинские школы; - методы и приемы философского анализа проблем; - формы и методы научного познания и методы решения интеллектуальных задач.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	<u>Уметь:</u> - пользоваться учебной, научной, научно- популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности; - анализировать вопросы общей патологии и современные теоретические концепции и направления в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.	Блок В, D - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат

	<u>Владеть:</u> - навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; - навыками публичной речи, аргументации, ведения дискуссии и полемики, практического анализа логики различного рода рассуждений; - навыками в научно-исследовательской работе в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.	Блок В, Д - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-10: Готов к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у больных детей, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	<u>Знать:</u> - механизм лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапевтических процедур, санаторно-курортного лечения и других не медикаментозных методов на организм детей.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	<u>Уметь:</u> - обосновать целесообразность направления на санаторно-курортного лечения.	Блок В, Д - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	<u>Владеть:</u> - способностью назначить основные физиотерапевтические процедуры и природные лечебные факторы при различных заболеваниях.	Блок В, Д - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-11: Способен и готов к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление	<u>Знать:</u> - причины, условия и развития возникновения заболеваний, а	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы

здоровья детей и подростков и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	также устранение вредных факторов влияющих на здоровье человека; - организацию комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и устранения вредных факторов. - комплекс мероприятий направленных на сохранение и укрепление здоровья, формирование ЗОЖ и факторы, влияющие на здоровье человека.	
	Уметь: - выявлять вредные влияния на здоровье человека факторов среды его обитания; - предупреждать возникновение и (или) распространение заболеваний, их раннюю диагностику и причины их возникновения; - устранять причины возникновения и распространения заболеваний.	Блок В, Д - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	Владеть: - Комплексом мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, сохранение и укрепление здоровья и предупреждения заболеваний.	Блок В, Д - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-12: Способен и готов к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и детьми с хроническими заболеваниями.	Знать: - принципы диспансеризации здоровых детей и подростков и детей с хроническими заболеваниями, распределение их по группам здоровья; - принципы организации программ профилактики, диспансеризации населения.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы

	<u>Уметь:</u> - организовать диспансерное наблюдение за здоровыми и больными детьми, детьми из группы риска; - проводить профилактику обострений хронических заболеваний; - организовать патронажную работу, диспансеризацию новорожденных и детей раннего возраста с учетом особенностей их развития.	Блок В, Д - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	<u>Владеть:</u> - методами организации гигиенического образования и воспитания населения; - методикой формирования и реализации профилактических программ; - методикой проведения профилактических осмотров здоровых детей и детей с хроническими заболеваниями разных возрастных групп методами диспансерного наблюдения за здоровыми и больными детьми.	Блок В, Д - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-13: Готов к обучению детей и их родителей (опекунов/ попечителей) основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний.	<u>Знать:</u> - основные принципы инициативы больниц доброжелательного отношения к ребенку, методику грудного вскармливания, абсолютные противопоказания в грудному вскармливанию, показания к докорму, виды смесей для докорма детей, принципы искусственного вскармливания, методику введения прикорма, правила ухода за детьми.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы

	<u>Уметь:</u> - доступно разъяснять родителям преимущества грудного вскармливания, правила ухода за детьми в целях гармоничного их развития.	Блок В, Д - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	<u>Владеть:</u> - навыками консультирования матерей по вопросам питания детей грудного и раннего возраста, уходу за новорожденными и детьми грудного возраста в целях развития ребенка.	Блок В, Д - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация
Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-15: Способен к ведению медицинской документации.	<u>Знать:</u> - Перечень и характеристику учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях лечебного профиля; - Нормативную документацию, принятую в здравоохранении, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	<u>Уметь:</u> - Проводить медико-статистический анализ показателей здоровья прикрепленного населения; - Вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде.	Блок В, Д - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	<u>Владеть:</u> - Навыками работы и методами ведения учётно-отчётной документации различного характера в лечебных учреждениях; - Навыками сравнительной характеристики медицинской документацией различного характера в лечебных учреждениях.	Блок В, Д - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-16: Способен к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.	<u>Знать:</u> - законодательство в сфере охраны здоровья и нормативные правовые акты, определяющие деятельность медицинских работников и медицинских организаций; - медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного контингента, порядок их вычисления и оценки.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	<u>Уметь:</u> - получать добровольное информированное согласие родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на проведение обследования, лечение и иммунопрофилактику.	Блок В, Д - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	<u>Владеть:</u> - методикой наглядного представления результатов деятельности врача амбулаторного звена; - методикой получения добровольного информированного согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на проведение обследования, лечение и иммунопрофилактику; - методикой подсчета медико-статистических показателей профессиональной деятельности врача педиатра участкового; - навыками работы в информационно-коммуникативной сети «Интернет».	Блок В, Д - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ПК-18: Способен и готов к применению социально-гигиенических методик сбора медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей.	<u>Знать:</u> - основные направления медико-статистических показателей в контексте с доказательной медициной. - основные принципы и методы оценки качества оказания медицинской помощи с использованием медико-статистических показателей.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня - тестовые задания - теоретические вопросы
	<u>Уметь:</u> - анализировать медико-статистические показатели и их интерпретацию; - использовать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи; - проводить оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей с учетом доказательной медицины.	Блок В, Д - задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - реферат
	<u>Владеть:</u> - основными навыками работы с медико-статистическими показателями; - навыками выражения и обоснования собственной позиции относительно оценки качества оказания медицинской помощи на основе медико-статистических показателей с учетом доказательной медицины; - комплексом мероприятий по оценке качества оказания медицинской помощи с использованием статистических показателей.	Блок В, Д - задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - решение ситуационных задач - презентация

2. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ

Технологическая карта дисциплины Специальность «Педиатрия» Дисциплина «Поликлиническая и неотложная педиатрия» Курс 6, семестр 11, количество ЗЕ – 3, отчетность – зачет.					
Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
11 семестр					
Раздел 1					
Организация первичной медико-санитарной помощи детскому населению. Профилактическая работа участкового педиатра/семейного врача со здоровыми детьми	Текущий контроль	Фронтальный опрос, тест, ситуационная задача, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	11	6
	Рубежный контроль	Реферат.	7	12	
Раздел 2					
Профилактическая работа участкового педиатра/семейного врача в образовательных организациях	Текущий контроль	Фронтальный опрос, ситуационная задача, тест, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	11	10
	Рубежный контроль	Доклад с презентацией.	7	12	
Раздел 3					
Оказание лечебной помощи детям в возрасте до 5-ти лет при наиболее распространенных заболеваниях	Текущий контроль	Фронтальный опрос, ситуационная задача, практические навыки, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	12	16
	Рубежный контроль	Тест.	8	12	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет)		Теоретическое задание; Ситуационная задача; Практические навыки.	20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине:			60	100	

Технологическая карта дисциплины Специальность «Педиатрия» Дисциплина «Поликлиническая и неотложная педиатрия» Курс 6, семестр 12, количество ЗЕ – 3, отчетность – зачет с оценкой.					
Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
12 семестр					
Раздел 4					
Диспансерное наблюдение детей с патологией дыхательных путей, аллергическими заболеваниями и с патологией сердца и соединительной ткани	Текущий контроль	Фронтальный опрос, ситуационная задача, практические навыки посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	11	25
	Рубежный контроль	Тест.	7	12	
Раздел 5					
Диспансерное наблюдение детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, билиарной, крови, эндокринной и мочеполовой систем	Текущий контроль	Фронтальный опрос, ситуационная задача, тест, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	11	31
	Рубежный контроль	Реферат.	7	12	
Раздел 6					
Неотложная помощь при острых и хронических соматических заболеваниях, при несчастных случаях	Текущий контроль	Фронтальный опрос, ситуационная задача, практические навыки, посещаемость (за каждое пропущенное и неотработанное занятие снимается 1 балл).	6	12	36
	Рубежный контроль	Тест.	8	12	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет с оценкой)		Теоретическое задание. Практические навыки.	20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине:			60	100	

Максимально возможная сумма баллов за все виды учебной деятельности студента по дисциплине «Поликлиническая и неотложная педиатрия» составляет 100 баллов (зачетный максимум), а минимально возможная сумма баллов 60 баллов (зачетный минимум).

При получении студентом ниже 60 баллов (ниже зачетного минимума) практика не засчитывается, студент не будет допущен к занятиям до ликвидации задолженности.

3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)

Блок А

**2 ТЕСТЫ по разделам
(текущий и рубежный контроли)**

РАЗДЕЛ 1. Организация первичной медико-санитарной помощи детскому населению

1. Ответственность за организацию и проведение диспансеризации детского населения возлагается на:

- А. Участкового педиатра/семейного врача,
- Б. Главную медицинскую сестру ЦСМ/поликлиники, В. Руководителей органов и учреждений здравоохранения,
- Г. Врача инфекциониста.

2. Принципы деятельности ГСВ, кроме?

- А. Добровольность, коллегиальность, открытость принятия решений, психологическая совместимость, взаимодействие и заменяемость,
- Б. Приближенность к населению,
- В. Преимущественная помощь детям и пожилым людям,
- Г. Помощь всей семье.

3. Укажите учетный номер «истории развития ребенка»:

- А. Ф № 058/У,
- Б. Ф № 063/У,
- В. Ф № 112/У,
- Г. Ф № 026/У.

4. Новорожденный после выписки из родильного дома впервые должен быть осмотрен семейным/участковым врачом:

- А. На 1 неделе жизни,
- Б. В первые 3 дня после выписки из родильного дома,
- В. До 7-го дня жизни,
- Г. Ежедневно в первые 7-10 дней после выписки из родильного дома,

5. В условиях ЦСМ/поликлиники скрининговая диагностика дефицитных состояний у детей раннего возраста производится на основании:

- А. Регулярных осмотров,
- Б. Определения уровня кальция в моче,
- В. Определения уровня витаминов в сыворотке крови,
- Г. Оценки эритроцитов, цветного показателя, гемоглобина и лейкоцитов.

6. При первом патронаже новорожденного врач ГСВ дает следующие рекомендации по вскармливанию, кроме:

- А. Кормить ребенка, когда он проявляет признаки голода и не ждать, когда ребенок начинает плакать,
- Б. При беспокойстве давать ребенку пустышки,
- В. Не давать ребенку соки, искусственные смеси, каши,
- Г. Кормить грудью часто по требованию ребенка, днем и ночью, не менее 8 раз в сутки.

7. Недостатком работы педиатра по системе «семейной медицины» является:

- А. Единство в наблюдении за ребенком от рождения до 17 лет включительно,
- Б. Большое количество контактов детей первого года жизни с детьми старшего возраста,
- В. Привлечение врачей различных специальностей к осмотру ребенка,

8. Основными документами ГСВ по наблюдению за детьми из перечисленного ниже являются:

- А. История новорожденного,
- Б. История развития ребенка,
- В. Листок нетрудоспособности,
- Г. История болезни,

9. Антенатальная охрана плода в ГСВ не включает:

- А. Осмотр врачами-специалистами,

- Б. Своевременное взятие под наблюдение,
- В. Регулярное лабораторное обследование,
- Г. Освобождение от командировок.

10. Врач ГСВ при наблюдении за новорожденными осуществляет взаимосвязь с:

- А. Женской консультацией,
 - Б. Медико-санитарной частью,
 - В. Родильным домом,
 - Г. Стационаром детской больницы,
- 11. Доношенным считается**

новорожденный, родившийся на сроке гестации:

- А. с 22 по 37 неделю
- Б. с 28 по 37 неделю
- В. с 36 по 40 неделю
- Г. с 39 по 42 неделю

12. Первичная профилактика - это:

- А. Меры предупреждения возникновения болезни,
- Б. Меры предупреждения рецидива болезни,
- В. Меры предупреждения осложнений болезни, Г.
- Меры предупреждения первичной инвалидизации.

13. Вторичная профилактика - это:

- А. Меры предупреждения возникновения болезни,
- Б. Меры предупреждения рецидива и обострений болезни,
- В. Меры предупреждения осложнений болезни, Г.
- Меры предупреждения первичной инвалидизации.

14. На первом патронаже к новорожденному ребенку педиатр из обменной карты родильного дома (Ф-113/у) получает сведения о проведении следующих профилактических прививок:

- А. Против туберкулеза, против гепатита В,
- Б. Против коклюша, столбняка, полиомиелита,
- В. Против краснухи, кори, паротита,
- Г. Против пневмококковой инфекции.

15. Укажите правильную тактику консультирования медицинским работником, чтобы результат консультации был эффективным:

- А. Спроси, послушай, посоветуй, проверь на понимание,
- Б. Спроси, расскажи, что она делает неправильно, посоветуй, проверь на понимание,
- В. Спроси, послушай, похвали, посоветуй, проверь на понимание, Г.
- Спроси, послушай, посоветуй, потребуй обязательное исполнение.

16. В Российской Федерации проведение УЗИ сердца при профилактическом осмотре показано в возрасте:

- А. 1 месяца,
- Б. 3 месяцев,
- В. 6 месяцев,
- Г. 12 месяцев.

17. В Российской Федерации проведение ЭКГ при профилактическом осмотре показано в возрасте:

- А. 1 месяца,
- Б. 3 месяцев,
- В. 6 месяцев,
- Г. 12 месяцев.

18. Связь участковой педиатрической службы с медицинскими работниками детских образовательных учреждений по вопросам диспансеризации должна осуществляться через: А. педиатрическое отделение стационара медицинского учреждения,

- Б. клиническую лабораторию медицинского учреждения,
- В. отделение организации медицинской помощи детям и подросткам,
- Г. приёмное отделение стационара медицинского учреждения.

19. В понятие «оздоровительные мероприятия» входят: А. профилактика и лечение педикулеза,

- Б. диета, лечебные столы, режим, витаминизация,
- В. рекомендации по вакцинации против гриппа и профилактика,
- Г. рекомендации по занятиям профессиональным спортом, режим, витаминизация.

20. К видам реабилитации относят:

- А. комплексную,
- Б. парциальную,
- В. периодическую,
- Г. медицинскую.

21. К видам

реабилитации относят: А.

комплексную,

- Б. парциальную,
- В. трудовую,
- Г. периодическую.

22. Здоровые дети относятся к ____ группе здоровья:

- А. I
- Б. II
- В. III
- Г. IV

23. Медицинская реабилитация

направлена на:

- А. существенное повышение функциональных возможностей организма,
- Б. восстановление компенсации функциональных возможностей организма,
- В. снижение функциональных возможностей организма,
- Г. некоторое уменьшение функциональных возможностей организм.

24. В перечень мероприятий, который участковый врач проводит при первичном посещении больного ребёнка на дому, не входит:

- А. выдача справки в дошкольное учреждение о выздоровлении,
- Б. назначение лечения,
- В. назначение режима питания,
- Г. выдача взрослому листка нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком.

25. К льготной группе населения, при амбулаторном лечении которой лекарственные средства отпускаются бесплатно, относится:

- А. ребёнок-инвалид в возрасте лишь до 14 лет,
- Б. ребёнок-инвалид в возрасте до 18 лет,
- В. ребёнок до 5 лет,
- Г. ребёнок до 7 лет.

26. Специфическая профилактика острых заболеваний у детей включает:

- А. закаливание щадящим методом,
- Б. гимнастику и массаж грудной клетки,
- В. вакцинопрофилактику,
- Г. витаминотерапию, фитотерапию.

27. При организации профилактических осмотров детей первого года жизни впервые назначают общий анализ крови в:

- А. 1 месяц,
- Б. 4 месяца,
- В. 6 месяцев,
- Г. 12 месяцев.

28. При организации профилактических осмотров детей первого года жизни впервые назначают общий анализ мочи в:

- А. 1 месяц,
- Б. 12 месяцев,
- В. 4 месяца,
- Г. 6 месяцев.

29. В Российской Федерации при организации профилактических осмотров детей первого года жизни впервые назначают УЗИ внутренних органов и тазобедренных суставов в:

- А. 1 месяц,
- Б. 3 месяца,
- В. 6 месяцев,
- Г. 9 месяцев.

30. При организации профилактических осмотров детей первого года жизни впервые назначают ЭКГ в:

- А. 1 месяц,
- Б. 3 месяца,
- В. 6 месяцев,
- Г. 12 месяцев.

РАЗДЕЛ 2. Профилактическая работа участкового педиатра/семейного врача со здоровыми детьми

1. Здоровый грудной ребенок осматривается семейным врачом/педиатром в плановом порядке:

- А. Ежемесячно,
- Б. Ежеквартально,
- В. 2 раза в год,
- Г. По обращению матери.

2. Ребенка 1-го года жизни следует считать часто болеющим, если частота ОРЗ в год составляет:

- А. 2 и более раз;
- Б. 7 и более раз;
- В. 6 и более раз; Г. 4 и более раз

3. При какой частоте ОРЗ в год следует считать часто болеющим ребенка 4-5 лет?

- А. 3 и более раз в год;
- Б. 7-8 и более раз в год;
- В. 4 и более раз в год;
- Г. 5 и более раз в год;

4. Кратность наблюдения за недоношенными детьми включает осмотр врачом ГСВ на 1 месяце жизни:

- А. Ежедневно,
- Б. Один раз в неделю,
- В. Через день,
- Г. Один раз в две недели.

5. Профилактика респираторных инфекций не включает в себя:

- А. Ограничение физической активности,
- Б. Ограничение контактов с больными,
- В. Закаливание,
- Г. Специфическую вакцинацию

6. Врачебное наблюдение детей в возрасте от 1 до 2 лет осуществляется на:

- А. Прием 1 раз в квартал,
- Б. Дому ежемесячно,
- В. Прием 1 раз в полгода,
- Г. Прием 1 раз в год,

7. Во время первого патронажа к новорожденному ребенку семейный врач оценивает:

- А. Биологический, генеалогический и социальный анамнез,
- Б. Физическое и нервно-психическое развитие и соматическое состояние,
- В. Факторы «риска» и группу здоровья,
- Г. Все перечисленное верно.

8. Врачебное наблюдение детей в возрасте от 2 до 3 лет осуществляется:

- А. На приеме 1 раз в квартал,
- Б. На дому ежемесячно, В. На приеме 1 раз в полгода,
- Г. По обращаемости.

9. Врачебное наблюдение детей в возрасте от 3 до 7 лет осуществляется: А. На приеме 1 раз в квартал,

- Б. На дому ежемесячно,
- В. На приеме 1 раз в полгода,
- Г. На приеме 1 раз в год

10. Врачебное наблюдение детей в возрасте от 7 до 17 лет осуществляется: А. На приеме 1 раз в квартал,

- Б. На дому ежемесячно,
- В. На приеме 1 раз в полгода,
- Г. На приеме 1 раз в год.

11. Определение гемоглобина периферической крови здоровому ребенку впервые проводится в возрасте:

- А. 1 месяца,
- Б. 3 месяцев,
- В. 6 месяцев,
- Г. 9 месяцев.

12. При динамическом наблюдении здорового ребенка в возрасте 6-ти месяцев необходимо провести все, кроме:

- А. Оценки физического развития,
- Б. Определения уровня гемоглобина крови,
- В. Оценки психомоторного развития,
- Г. Вакцинация против туберкулеза.

13. При динамическом наблюдении здорового ребенка в возрасте 2 месяцев необходимо провести все, кроме:

- А. Оценки физического развития,
- Б. Проведения иммунизации согласно календарю прививок,
- В. Оценки психомоторного развития,
- Г. Оценки БЦЖ через туберкулинодиагностику.

14. Во время первого патронажа к новорожденному ребенку семейный врач дает следующие рекомендации по вскармливанию, кроме:

- А. Кормить ребенка, когда он проявляет признаки голода,
- Б. Кормить ребенка, не ожидая, когда он начинает плакать, В. Не давать ребенку морковный, свекольный или фруктовый сок,
- Г. периодически можно давать ребенку искусственные смеси.

- 15. Выберите показатель, свидетельствующий о нормальном развитии слуховых функций ребенка в возрасте 1 месяца:**
- А. Вздрагивает и мигает при резком звуке, поворачивает голову в сторону источника звука,
 - Б. Прислушивается к голосу взрослого, В. Находит глазами невидимый источник звука,
 - Г. Узнает голос матери.
- 16. Против какой инфекции внедрена вакцина в календарь проф. прививок Кыргызской Республики**
- А. Менингита
 - Б. Диареи
 - В. Пневмококка
 - Г. Рака шейки матки
- 17. Против каких инфекций проводятся вакцинация населения согласно календарю проф. прививок Кыргызской Республики?**
- А. Краснуха, полиомиелит, скарлатина
 - Б. Ветряная оспа, вирусный гепатит в
 - В. Туберкулез, полиомиелит, дифтерия, коклюш, столбняк, вгв, корь, краснуха, паротит, гемофильная и пневмококковая инфекции,
 - Г. Туберкулез, полиомиелит, дифтерия, коклюш, ВГВ, корь, краснуха, паротит.
- 18. Сроки проведения вакцинации против гепатита В детям до 1 года жизни:**
- А. Впервые 24 часа, 3 мес., 4,5 мес., 5 мес.
 - Б. В период пребывания в роддоме, 3 мес., 5 мес.
 - В. Впервые 24 часа, 2 мес., 3,5 мес., 5 мес.
 - Г. Впервые 24 часа, 3 мес., 4 мес.
- 19. Что должен сделать медработник после введения вакцины с использованным шприцем?**
- А. Поместить шприц с иглой в КБУ,
 - Б. Записать в прививочной карте ребенка дозу вакцины, дату вакцинации,
 - В. Напомнить матери, когда она должна принести ребенка для получения очередных прививок,
 - Г. Объяснить матери, какие реакции могут наблюдаться после введения вакцины и что нужно делать в случае их возникновения.
 - Д. Все вышеперечисленное
- 20. Какие из нижеперечисленных вакцин относятся к «живым вакцинам»?**
- А. АКДС
 - Б. АДС-М
 - В. ОПВ
 - Г. ВГВ
- 21. Противопоказанием к введению вакцины ВГВ у новорожденных является:**
- А. Масса тела ниже 2500 гр.
 - Б. Острые заболевания В. Масса тела ниже 2000 гр.
 - Г. Противопоказаний нет
- 22. Что надо сделать после проведения прививки с остатками БЦЖ-вакцины в ампуле?**
- А. Сбросить в КБУ с добавлением дезинфицирующих средств
 - Б. Замачивать на 1 час в 3% растворе хлорамина, затем сбросить в КБУ
 - В. Сбросить в обычную коробку для мусора
 - Г. Автоклавировать
- 23. В перечень заболеваний, возникших в поствакцинальном периоде, которые требуют регистрации и расследования входят:**
- А. Анафилактический шок,

- Б. Генерализованная аллергическая сыпь,
- В. Энцефалит и другие поражения ЦНС,
- Г. Все перечисленные.

24. В каком возрасте детей проводится ПКВ, согласно календарю проф. прививок Кыргызской Республики?

- А. 2 мес., 3,5 мес., 5 мес.
- Б. 2 мес., 5 мес., 12 мес.
- В. 2 мес., 3,5 мес., 6 мес.
- Г. 2 мес., 3 мес., 4 мес.

25. Какие новые вакцины вошли в календарь проф. прививок Кыргызской Республики с 2016 года?

- А. КПК, ККВ,
- Б. КПК, ПКВ,
- В. ПКВ, ИПВ,
- Г. все вышеперечисленные.

26. Острое заболевание является временным противопоказанием к введению следующих вакцин:

- А. АКДС,
- Б. ОПВ, ВГВ,
- В. БЦЖ,
- Г. всех видов вакцин.

27. Как привить ребенка с бронхиальной астмой?

- А. В период ремиссии,
- Б. На фоне гипоаллергенной диеты,
- В. На фоне гормональной терапии,
- Г. На фоне антибиотикотерапии.

28. В каком возрасте ребенку проводится вакцинация против краснухи?

- А. 6 мес.
- Б. 12 мес., 6 лет
- В. 20 мес. Г. 5 лет

29. Для создания полноценного иммунитета против коклюша вакцинацию вводят:

- А. 1 раз,
- Б. 3 раза,
- В. 4 раза,
- Г. 5 раз.

30. Какая доза и как вводится БЦЖ-вакцина?

- А. Подкожно по 0,1 в область верхней трети плеча,
- Б. Внутривенно по 0,1 в область верхней трети плеча,
- В. Внутримышечно по 0,05 в область верхней трети плеча,
- Г. Внутривенно по 0,05 в область верхней трети плеча.

РАЗДЕЛ 3. Оказание лечебной помощи детям в возрасте до 5-ти лет согласно стратегии ИВБДВ

1. Перечислите 5 основных симптомов, о наличии которых надо спрашивать у каждого больного (независимо с какими жалобами он обратился) ребенка:

- А. Кашель, лихорадка, проблемы с горлом, проблемы с ушами, аллергия,
- Б. Кашель или затрудненное дыхание, боли в животе, диарея, лихорадка, проблемы с ушами,
- В. Кашель или затрудненное дыхание, диарея, лихорадка, проблемы с горлом, проблемы с ушами,
- Г. Кашель, диарея, лихорадка, проблемы с горлом, проблемы с кишечником.

2. Перечислите общие признаки опасности, обязательно определяемые у каждого больного ребенка от 2 месяцев до 5 лет при амбулаторном приеме:

- А. не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги во время данного заболевания, летаргичен или без сознания,
- Б. высокая температура, тошнота, беспокойство, вялость, капризность,
- В. высокая температура, диарея, сильный кашель, вялость, Г. высокая температура, диарея, одышка, вялость, сонливость.

3. Главным признаком пневмонии является:

- А. Кашель,
- Б. Учащенное дыхание, В. Тахикардия,
- Г. Диарея.

4. К общим признакам опасности относятся все перечисленные симптомы, кроме:

- А. Ребенок не может пить или сосать грудь, рвота после любой пищи или питья,
- Б. У ребенка судороги,
- В. Ребенок летаргичен или без сознания,
- Г. Кашель с сухими болезненными хрипами.

5. Назовите учащенное дыхание, свыше которого характерно для пневмонии, по возрастам:

- А. До 2 месяцев – 60 дыханий в минуту и более; 2 - 12 месяцев – 50 дыханий в минуту и более; 1 - 5 лет – 40 дыханий в минуту и более;
- Б. До 2 месяцев – 50 дыханий в минуту и более; 2 - 12 месяцев – 40 дыханий в минуту и более; 1 - 5 лет – 30 дыханий в минуту и более;
- В. До 2 месяцев – 40 дыханий в минуту и более; 2 - 12 месяцев – 30 дыханий в минуту и более; 1 - 5 лет – 20 дыханий в минуту и более; Г. все перечисленное верно.

6. При диарее главную опасность для жизни ребенка представляет (ИББДВ):

- А. Инфекция,
- Б. Потеря жидкости,
- В. Температура,
- Г. Плохой аппетит.

7. Если ребенок с диареей не просит пить, то мать должна:

- А. Быть терпеливой и ждать пока ребенок попросит пить,
- Б. Давать жидкость,
- В. Ожидать рекомендаций медработника,
- Г. Дать оральный антибиотик.

8. Что из перечисленного не относится к лечению диареи у детей на дому?

- А. Дать дополнительно жидкости,
- Б. Продолжить кормление,
- В. Знать признаки, при которых нужно вернуться немедленно в медицинское учреждение.
- Г. Назначить препараты железа.

9. Где должен лечиться ребенок с умеренным обезвоживанием?

- А. Дома,
- Б. В стационаре,
- В. В ПОР (пункте оральной регидратации) в медицинском учреждении,
- Г. На станции «скорой помощи».

10. Какое количество жидкости должен получать больной по плану А при диарее?

- А. Из расчета на каждый стул в зависимости от возраста (50-100 мл до 2-х лет или 100-200мл старше 2-х лет),
- Б. 75 мл/кг,
- В. 50 мл/кг,
- Г. 25 мл/кг.

11. Какие жидкости нужно давать при диарее? А. Коровье молоко,

- Б. Соки,
- В. Раствор ОРС,
- Г. Чай.

12. Какими жидкостями можно разводить ОРС?

- А. Кипяченая вода комнатной температуры,
- Б. Молоко,
- В. Сок, Г. Компот.

13. Мать должна немедленно вернуться в медицинское учреждение, если при диарее у ребенка во всех случаях, кроме:

- А. Не может пить или сосать грудь,
- Б. Состояние ухудшается,
- В. Появляется лихорадка, Г. Жидкий стул 2-3 раз в сутки.

14. Мать должна немедленно вернуться в медицинское учреждение при кашле или затрудненном дыхании во всех случаях, кроме:

- А. Не может пить или сосать грудь,
- Б. Состояние ухудшается,
- В. Появляется лихорадка,
- Г. Редкий влажный кашель.

15. Какой антибактериальный препарат Вы бы назначили для ребенка, заболевание которого классифицировано как пневмония (ИББДВ)?

- А. Амоксициллин,
- Б. Эритромицин,
- В. Гентамицин, Г. Котримаксазол.

16. Какой антибактериальный препарат вы бы назначили ребенку, заболевание у которого классифицировано как дизентерия (ИББДВ)?

- А. Ципрофлоксацин,
- Б. Эритромицин, В. Азитромицин,
- Г. Ампициллин.

17. Как быстро и правильно оценить ребенка с диареей на наличие неотложного состояния ТЯЖЕЛОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ, требующего экстренной помощи. Выберите правильное определение:

- А. Два из следующих признаков: Летаргичен или без сознания, запавшие глаза, кожная складка расправляется очень медленно (более 2 секунд), не может пить или пьет плохо,
- Б. Два из следующих признаков: Беспокоен и болезненно раздражим, запавшие глаза, кожная складка расправляется медленно (менее 2 секунд), пьет жадно,
- В. Два из следующих признаков: Летаргичен или без сознания, запавшие глаза, кожная складка расправляется очень медленно (более 2 секунд), Г. Признаки эксикоза с токсикозом.

18. Интегрированное ведение болезней детского возраста включают основные этапы:

- А. Оцените, классифицируйте, определите лечение, лечите ребенка, осуществляйте последующее наблюдение, консультируйте мать.
- Б. Оцените, поставьте диагноз по МКБ, лечите ребенка с позиций этиологии и патогенеза, осуществляйте диспансеризацию, консультируйте мать.
- В. Оцените, классифицируйте, определите лечебно-профилактическое учреждение для обязательной госпитализации.
- Г. Проведите полное физикальное и лабораторное обследование. Поставьте диагноз и лечите.

19. При наличии у ребенка кашля или затрудненного дыхания необходимо:

- А. Провести перкуссию, аускультацию легких.

- Б. Сосчитать число дыханий в минуту, осмотреть есть ли втяжение грудной клетки, есть ли стридор и астматическое дыхание и затем классифицировать состояние.
- В. Направить на рентгенографию органов грудной клетки
- Г. Исследовать функции внешнего дыхания
- 20. Кожная складка расправляется очень медленно:**
- А. сразу после её отпускания
- Б. немедленно
- В. через 1 секунду
- Г. через 2 и более секунды
- 21. О чём не обязательно следует спрашивать мать, если у ребенка есть лихорадка, кроме?**
- А. Как долго?
- Б. Если лихорадка продолжается более 5 дней, то каждый ли день?
- В. Была ли у ребенка корь в течение последних 3-х месяцев?
- Г. Масса и длина тела ребенка при рождении?
- 22. У ребенка лихорадка ($t^{\circ} > 37,5^{\circ}\text{C}$), его состояние вы классифицируете как очень тяжелое фебрильное заболевание, если:**
- А. Лихорадка в течение 5 дней и более,
- Б. Ранее классифицированы пневмония, или дизентерия, или фарингит, или инфекция уха,
- В. Гнойные выделения из глаз или язвы во рту,
- Г. Имеет место любой общий признак опасности
- 23. У ребенка лихорадка ($t^{\circ} > 37,5^{\circ}\text{C}$), его состояние вы классифицируете как очень тяжелое фебрильное заболевание, если:**
- А. Лихорадка в течение 5 дней и более,
- Б. Ранее классифицированы пневмония, или дизентерия, или фарингит, или инфекция уха,
- В. Гнойные выделения из глаз или язвы во рту,
- Г. Ригидность затылочных мышц
- 24. У ребенка с корью, его состояние вы классифицируете как «тяжелая осложненная корь», если имеет место:**
- А. Помутнение роговицы или глубокие язвы на слизистой полости рта, сопорозное состояние,
- Б. Лихорадка в течение 5 дней и более
- В. Ранее классифицированы пневмония, или дизентерия, или фарингит, или инфекция уха
- Г. Гнойные выделения из глаз или язвы на слизистой полости рта.
- 25. У ребенка с корью, его состояние вы классифицируете как «тяжелая осложненная корь», если имеет место:**
- А. Имеет место любой общий признак опасности и помутнение роговицы,
- Б. Лихорадка в течение 5 дней и более
- В. Ранее классифицированы пневмония, или дизентерия, или фарингит, или инфекция уха
- Г. Гнойные выделения из глаз или язвы на слизистой полости рта.
- 26. Признаком мастоидита является:**
- А. Результат пункции сосцевидного отростка
- Б. Заключение лор врача
- В. Болезненное припухание за ухом
- Г. Гнойные выделения из уха
- 27. Острая инфекция уха классифицируется если:**
- А. Имеет место беспокойство
- Б. Имеют место боль в ухе, гнойные выделения из уха до 14 дней.
- В. Выделения из уха длятся более 14 дней
- Г. Только в тех случаях, когда этот диагноз поставил ЛОР врач
- 28. Если у ребенка мастоидит, необходимо:**
- А. Дать бициллин 1

- Б. Пригласить для следующего осмотра через 2 дня
- В. Срочно направить в стационар
- Г. Для обезболивания ввести внутримышечно раствор лидокаина.

29. При классификации «Острая инфекция уха» вы должны:

- А. Направить ребенка в ЛОР отделение,
- Б. Дать антибактериальный препарат на 5 дней и осмотреть через 2 дня,
- В. Осмотреть ребенка через 5 дней,
- Г. Дать антибактериальный препарат на 3 дня и осмотреть через 3 дня.

30. Наличие каких признаков у младенца до 2-х месячного возраста позволяет классифицировать «местную бактериальную инфекцию»?:

- А. Выбухающий родничок,
- Б. Желтушное окрашивание кожных покровов,
- В. Выражено втяжение грудной клетки,
- Г. Покраснение пупка или гнойные выделения, кожные гнойнички.

31. Возможная серьезная бактериальная инфекция у младенца до 2-х месячного возраста классифицируется, если имеет место:

- А. Кряхтящее дыхание,
- Б. Выбухающий родничок,
- В. Движения только при стимуляции и температура тела ниже 35,5°C,
- Г. Покраснение пупка.

32. При тяжелой желтухе у ребенка в возрасте до 2-х месяцев, все рекомендации верны, кроме:

- А. Срочно направьте в стационар,
- Б. Проведите профилактику гипогликемии,
- В. Дайте совет матери, как согреть ребенка по дороге в стационар,
- Г. Дайте матери совет по уходу за младенцем на дому.

33. О пневмонии у ребенка в возрасте до 2-х месяцев свидетельствует частота дыхания в минуту:

- А. свыше 30 ударов в минуту
- Б. свыше 40 ударов в минуту
- В. свыше 50 ударов в минуту
- Г. свыше 60 ударов в минуту

34. Какой из следующих признаков указывает на тяжелое заболевание у ребенка в возрасте до 2-х месяцев:

- А. поверхностный сон
- Б. частота дыхания свыше 40 ударов в минуту
- В. высокая (37,5°C или более) или низкая температура тела (меньше чем 35,5°C)
- Г. хаотичные движения рук и ног.

35. Какой из следующих признаков указывает на тяжелое заболевание у ребенка в возрасте до 2-х месяцев:

- А. сосет с активно, но периодически отпускает и плачет
- Б. частота дыхания свыше 40 ударов в минуту
- В. высокая (37,5°C или более) или низкая температура тела (меньше чем 35,5°C)
- Г. движения рук и ног только при стимуляции.

РАЗДЕЛ 4. Диспансерное наблюдение детей с острой и хронической патологией дыхательной, сердечно-сосудистой систем и мочевых путей

1. Задачами диспансерного наблюдения за больными являются:

- А. Предупреждение осложнений,

- Б. Предупреждение прогрессирования болезни и рецидивов,
- В. Предупреждение инвалидизации,
- Г. Все перечисленное верно.

2. К критериям эффективности диспансерного наблюдения относят:

- А. Повышение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком
- Б. Снижение стоимости лечения в амбулаторных условиях
- В. Уменьшение числа обострений хронических заболеваний
- Г. Сокращение случаев инвалидности детей и подростков, находящихся под диспансерным наблюдением

3. Решение вопроса о снятии ребёнка с диспансерного учета или оформления инвалидности осуществляется:

- А. Участковым педиатром
- Б. Родителями самостоятельно
- В. Главным врачом детской поликлиники
- Г. Комиссионно

4. К основаниям для прекращения диспансерного наблюдения относят:

- А. Выздоровление
- Б. Отсутствие стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния)
- В. Пожелание родственников ребенка
- Г. Пожелание законных представителей ребенка

5. Частота плановых осмотров участковым педиатром больных бронхиальной астмой в течение года составляет:

- А. 1 раз в год
- Б. 2 раза в год
- В. 4 раза в год
- Г. 6 раз в год
- Д. 1 раз в месяц

6. Основными мерами первичной профилактики бронхиальной астмы у детей следует считать:

- А. Элиминационный режим периода беременности матери (профессиональные вредности, курение, питание, лекарственные препараты, микросоциальная среда)
- Б. Профилактика ОРЗ в период беременности матери
- В. Устранение пассивного курения детьми группы риска
- Г. Профилактика ОРЗ у детей группы риска
- Д. Курсы специфической иммунотерапии аллергенами

7. Основными мерами вторичной профилактики при бронхиальной астме у детей следует считать:

- А. Устранение контакта с причинно-значимыми аллергенами
- Б. Устранение воздействия неспецифических триггерных факторов
- В. Специфическая иммунотерапия (СИТ)
- Д. Длительное применение β_2 -агонистов короткого действия

8. Ребенка с atopическим дерматитом педиатр осматривает на первом году жизни в первом полугодии 1 раз в:

- А. 2 недели
- Б. месяц
- В. 2 месяца
- Г. 3 месяца

9. Детям с бронхиальной астмой участковый педиатр должен проводить:

- А. оценку эффективности начальной базисной терапии
- Б. аллергенспецифическую иммунотерапию
- В. оценку кожных проб

Г. выполнение спирографии

10. При неэффективности начальной противовоспалительной базисной терапии у ребенка с бронхиальной астмой участковый педиатр должен:

- А. направить ребенка на госпитализацию в стационар
- Б. увеличить дозу ингаляционных глюкокортикостероидов
- В. назначить болюсно системные глюкокортикостероиды
- Г. увеличить дозу ингаляционных глюкокортикостероидов + бета-2-агонистов длительного действия

11. Ребенка, страдающего бронхиальной астмой, на медико-социальную экспертизу учреждение здравоохранения (врач-педиатр, пульмонолог, аллерголог)

- А) направляет при наличии у него данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное бронхиальной астмой
- Б) направляет при наличии у него тяжелой персистирующей бронхиальной астмы
- В) направляет, поскольку у него поставлен диагноз «бронхиальная астма»
- Г) не направляет, так как бронхиальная астма не приводит к развитию стойких нарушений функций организма у детей

12. Вакцинация детей, больных бронхиальной астмой

- А) проводится по индивидуальному плану только в периоды стойкой ремиссии
- Б) проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок
- В) проводится по желанию родителей
- Г) не проводится

13. Для купирования приступа бронхиальной астмы на догоспитальном этапе применяют

- А) сальбутамол
- Б) флутиказон
- В) эуфиллин
- Г) цетиризин

14. При диспансерном наблюдении за детьми с хроническим пиелонефритом обязательны следующие обследования, КРОМЕ:

- А. Общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко
- Б. Бактериологическое исследование мочи 1 раз в 3 месяца
- В. Биохимический анализ крови
- Г. Клинический анализ крови 1 раз в 3 месяца
- Д. Ультразвуковое исследование почек 1 раз в 6 месяцев

15. Тактика участкового/семейного врача при нефротической форме гломерулонефрита:

- А. Провести повторный анализ мочи
- Б. Консультация нефролога
- В. Госпитализация
- Г. Антибактериальная терапия

16. Прерывистый курс глюкокортикоидов в амбулаторных условиях проводится ребенку при:

- А. Гематурической форме гломерулонефрита
- Б. Нефротической форме гломерулонефрита
- В. Тубуло-интерстициальном нефрите
- Г. Дистрофической нефропатии

17. Особенности вакцинации детей с заболеваниями почек:

- А. Допрививочная иммунизация (нуклеинат натрия)
- Б. Проведение в период полной клинико-лабораторной ремиссии по индивидуальному плану с приемом антигистаминных препаратов в течение 5 дней в сочетании с коротким постпрививочным курсом антиоксидантов
- В. После прививки - антигистаминные препараты в течение 5 дней
- Г. Все перечисленное не верно

18. Необходимые лечебные мероприятия при пиелонефрите у детей в амбулаторных и домашних условиях за исключением:

- А. «Управляемое» мочеиспускание (каждые 3 часа)
- Б. Антибактериальная терапия («защищенные» пенициллины, цефалоспорины)
- В. Иглорефлексотерапия
- Г. Противорецидивная терапия (нитрофурановые препараты, препараты налидиксовой кислоты)

19. Диспансерное наблюдение при остром пиелонефрите:

- А. Длительность наблюдения 3 года,
- Б. Длительность наблюдения 5 лет,
- В. Длительность наблюдения 1 год
- Г. Все перечисленное не верно

20. Анализы и посев мочи после острого периода пиелонефрита делают:

- А. Первые 6 месяцев 1 раз в 2 недели, в следующие 6 месяцев — 1 раз в месяц, Б. Спустя 1 год — 1 раз в 3 месяца,
- В. При любой интеркуррентной инфекции (первый раз в разгар заболевания, второй - через одну неделю после его окончания),
- Г. Троекратные анализы кала на яйца глистов и соскоб на яйца остриц проводят 1 раз в полгода,
- Д. Все перечисленное верно

21. К порокам с обогащением малого круга кровообращения относится:

- А. Аномалия Эбштейна
- Б. Болезнь Толочинова-Роже
- В. Тетрада фалло
- Г. Стеноз легочной артерии
- Д. Дефект межпредсердной перегородки

22. К врожденным порокам сердца с цианозом относится:

- А. Стеноз устья аорты
- Б. Стеноз устья легочной артерии
- В. Открытый артериальный проток
- Г. Тетрада Фалло
- Д. Дефект межжелудочковой перегородки

23. К врожденным порокам сердца без цианоза относится:

- А. Стеноз устья аорты
- Б. Изолированный стеноз легочной артерии
- В. Тетрада фалло
- Г. Аномальное отхождение легочной артерии
- Д. Транспозиция магистральных сосудов

24. К порокам с обеднением малого круга кровообращения относится:

- А. Открытый артериальный проток
- Б. Дефект межжелудочковой перегородки
- В. Дефект межпредсердной перегородки
- Г. Стеноз легочной артерии
- Д. Коарктация аорты

25. К порокам с обеднением большого круга кровообращения относится:

- А. Тетрада фалло
- Б. Дефект межжелудочковой перегородки
- В. Дефект межпредсердной перегородки
- Г. Коарктация аорты
- Д. Стеноз устья легочной артерии

26. При ревматическом процессе НЕ поражается:

- А. Вестибулярный аппарат
- Б. Сердечно-сосудистая система
- В. Кожа и подкожная клетчатка
- Г. Костно-суставной аппарат
- Д. ЦНС

27. Ревматический кардит характеризуется:

- А. Расширением границ сердца, приглушением тонов, систолическим шумом на верхушке
- Б. Наличием вегетаций на клапанах
- В. Грубым систолическим шумом на верхушке
- Г. Дополнительной хордой в полости левого желудочка

28. Кратность наблюдения детей, больных острой ревматической лихорадкой:

- А. Ежеквартально
- Б. Еженедельно
- В. один раз в 2 месяца в первый год заболевания
- Г. 1 раз в год на втором году заболевания
- Д. в неактивной фазе 1 раз в 2 года

29. Сроки снятия с учета детей, больных острой ревматической лихорадкой:

- А. Через год
- Б. С учета не снимаются, передаются в подростковый кабинет
- В. Через 2 года
- Г. Через 3 года
- Д. Через 5 лет

30. Длительность диспансерного наблюдения в детской поликлинике за детьми с артериальной гипертензией составляет: А. 1 месяц

- Б. 1 год
- В. 3 года
- Г. 5 лет

31. Сроки снятия с учета детей, больных с хроническим гломерулонефритом:

- А. С учета не снимаются,
- Б. Через год,
- В. Через 2 года,
- Г. Через 3 года,
- Д. Через 5 лет.

РАЗДЕЛ 5. Диспансерное наблюдение детей с острыми и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, билиарной и эндокринной систем, крови и кроветворных органов.

1. Сроки снятия с диспансерного учета детей с язвой желудка и 12-перстной кишки (после полной ремиссии):

- А. Через год,
- Б. Через 3 года,
- В. Через 5 лет,
- Г. Через 10 лет,

2. При диспансерном наблюдении на педиатрическом участке детей с хроническим холециститом, обязательно проведение следующих обследований, кроме:

- А. Клинический анализ крови
- Б. Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, холестерин, билирубин и его фракции)
- В. Соскоб на энтеробиоз и анализ кала на цисты лямблий
- Г. УЗИ органов брюшной полости

3. В план динамического наблюдения на педиатрическом участке за ребенком, перенесшим вирусный гепатит В или С входят следующие обследования, кроме:
- А. Ежеквартальный профилактический осмотр педиатром в течение 1 года с проведением биохимического анализа крови (общий билирубин и его фракций, тимоловая и сулемовая пробы, АСТ, АЛТ)
 - Б. Ежеквартальный профилактический осмотр педиатром в течение 1 года
 - В. Проведение биохимического анализа крови (общий билирубин и его фракций, тимоловая и сулемовая пробы, АСТ, АЛТ) в начале наблюдения и перед снятием с учета
 - Г. Проведение УЗИ брюшной полости по показаниям
4. Диспансерное наблюдение за детьми с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки проводится:
- А. в течение 3 лет
 - Б. в течение 5 лет
 - В. в течение 10 лет
 - Г. до передачи во взрослую сеть
5. Диспансерное наблюдение за детьми с хроническим гастритом и хроническим гастродуоденитом после последнего обострения проводится:
- А. В течение 3 лет
 - Б. В течение 5 лет
 - В. В течение 1 года
 - Г. До перевода во взрослую сеть
6. Диспансерное наблюдение у детей с дискинезией желчных путей после обострения проводится
- А. В течение 2 лет
 - Б. В течение 3 лет
 - В. В течение 5 лет
 - Г. До перевода во взрослую сеть
7. Диспансерный осмотр у детей с дискинезией желчных путей проводится:
- А. Ежемесячно
 - Б. 1 раз в 3 месяца
 - В. 1 раз в 6 месяцев
 - Г. Ежегодно
8. Пациентам с язвенной болезнью желудка фиброгастродуоденоскопию проводят:
- А. 2 раза в год
 - Б. 1 раз в полгода
 - В. 1 раз в год
 - Г. 1 раз в 2 года
9. Пациентам с язвенной болезнью желудка анализ кала на скрытую кровь проводят: А. 1 раз в полгода
- Б. 3 раза в год
 - В. 1 раз в год
 - Г. 1 раз в 2 года
10. При заболеваниях желчных путей стойкая ремиссия определяется отсутствием клинических и лабораторных признаков болезни свыше _____ после последнего обострения:
- А. 1 года
 - Б. 2 лет
 - В. 4 лет
 - Г. 5 лет
11. При неспецифическом язвенном колите посев кала проводят 1 раз в:
- А. Месяц
 - Б. 3 месяца

- В. 4 месяца
 - Г. 6 месяцев
- 12. При функциональном расстройстве желудка у детей снятие с диспансерного учета после наступления ремиссии происходит через:**
- А. 3 месяца
 - Б. 6 месяцев
 - В. 1 год
 - Г. 2 года
- 13. При дискинезии желчевыводящих путей в первый год после острого периода осмотр гастроэнтерологом проводится 1 раз в:**
- А. Месяц
 - Б. 6 месяцев
 - В. 3 месяца
 - Г. Год
- 14. При дискинезии желчевыводящих путей во второй год после острого периода осмотр гастроэнтерологом проводится 1 раз в:**
- А. 6 месяцев
 - Б. 3 месяца
 - В. Месяц
 - Г. Год
- 15. Длительность диспансерного наблюдения в детской поликлинике за детьми с желчнокаменной болезнью составляет**
- А. 1 год
 - Б. 5 лет
 - В. 3 года
 - Г. До перевода во взрослую сеть
- 16. План диспансерном наблюдении за ребёнком с хронической постгеморрагической анемией необходимо включить следующие дополнительные методы исследования, кроме:**
- А. Анализ кала на скрытую кровь
 - Б. Анализ периферический крови
 - В. Тест мочи на уробилиноген
 - Г. Ферритин сыворотки крови
- 17. Диспансерное наблюдение при острой иммунной тромбоцитопении проводится:**
- А. В течение 5 лет,
 - Б. Анализы крови с подсчетом числа тромбоцитов в первые 3 месяца после выписки - 1 раз в 2 недели, далее в течение 9 месяцев ежемесячно, в дальнейшем 1 раз в 2 месяца,
 - В. Анализы крови с подсчетом числа тромбоцитов после каждой перенесенной инфекции,
 - Г. Все перечисленное верно,
 - Д. Все перечисленное не верно
- 18. При хронической иммунной тромбоцитопении диспансерное наблюдение проводится:**
- А. В течение 5 лет,
 - Б. До перехода ребенка во взрослую поликлинику
 - В. Дети не нуждаются в диспансеризации
 - Г. Все перечисленное не верно
- 19. Во время диспансерного наблюдения детям с иммунной тромбоцитопенией не следует назначать:**
- А. Ацетилсалициловой кислоты,
 - Б. анальгина,
 - В. нитрофурановых препаратов,
 - Г. УВЧ и УФО
 - Д. Все перечисленное верно

Е. Все перечисленное не верно

20. К основным жалобам, характерным для больных с сахарным диабетом, не относится:

- А. Гипертермия
- Б. Жажда
- В. Полиурия
- Г. Полифагия
- Д. Похудание

21. К факторам риска развития сахарного диабета у детей относятся все, кроме:

- А. Повышенной инсоляции
- Б. Детских инфекций
- В. Стрессовых ситуаций
- Г. Избыточного употребления углеводов
- Д. Избыточного употребления жиров

22. Основным в патогенезе сахарного диабета является:

- А. Дефицит инсулина
- Б. Избыток инсулина
- В. Гипергликемия
- Г. Распад белков

23. К клиническим признакам диабетической комы относится:

- А. Сухость кожи и слизистых оболочек
- Б. Повышенная влажность кожи
- В. Судорожный синдром
- Г. Быстрое внезапное развитие с потерей сознания

24. Признаком гипогликемической комы является:

- А. Судорожный синдром
- Б. Сухость кожных покровов
- В. Анорексия
- Г. Запах ацетона изо рта
- Д. Медленное развитие с длительным периодом предвестников

25. К лабораторным признакам сахарного диабета относятся все, кроме:

- А. Гипергликемии
- Б. Гипохолестеринемии
- В. Глюкозурии Г. Кетонемии
- Д. Ацетонурии

26. К факторам риска развития врожденного гипотиреоза относится все, кроме:

- А. Пол (девочка)
- Б. Гестационный возраст (более 42 недель)
- В. Зона проживания (высокогорье)
- Г. Масса при рождении (более 4000 гр)

27. Препаратом выбора для лечения гипотиреоза является:

- А. Преднизолон
- Б. Мерказолил
- В. L-тироксин
- Г. Паратиреоидин
- Д. Гонадотропин

28. Для диффузного токсического зоба характерно:

- А. Дневная и ночная тахикардия
- Б. Уменьшение размеров щитовидной железы

- В. Микрофтальм
- г. Отсутствие тремора вытянутых пальцев рук в позе Ромберга
- Д. Ожирение

29. Препаратом выбора для лечения диффузного токсического зоба у детей служит:

- А. L-тироксин
- Б. Тиамазол
- В. Тироксин
- Г. Трийодтиронин
- Д. Тиреоккомб

30. Препаратом выбора для лечения эутиреоидного эндемического зоба у детей является:

- А. Калия йодид
- Б. Калия хлорид
- В. Калия оротат
- Г. L-тироксин
- Д. Тиамазол

31. Дети с первичным гипотиреозом состоят на диспансерном учете:

- А. До улучшения общего состояния
- Б. До полного восстановления функции щитовидной железы
- В. До пересадки щитовидной железы
- Г. Пожизненно
- Д. До восстановления чувствительности тканей к гормонам щитовидной железы

32. Дети с первичным гипотиреозом состоят на диспансерном учете:

- А. До улучшения общего состояния
- Б. До полного восстановления функции гипофиза
- В. До пересадки щитовидной железы
- Г. Пожизненно
- Д. До восстановления чувствительности тканей щитовидной железы к ТТГ

Дети с сахарным диабетом состоят на диспансерном учете:

- А. До улучшения общего состояния,
- Б. До полного восстановления функции поджелудочной железы,
- В. Пожизненно,
- Г. До восстановления чувствительности тканей инсулину.

33. Для массовой профилактики йододефицита используется: А. Назначение йодомарина всем в возрастной дозировке,

- Б. Йодирование соли,
- В. Назначение калия йодида всем в возрастной дозировке,
- Г. Все перечисленное не верно

34. Противопоказания к санаторно-курортному лечению у детей с сахарным диабетом, кроме:

- А. Тяжелые гипогликемические состояния
- Б. Ночная гипогликемия
- В. Кетоацидоз
- Г. Диабетическая ретино- и нефропатия

35. Консультация гематолога при неэффективном амбулаторном лечении железодефицитной анемии рекомендуется через _____ неэффективного лечения

- А. 3-4 недели
- Б. 5-8 недель
- В. 8-16 недель
- Г. 1-2 недели

РАЗДЕЛ 6. Неотложная помощь при острых и хронических соматических заболеваниях и несчастных случаях

1. При анафилактическом шоке в комплекс неотложных мероприятий входит:

- А) введение адреналина, глюкокортикоидов внутривенно, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
- Б) введение адреналина внутривенно, введение анальгетиков, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
- В) введение глюкокортикоидов внутривенно, оксигенотерапия, прекращение поступления аллергена в организм
- Г) оксигенотерапия, введение анальгетиков, введение адреналина внутривенно, введение глюкокортикоидов внутривенно

2. Анафилактический шок является противопоказанием для назначения:

- А) пипольфена
- Б) супрастина
- В) адреналина
- Г) преднизолона

3. Какова наиболее частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста?

- А) эпилепсия
- Б) гнойный менингит
- В) острое отравление
- Г) энцефалические реакции при вирусных инфекциях

4. При менингококцемии на догоспитальном этапе целесообразно вводить:

- А) системные кортикостероиды, антибиотики
- Б) сердечные гликозиды, антибиотики, системные кортикостероиды
- В) мезатон, антибиотики, гепарин
- Г) жаропонижающие препараты, антигистаминные препараты, антибиотики

5. Сердечно-легочная реанимация показана при

- А) остановке сердца
- Б) отсутствии сознания
- В) отсутствии дыхания
- Г) снижении систолического АД ниже 70 мм рт. ст.

6. При гипертермическом синдроме у детей следует начинать синдромную терапию с применения:

- А) раствор парацетамола для внутривенного введения
- Б) метамизола натрия
- В) хлопромазин
- Г) прометазина гидрохлорид

7. У детей грудного возраста противопоказано использование в качестве жаропонижающего препарата:

- А) ацетилсалициловой кислоты
- Б) парацетамола в свечах
- В) ибупрофена

Г) парацетамола в сиропе **8. К первоочередным мероприятиям при судорожном синдроме относится введение:**

- А) диазепама
- Б) фуросемида
- В) преднизолона
- Г) метамизола натрия

9. Для купирования острого приступа бронхиальной астмы препаратом выбора является

- А) сальбутамол
- Б) преднизолон
- В) будесонид
- Г) теофиллин внутривенно

10. Больному с анафилактическим шоком необходимо прежде всего ввести:

- А) адреналин
- Б) атропин
- В) преднизолон
- Г) хлористый кальций

11. Кислородотерапия должна проводиться любому ребенку с сатурацией крови кислородом ниже ____ %

- А) 92
- Б) 98
- В) 85 Г) 80

12. При острой крапивнице без ангионевротических отеков показано лечение:

- А) антигистаминным препаратом второго поколения
- Б) инфузионная терапия с целью дезинтоксикации
- В) антигистаминный препарат первого поколения
- Г) преднизолон 1-2 мг/кг в сутки коротким курсом

13. При анафилактическом шоке, прежде всего, необходимо ввести:

- А) адреналин
- Б) дексаметазон
- В) хлоропирамин
- Г) допамин

14. При судорожном синдроме применяют

- А) диазепам
- Б) преднизолон
- В) фуросемид
- Г) магния сульфат

15. Неотложная помощь при крапивнице заключается в назначении:

- А) цетиризина
- Б) фуразолидона
- В) анальгина
- Г) ацетилсалициловой кислоты

16. Эффективность реанимационных мероприятий оценивают по характеру изменения:

- А. Сознания,
- Б. Артериального давления,
- В. Пульса на периферических артериях и сонной артерии,
- Г. Диаметра зрачка.

17. Укажите дозировку адреналина для внутрисердечного введения при сердечно-легочной реанимации у детей:

- А. 1% р-р адреналина 0,05 мл/год жизни,
- Б. 0,1% р-р адреналина 0,2 мл/год жизни, В.
- 0,1 % р-р адреналина 0,05 мл/кг массы тела,

Г. 5 м кг/кг каждые 10 минут.

18. Необходимо введение препаратов кальция при проведении сердечно-легочной реанимации, если выявлены:

- А. Асистолия и атония миокарда,
- Б. Электромеханическая диссоциация,
- В. Фибрилляция желудочков,
- Г. Гиперкалиемия.

19. Внезапное появление цианоза у новорожденного ребенка в горизонтальном положении и его исчезновение в вертикальном положении свидетельствует о:

- А. Врожденном пороке сердца,
- Б. Болезни гиалиновых мембран,
- В. Диафрагмальной грыже,**
- Г. Аспирационном синдроме.

20. При запрокидывании головы пациента кзади во время проведения сердечно-легочной реанимации обеспечивается:

- А. Выпрямление дыхательных путей,
- Б. Предотвращение западения языка,
- В. Улучшение мозгового кровотока
- Г. проясняется сознание и больной сможет самостоятельно дышать.

21. Перечислите возможные осложнения кислородотерапии:

- А. Раздражение дыхательных путей и повреждение мерцательного эпителия дыхательных путей
- Б. Подсыхание слизистой оболочки дыхательных путей
- В. Утолщение альвеолярно-капиллярных мембран
- Г. Все вышеперечисленное

22. При комах наиболее важным из метаболических нарушений является устранение:

- А. Гипергликемии
- Б. Гипогликемии
- В. Гипокортицизма
- Г. Гипотиреоидного состояния

23. Какое из перечисленных состояний у детей является наиболее жизнеугрожающим:

- А. Гиперосмолярное состояние
- Б. Гипогликемическое состояние**
- В. Гипергликемическое состояние
- Г. Кетоз

24. Развитие анизокории у ребенка в коме свидетельствует о, кроме:

- А. Интракраниальном кровоизлиянии
- Б. Резком повышении внутричерепного давления
- В. Тенториальном вклинении мозга
- Г. Судорожном синдроме

25. Какие особенности детского организма и условия, в которых произошло утопление, повышают успех реанимации без остаточных неврологических расстройств, кроме:

- А. Активация анаэробного гликолиза,
- Б. Относительно медленное развитие гипотермии,
- В. Ларингоспазм,
- Г. Охлаждение.

26. К основным признакам клинической смерти не относится:

- А. Остановка дыхания
- Б. Отсутствие сознания
- В. Расширение зрачков
- Г. Судороги

27. К неотложным признакам относятся, кроме:

- А. Кома,
- Б. Центральные цианоз,
- В. Асфиксия,
- Г. Высокая температура тела.

28. К неотложным признакам относятся, кроме:

- А. Симптомы шока
- Б. Заторможенность, летаргичность
- В. Признаки тяжелого обезвоживания
- Г. Тяжелая дыхательная недостаточность **30.**

29. Для отравления бледной поганкой не характерна:

- А) гипертермия
- Б) диарея
- В) тошнота
- Г) рвота **2. Для алкогольной**

интоксикации характерна: А) гиперсаливация

- Б) гипертермия
- В) анемия
- Г) гипергликемия

30. Отравление угарным газом клинически проявляется:

- А) нарушением дыхания
- Б) диспепсией
- В) рвотой
- Г) дизурией

31. Типичное клиническое проявление отравления барбитуратами состоит в:

- А) отсутствии сознания (кома)
- Б) артериальной гипертензии
- В) брадикардии
- Г) сужении зрачков

32. Симптом, не характерный для отравления угарным газом: А) гемолиз эритроцитов

- Б) потеря сознания
- В) нарушение дыхания
- Г) тахикардия, артериальная гипертензия

33. Симптом, не характерный для укуса пчёл, ос:

- А) геморрагические высыпания
- Б) отёк мягких тканей
- В) локальный лимфаденит
- Г) лихорадка

34. Симптомы, характерные для четвёртой степени обморожения:

- А) некроз мягких тканей и костей, потеря чувствительности, в дальнейшем – мумификация
- Б) пузыри на отёчной бледно-синюшной коже, потеря болевой, тактильной чувствительности
- В) некроз кожи
- Г) побледнение кожи, восстановление чувствительности при отогревании

35. При тепловом ударе потоотделение:

- А) прекращается
- Б) увеличивается
- В) несколько снижается
- Г) не изменяется

**Перечень типовых заданий для проверки уровня обученности
УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ
(текущий и промежуточный контроли)**

11 семестр**Ситуационная задача 1**

На дому осмотрен мальчик М., 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенес лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребенок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мама давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мед, цитрусовые, клубнику. Папа ребенка страдает бронхиальной астмой.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: Нв - 128 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,98, тромбоциты - 495×10^9 /л, лейкоциты - $12,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины – 48%, мочевины - 3,8 ммоль/л, креатинин - 69 мкмоль/л, билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, АсТ-29 Ед/л, АлТ-32 Ед/л, фибриноген – 5 г/л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-1 в п/з, эритроциты - 5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют.

Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл; эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо ребенку, включая режим и диету?
5. Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

Ситуационная задача 2

Девочка 5 лет заболела 2 дня назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, появились боли в животе, частые, болезненные мочеиспускания. На следующий день температура нормализовалась, однако сохранялись частые болезненные мочеиспускания.

Из анамнеза: неделю назад отмечался однократный эпизод жидкого стула. Респираторными инфекциями болеет 3-4 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнез неотягощены. Привита по возрасту. Посещает детский сад.

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлобковой области. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания частые – каждые 20-30 минут, болезненные, моча желтая, мутная.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^{12}/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 43%, моноциты – 6%, СОЭ – 12 мм/ час

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – мутная, относительная плотность – 1012 г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – вне поле зрения, эритроциты – 35 в поле зрения, свежие, слизь – умеренное количество, соли – оксалаты, небольшое количество, бактерии – много. **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Какие результаты ожидаете получить? Составьте план лечения данного ребенка.
4. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией.
5. Определите тактику ведения детей с данной патологией.

Ситуационная задача 3

На приеме у врача-педиатра участкового мальчик 12 лет. В течение последнего года беспокоят боли в эпигастральной области, редко боли за грудиной, изжога, отрыжка, тошнота.

При эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный эзофагит.

Тест на антитела к *Helicobacter pylori* ИФА-методом – отрицательный.

Выставлен диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит II(В) степени)». **Вопросы:**

1. Какую схему терапии Вы назначите? Обоснуйте свой выбор.
2. Из группы ингибиторов протонной помпы какой препарат менее предпочтителен? Обоснуйте.
3. Почему из прокинетиков выбран домперидон, а не метоклопрамид?
4. Можно ли в данной ситуации для усиления эффекта назначить висмута трикалия дицитрат? Обоснуйте.
5. Нужна ли в данной ситуации эрадикационная терапия?

Ситуационная задача 4

Мальчик Саша 7 лет поступил в стационар по направлению врача-педиатра участкового с жалобами на головную боль, недомогание, изменение цвета мочи.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1 беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела – 3200 г, длиной тела – 52 см, оценкой по Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Из перенесенных заболеваний – редко ОРВИ, после 5-летнего возраста – трижды лакунарные ангины, у матери – хронический тонзиллит. Три недели назад перенес лакунарную ангину, последнюю неделю посещал школу. В течение двух последних дней появились недомогание, головная боль, однократно было носовое кровотечение, стал редко мочиться.

При осмотре: выражена бледность кожных покровов, пастозность лица, голеней. Перкуторно над легкими легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см, 1 тон на верхушке ослаблен, тоны сердца учащены, приглушены, усилен 2-ой тон на аорте, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, асцита нет. Печень, селезенка не увеличены. За сутки выделил 240 мл мочи.

Общий анализ крови: гемоглобин – 111 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, средний объем эритроцитов – 80 fl, среднее содержание гемоглобина в эритроцитах – 29 pg, средняя концентрация гемоглобина в эритроците – 32 g/l, анизоцитоз эритроцитов – 9,5%, тромбоциты - $368 \times 10^{12}/л$, средний объем тромбоцитов – 8,3 fl, ширина распределения тромбоцитов по объему – 12%, тромбокрит – 0,3%, лейкоциты – $8,9 \times 10^{12}/л$, нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 22%, эозинофилы – 4%, моноциты – 8%, СОЭ- 25 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - бурый, прозрачность - мутная, pH – 6,0, плотность – 1024, белок – 1,5 г/л, билирубин - NEG, уробилиноген – NORM, глюкоза – NEG, лейкоциты – 10 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поля зрения, эпителиальные клетки – ед. в поле зрения, цилиндры CAST гиалиновые – 5-6 в поле зрения, цилиндры CAST – эритроцитарные – 10-15 в поле зрения. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
4. Составьте план медикаментозного лечения.
5. В каком случае данному больному показано проведение биопсии почек?

Ситуационная задача 5

Мальчик 12 лет предъявляет жалобы на боли в верхней половине живота ноющего характера, возникающие сразу после еды, особенно обильной, жирной, иногда на голодный желудок.

Обычно боли проходят самостоятельно. Часто беспокоит чувство тяжести, переполнения в эпигастриальной области, быстрое насыщение. Иногда бывает отрыжка воздухом, тошнота, редко рвота съеденной пищей, приносящая облегчение.

Указанные признаки появились у мальчика около года назад и первоначально отмечались редко, а в течение последних 3 месяцев беспокоят постоянно и стали более выраженными.

Со слов мамы, аппетит у мальчика избирательный.

Несмотря на интенсивный линейный рост в течение последних 6 месяцев, вес ребенка не увеличился.

Из анамнеза известно, что у отца ребенка язвенная болезнь, у деда по линии отца рак желудка.

При клиническом обследовании состояние мальчика удовлетворительное. Активный, контактный.

Астенического телосложения.

Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Язык влажный.

На спинке языка налет белого цвета. Рост 148 см, масса тела 35 кг.

АД 110/70 мм рт. ст., пульс 72 удара в минуту. Тоны сердца звучные, чистые.

В легких выслушивается везикулярное дыхание.

Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастриальной области и пилорoduоденальной зоне. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание безболезненное.

Стул со слов мальчика бывает ежедневно, оформленный, коричневой окраски. Щитовидная железа не увеличена.

Половое развитие по мужскому типу, яички в мошонке.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования ребенка.
4. Сформулируйте план лечения ребенка.
5. Составьте программу противорецидивного лечения.

Ситуационная задача 6

Девочка 13 лет предъявляет жалобы на постоянные, тупые, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье.

Часто бывает отрыжка воздухом, тошнота. Периодически отмечаются боли в эпигастрии. Указанные жалобы беспокоят более 6 месяцев. Со слов мамы, девочка очень любит чипсы, бутерброды, жареное, острые приправы. Девочка ведет малоподвижный образ жизни, предпочитает чтение, занятия за компьютером, рисование.

Из анамнеза жизни известно, что мама пациентки страдает холециститом, у бабушки по линии матери хронический панкреатит и желчнокаменная болезнь.

При клиническом обследовании состояние пациентки средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, чистые.

Слизистая полости рта бледно-розовой окраски, имеется краевая иктеричность склер. Язык влажный, незначительно обложен беловато-желтым налетом у корня. Девочка правильного телосложения, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, чистые. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в эпигастриальной, околопупочной областях.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени округлый, мягко эластической консистенции; определяются слабо положительные симптомы Кера и Ортнера. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное.

Стул со слов девочки бывает 1 раз в 2-3 дня, крутой, иногда типа «овечьего».

Выполнена ФЭГДС: слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки слабо отечна и гиперемирована.

Гистологическое исследование биоптата желудка: активность воспалительного процесса умеренная, в цитологических мазках обнаружен Нр.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите методы исследования, необходимые для верификации данной патологии, дайте их обоснование.
4. Назовите группы препаратов для лечения данной патологии.
5. Назовите факторы риска развития данной патологии у пациентки.

Ситуационная задача 7

Подросток 15 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на головные боли, чаще после занятий в школе.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились около 3 месяцев назад, за медицинской помощью не обращался.

На профосмотре в школе выявили повышение АД до 150/80 мм рт. ст. Рекомендована консультация детского врача-кардиолога, на приёме выявлено повышение АД до 140/80 мм рт. ст., рекомендовано соблюдать режим дня, снизить физическую и умственную нагрузку, контроль за АД и явка через 10 дней: по утрам АД было в норме – в среднем 120/70 мм рт. ст. По вечерам отмечалось повышение АД до 140-150/80 мм рт. ст.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок рос и развивался соответственно возрасту, привит по календарю прививок, редко болел ОРВИ. За последний год вырос на 15 см, появилась неустойчивость настроения, конфликты со сверстниками, повышенная потливость, стал уставать от школьных нагрузок.

Гуляет мало, предпочитает играть в компьютерные игры, нарушился сон. В течение последнего года курит по 1-2 сигареты в день. У отца – гипертоническая болезнь с 45 лет.

При осмотре. Кожные покровы обычной окраски, выражена потливость, угревая сыпь на лице и спине, красный стойкий дермографизм, хорошо развиты вторичные половые признаки. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно.

Рост 178 см, масса тела 63 кг. Лимфатические узлы не увеличены.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя - III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 90 в 1 минуту, шумы не выслушиваются. Среднее АД по результатам 3 измерений - АД 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Стул оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $300 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1030, белка, сахара нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. ЭКГ – вариант возрастной нормы.

ЭХОКГ – структурных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте, поставленный вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте подростку лечение.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 8

Девочка М. 13 лет поступила в стационар с жалобами матери на слабость, вялость, головные боли, «синяки» на коже.

Из анамнеза заболевания: заболела неделю назад, когда впервые появились носовое кровотечение и «синяки». По месту жительства проводилась местная гемостатическая терапия, кровотечение было остановлено, назначен аскорутин. Геморрагическая сыпь нарастала. Доставлена в больницу.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание ясное. Аппетит снижен. Кожные покровы бледные, геморрагический синдром на туловище и нижних конечностях в виде петехий и экхимозов различной степени давности. Гемофтальм OS. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 120 в минуту. Систолический шум на

верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка пальпаторно не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Общий анализ крови: эритроциты – $2,29 \times 10^{12}/л$, Hb – 66 г/л, ретикулоциты – 2%, тромбоциты – $15 \times 10^9/л$, лейкоциты – $2,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 8%, лимфоциты – 84%, моноциты – 2%, СОЭ – 64 мм/час, время свертывания – 1 минута 20 секунд, длительность кровотечения – 7 минут.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, мочевины – 4,7 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, железо – 10 мкмоль/л, АЛТ – 23 Ед/л (норма – до 40), АСТ – 19 Ед/л, серомукоид – 0,180.

Миелограмма: пунктат малоклеточный, представлен в основном лимфоцитами, повышено содержание стромального компонента и жировой ткани. Мегакариocyты не обнаружены. Гранулоцитарный росток – 11%, эритроидный росток – 8%.

Коагулограмма: АЧТВ – 41 сек, ПТИ – 90%, ТВ – 17 сек, фибриноген – 3 г/л.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2.Обоснуйте поставленный вами диагноз.
- 3.Какие исследования надо провести для верификации (уточнения) диагноза?
Обоснуйте.
- 4.Что включает в себя лечение данной патологии?
- 5.Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Ситуационная задача 9

Больной Иван М. 7 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство.

Наследственность по аллергопатологии отягощена: мама страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой.

У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространенного атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приеме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенес острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме.

Практически ежедневно по утрам, а также во время эпизодов бронхообструкций беспокоит заложенность носа, ринорея, приступы чихания, зуд носа, слезотечение.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в легких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

В анализах: в общем анализе крови – эозинофилия 10%.

Пикфлоуметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – 70% от должноствующих цифр. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Окажите медицинскую помощь ребенку с данным заболеванием.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 10

Больная С. 11 лет осмотрена врачом-педиатром участковым на дому с жалобами на приступы удушья, кашель, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди.

Анамнез заболевания: заболела остро, после поездки на дачу. Появился кашель, сегодня лекарственные средства не принимали.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала нормально. Роды путем кесарева сечения. Асфиксия 1 степени. Росла и развивалась соответственно возрасту. В течение 5 лет состоит на диспансерном учете по поводу бронхиальной астмы. Получала базисную терапию – серетид, закончила прием препарата около 3 месяцев назад. В период приема ингаляционных кортикостероидов (ИКС) отмечались незначительные одышки по вечерам 1-2 раза в неделю, которые проходили самостоятельно или после однократной ингаляции сальбутамола (со слов мамы). Приступы стали отмечаться через 1,5 месяца после окончания приема базисного препарата. Приступы удушья 4-5 раз в неделю, включая ночные. Для купирования приступов применяла дитек, сальбутамол, эуфиллин. К врачу не обращалась.

Объективный осмотр: общее состояние ребенка нарушено значительно, одновременно отмечается беспокойство и чувство страха, речь затруднена. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, ушных раковин, кончиков пальцев. ЧДД - 40 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Результаты физикального обследования: в легких выслушиваются сухие хрипы как на выдохе, так и на вдохе, время выдоха в два раза превышает время вдоха. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС - более 120, АД - 130/90 мм рт. ст. **Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Представьте тактику неотложной терапии.
3. Какие препараты можно порекомендовать для базисной терапии?
4. Какие мероприятия не рекомендуется использовать при приступе этого заболевания у детей?
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 11

На вызове к больному: мальчик 5 лет с жалобами на сильный кашель до рвоты. Из анамнеза: ребенок от первой беременности, преждевременных родов при сроке 30 недель. На первом-втором году жизни часто болел, перенес ОРЗ 4-5 раз в год, кишечную инфекцию. Привит по индивидуальному календарю (вакцинация начата в 2 года, против дифтерии АДС). Посещает детский сад. Случаев инфекционных заболеваний в детском коллективе и дома за последние 21 день не зарегистрировано. Семья (родители и ребенок) проживает в удовлетворительных бытовых условиях. Болен вторую неделю. Заболевание началось с редкого сухого кашля. Мама давала отхаркивающую микстуру, проводилось полоскание зева теплым отваром эвкалипта. Постепенно кашель становился более навязчивым, упорным, в последние 2 дня принял приступообразный характер. За сутки отмечается до 20 приступов кашля.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, вокруг орбит глаз, на лице единичные петехиальные элементы. Слизистая рта чистая, зев розовой окраски, миндалины умеренно выступают из-за дужек, чистые. Периферические л/у не увеличены. Приступ кашля возникает внезапно и состоит из серии кашлевых толчков, за которым следует свистящий вдох. Приступ сопровождается набуханием шейных вен, покраснением лица, высовыванием языка, заканчивается откашливанием вязкой, прозрачной мокроты, иногда рвотой. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание жесткое. Число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца умеренно приглушены. Пульс ритмичный. Частота сердечных сокращений 104 в минуту. Слизистая рта чистая, язвочка на уздечке языка. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, тромбоциты - $240,0 \times 10^9/л$, лейкоциты - $20,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 19%, лимфоциты - 72%, моноциты - 7%, СОЭ - 12 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления этиологии заболевания? Какие результаты ожидаете получить?
4. Назначьте лечение больному ребенку, обоснуйте назначения.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге, если известно, что ребенок в катаральном периоде (7 дней) посещал детский сад.

Ситуационная задача 12

Повторный осмотр на дому девочки 4-х лет. Жалобы на боли в горле, головную боль, слабость. Из анамнеза: родилась от I нормально протекавшей беременности, нормальных родов. Росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ до 4 в год, ветряная оспа. До 3 лет отмечалась аллергическая реакция на цитрусовые, шоколад. Посещает детский сад.

Прививочный календарь: БЦЖ – 4 день жизни; гепатит В – 12 часов – 1 месяц – 6 месяцев; АКДС – 3 месяца – 4,5 месяца; полиомиелит – 3 месяца – 4,5 месяца; корь, краснуха, эпидемический паротит – 12 месяцев. Контакт с инфекционным больным за последние 3 недели отрицает.

Заболела остро, появились боли в горле при глотании, температура тела повысилась до $37,4^{\circ}C$. Была осмотрена врачом-педиатром участковым, выявившим умеренную гиперемию зева. Было назначено полоскание зева раствором фурацилина и щелочные ингаляции.

Повторный осмотр на 3 день болезни объективно: состояние средней тяжести, температура – $37,5^{\circ}C$, отрицательная динамика клинических проявлений – вялая, бледная. Зев гиперемирован, на поверхности миндалин плотные пленки сероватого цвета, больше справа, не выходят за пределы миндалин. Пленка снимается с трудом, при попытке снять на миндалине появляется кровь. Подчелюстные лимфоузлы – 1,5 см уплотнены, безболезненны, подвижны, другие группы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца громкие, сокращения ритмичные, частота сердечных сокращений 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез - без патологии.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 128 г/л, тромбоциты - $310,0 \times 10^9/л$, лейкоциты - $16,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 59%, лимфоциты - 27%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, уд. вес – 1018; белок – нет, сахар – нет, эпителий – ед. в п/зр, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, бактерии, слизь – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение больного.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия, если известно, что ребёнок посещал детский сад, семья состоит из 3 человек (мама, папа и сам ребенок)

Ситуационная задача 13

Осмотрена на дому девочка 3 лет. Жалобы мамы на повышение температуры тела, слабость, отказ от еды, высыпания на коже.

Из анамнеза: ребенок от II беременности, II срочных родов, росла и развивалась соответственно возрасту, привита по календарю. Из перенесенных заболеваний: кишечная инфекция, ОРЗ – до 3 раз в год, краснуха. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными не установлен.

Больна 3 день, заболевание началось с повышения температуры тела до 38,0°C, необильного отделяемого из носа, покашливания. На 2-й день болезни на волосистой части головы, лице и туловище появились единичные пятнисто-папулезные элементы сыпи, некоторые из них к концу суток превратились в везикулы. На следующий день появились новые высыпания, сопровождающиеся выраженным кожным зудом.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,9°C, ребенок вялый. Кожные покровы бледные. На лице и волосистой части головы, туловище и конечностях отмечается обильная полиморфная сыпь: пятна, узелки, везикулы. Тоны сердца слегка приглушены, частота сердечных сокращений 120 в минуту. В легких аускультативно-пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. На слизистой твердого неба несколько поверхностных эрозий размером 2х3 мм. Живот мягкий, печень выступает изпод края реберной дуги на 1,5 см. Стул без патологических примесей. Менингеальных симптомов нет. Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге. Существует ли активная иммунизация при этом заболевании?

Ситуационная задача 14

На профилактическом осмотре 6 месячный ребёнок. У матери жалоб нет. На грудном вскармливании. Масса тела 7200 г, длина 64 см. Состояние ребёнка удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Врач-педиатр обратил внимание на гипотермию нижних конечностей. Катаральных проявлений нет. Дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы. ЧДД 36 в минуту. Область сердца не изменена, верхушечный толчок умеренно усилен, тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 132 в минуту. По левому краю грудины выслушан средней интенсивности пансистолический шум грубоватого тембра, который определялся и в межлопаточном пространстве. Выявлено резкое снижение пульсации бедренных артерий, отсутствие пульсации артерий тыла стопы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +1 см от края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Стул, со слов матери, до 4 раз за сутки, без патологических примесей. Мочится без особенностей.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от четвертой беременности, вторых самостоятельных родов в сроке 38-39 недель. Мать на учете по беременности в женской консультации не состояла. Со слов женщины, беременность протекала без особенностей. Масса ребёнка при рождении 3020 г, длина 50 см. Апгар 6/8 баллов. Выписан из роддома на 3 сутки с диагнозом: Здоров. Не привит (отказ). До 6 месяцев семья проживала в другом районе. Педиатра не посещали.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Какое дополнительное клиническое исследование должен провести врач- педиатр для уточнения диагноза?
4. Определите дальнейшую тактику врача педиатра.
5. Обоснуйте необходимость госпитализации ребенка и тактику врача-педиатра участкового после выписки ребенка из стационара

Ситуационная задача 15

Ребенок 2,5 лет заболел остро вчера с подъема температуры до 37,6 °С, появления насморка и редкого сухого кашля. В семье у отца ребенка в течение 3-х дней отмечаются респираторные симптомы (кашель, насморк). Мать ввела ребенку виферон в свечах и вызвала врача-педиатра участкового.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка оценено как среднетяжёлое, температура тела 38,0 °С, активен, аппетит не нарушен, кожные покровы чистые, физиологической окраски. Из носа обильное прозрачное жидкое отделяемое, отмечается редкий сухой кашель, склерит, умеренная гиперемия конъюнктив. В зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек, миндалины за дужками без налётов, задняя стенка глотки зернистая, стекает прозрачная слизь. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стул и диурез не изменены.

Из анамнеза жизни известно, что преморбидный фон неотягощён. Привит ребёнок по возрасту. Два дня назад сделана прививка против гриппа (гриппол плюс). Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребенок 5 лет, в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив. Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Связано ли данное заболевание с вакцинацией против гриппа?
2. Определите и обоснуйте показания для госпитализации.
3. Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте свое решение.
4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
5. При каком условии необходим повторный осмотр ребенка?

12 семестр

Ситуационная задача 1

На дому осмотрен мальчик М., 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенес лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребенок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мама давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мед, цитрусовые, клубнику. Папа ребенка страдает бронхиальной астмой.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь.

Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: Нв -128 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,98, тромбоциты - 495×10^9 /л, лейкоциты - $12,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, эозинофилы - 2%, лимфоциты -22%, моноциты - 6%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины – 48%, мочевины - 3,8 ммоль/л, креатинин - 69 мкмоль/л, билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, АсТ-29 Ед/л, АлТ-32 Ед/л, фибриноген – 5 г/л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты -2-1 в п/з, эритроциты -5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют.

Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл; эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо ребенку, включая режим и диету?
5. Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

Ситуационная задача 2

На приеме девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, вокруг пупка, возникающие натощак, через 2 часа после приема пищи, ночные, изжогу, отрыжку воздухом.

Из анамнеза. Ребенок от второй беременности, протекавшей гладко, без осложнений, вторых срочных самостоятельных родов. Масса при рождении 3200 г, рост 55 см. Развивалась физиологично, гармонично. У бабушки по материнской линии - гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки.

Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала лечение алмагель, мезим форте с непродолжительным положительным эффектом.

При осмотре: рост 140 см, масса 40 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над легкими везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. ЧСС - 62-80 в 1 минуту. АД - 95/60 мм рт. ст. Язык обложен неплотным налетом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилорoduоденальной зоны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край закруглен. Симптомы холепатии (Мерфи, Ортнера, Кера) положительные. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,61 \times 10^{12}$ /л, Нв - 125 г/л, Нт - 37,6, лейкоциты - $7,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, п/я - 2%, с/я - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ - 7мм/ч.

Биохимический анализ крови – АлТ - 19 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, об. белок - 70 г/л, α-амилаза - 29 ед/л, об. билирубин - 14,2 мкмоль/л, пр. билирубин - 1,4 мкмоль/л, ЩФ - 460 ед. (норма 380 ед.).

Общий анализ мочи - кол-во - 40,0 мл, цвет - св. желтый, прозрачность полная, уд. вес - 1007, белок - нет, эп. клетки 1-0-1 в п/зр., лейкоциты 1-2 в п/зр., эр. - 0, соли - оксалаты, слизь - отр., бактерии - отр.

ФЭГДС: слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка во всех отделах и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, гипертрофирована, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект 0,6×0,5см, покрытый грязно-серым фибриновым налетом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++).

УЗИ: печень - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь - 60×20мм (норма 53×22мм), деформирован перегибом в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа - контур ровный, четкий, размеры – головка – 18 мм (норма), тело - 15 мм (норма), хвост - 19 мм (норма), эхоструктура паренхимы однородная, селезенка - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная. Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Ситуационная задача 3

На приеме мальчик 13 лет с жалобами на повышение температуры тела, боли в животе, тошноту, однократную рвоту.

Из анамнеза. Ребёнок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре, нефропатии беременных, срочных физиологических родов. Масса при рождении 3200 г, рост 52 см. Развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Посещает спортивную секцию футбола. Болен 3-й день. Накануне заболевания тренировался в холодную погоду на улице. Заболевание началось остро, с повышения температуры, на второй день присоединились боли в животе, тошнота. Лечились самостоятельно - жаропонижающие препараты, без эффекта

Объективно. Состояние средней тяжести. Температура тела 38,4°C. Кожные покровы чистые с мраморным рисунком, горячие на ощупь, на щеках яркий румянец, выражены «тени» под глазами. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные, паховые) 0,7см, единичные, плотно-эластической консистенции, кожа над ними не изменена. Зев розовый. Язык у корня обложен неплотным налетом белого цвета. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 28 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца средней звучности, ритм сохранен, на верхушке - короткий систолический шум дующего тембра. ЧСС - 92 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Отмечается умеренно выраженная болезненность в области левого подреберья. Печень не пальпируется. Пузырные симптомы (Мэрфи, Кера, Ортнера) слабо положительные, остальные отрицательные. Область почек на глаз не изменена. Симптом поколачивания положительный слева. Стул за сутки 1 раз, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание 7 раз в сутки, безболезненное, средними порциями. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$, Нв - 137 г/л, цв. пок. - 0,87, лейкоциты - $15,8 \times 10^9/л$, э - 0, палочкоядерные - 13%, сегментоядерные - 66%, моноциты - 6, лимфоциты - 15%, СОЭ - 27мм/ч.

Биохимический анализ крови: об. белок - 80 г/л, билирубин общий - 18,5 мкмоль/л, прямой - 2,7 мкмоль/л, АлТ - 22 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, щелочн.фосфатаза - 150 Ед/л.

Общий анализ мочи: кол-во - 80,0 мл, цвет - желтый, уд. вес. - 1,028, белок - 0,09 г/л, сахар - отр., лейкоциты - сплошь в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр., соли мочевоы кислоты – ед., бактерии - большое количество, слизь - ++.

УЗИ внутренних органов: печень не выступает из-под края реберной дуги, эхо структура паренхимы однородная, сосудистый рисунок сохранен, желчный пузырь – 72х14мм (норма 52х13мм), деформирован, стенки тонкие, содержимое неоднородное; поджелудочная железа - размеры – головка 10 мм х 10 мм х 13 мм (норма), контур ровный, четкий, эхо структура паренхимы однородная; селезёнка - без видимой патологии; почки - расположение типичное, подвижность сохранена, контуры ровные, четкие, левая 125х50мм (норма 95х37мм), паренхима не истончена – 20 мм, правая 98х36мм (норма 94х38мм), паренхима не истончена - 22 мм, эхо структура паренхимы однородная, слева лоханка расширена. Мочеточники не визуализируются. Мочевоы пузырь - симметрия сохранена, стенка не утолщена, содержимое без осадка. Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какое лечение необходимо назначить больному?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Ситуационная задача 4

Девочка 11 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром натощак, отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: жалобы на боли в животе беспокоят в течение 1 года. Мать девочки страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Осмотр: состояние среднетяжёлое. Рост – 148 см, масса – 34 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, синдром Менделя положителен, болезненность в точке Мейо-Робсона. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены.

В условиях поликлиники были выполнены следующие исследования:

В анализе крови: эрит – $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нв – 128 г/л, лейко – $6,9 \times 10^9$ /л, тромбо – 250×10^9 /л, СОЭ – 5 мм/ч. В общем анализе мочи: св.желтая, прозрачная, уд. вес – 1015, реакция кислая, белок (–), сахар (–), лейкоциты – 2-3 п/зр, ацетон (–), слизь ед.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, АлТ – 32 Ед/л, АсТ – 38 Ед/л, ЩФ – 140 Ед/л (норма 70-140), амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 3 Ед, билирубин общий – 18 мкмоль/л.

ФЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы 12-перстной кишки очагово гиперемирована, отечная. Тест на H. pylori отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости: контуры печени ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь грушевидной формы 65х38 мм (норма 50х30) с перегибом в области дна. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижены. Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените изменения при УЗИ и их информативность для постановки диагноза?
3. Оцените лабораторные показатели этой пациентки.
4. Опишите принципы лечения данного больного в поликлинических условиях.
5. Принципы реабилитации и диспансеризация ребенка в амбулаторных условиях.

Ситуационная задача 5

Девочка 13 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение. Данные симптомы появились около года назад.

Ребенок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2-х лет заболеваемость участилась до 6-7 раз в год. Питание нерегулярное. Девочка стала раздражительной, апатичной. Менсис нерегулярные с 12 лет, 5-7 дней, обильные.

В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранен. Питание удовлетворительное. Масса тела 33 кг. Формула полового развития МаЗР2Ах2МеЗ, 11,3 балла. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Слизистые чистые, бледные. Подчелюстные и шейные лимфоузлы II – III степени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 90/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка у края реберной дуги. Стул оформленный, ежедневно.

В анализе мочи: рН - слабо кислая, белок 0,066 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр. В анализе периферической крови: гемоглобин – 80 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,7, лейкоциты – $7,6 \times 10^9$ /л, базофилы-0%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные -59%, лимфоциты - 28%, моноциты - 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия +++, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++. МСН– 19,5 пг (содержание гемоглобина в эритроците в норме - 24-33 пг).

Вопросы:

Предположительный диагноз.

1. Что способствовало развитию данного заболевания?
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
4. Оцените эффективность проводимой терапии.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 6

Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный прием к врачу-педиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. (Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.) Ребенок болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенес астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребенок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, объем форсированной ЖЕЛ за 1 сек. – 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней

пыли, шерсти животных, березе, некоторым видам трав. При осмотре: объективно ребенок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 уд/мин, расщепление II тона с акцентом на легочной артерии, АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезенка не пальпируется. Ребенок постоянно получает ингаляционные глюкокортикоиды, β₂адреномиметики. Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Составьте план диспансерного наблюдения.
3. Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации родителям по уходу за ребёнком.
4. Какие бронхорасширяющие препараты применяются в клинической практике? Побочные действия этих препаратов.
5. Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребенку, назовите способ доставки препаратов?

Ситуационная задача 7

Девочка 15 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на запоры (стул 1 раз в неделю, плотным столбом большого диаметра), периодическое вздутие живота; боли в животе, купируются при отхождении стула. Данные жалобы появились год назад после того, как девочка переболела кишечной инфекцией (лечение в стационаре).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстенического типа. Кожные покровы и слизистые зева чистые, обычной окраски. Мышечный тонус в норме. Язык влажный обычной окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, пальпируется заполненная сигмовидная кишка, слепая кишка «урчание под рукой». Печень - у края реберной дуги.

ОАК и ОАМ - патологии не обнаружено. Копрограмма: нейтральный жир(+), клетчатка внеклеточная.

УЗИ органов брюшной полости: печень обычной эхоплотности, нормальных размеров, желчный пузырь без особенностей, на стимуляцию сократился на 50%, поджелудочная железа обычной эхоплотности и нормальных размеров. Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы препаратов Вы назначите этому ребенку? Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика и режимные мероприятия?

Ситуационная задача 8

Девочка 8 лет больна в течение недели. Отмечается заложенность носа, повышение температуры тела до 38°C. С 3 дня заболевания появились боли при глотании. Врач-педиатр участковый диагностировал лакунарную ангину. Был назначен Азитромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранялась высокая температура, сохранялись наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон.

При повторном осмотре температура - 38,3°C. Лицо одутловатое, веки пастозны, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком. Кожа бледная, чистая. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные переднешейные и заднешейные

лимфоузлы с некоторой отечностью тканей вокруг них. Пальпируются передне-, заднешейные лимфоузлы (до 3,0 см в диаметре), чувствительные при пальпации, плотно-эластической консистенции, подчелюстные, подмышечные, паховые до 1,5 см в диаметре. Яркая гиперемия зева, на увеличенных небных миндалинах - в лакунах наложения беловато-жёлтого цвета. Язык густо обложен белым налётом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 24 в минуту. ЧСС - 100 в минуту. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под рёберной дуги на +3 см, селезёнка +1 см из-под рёберной дуги. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,8, лейкоциты - $12 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 13%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 40%, моноциты - 13%; атипичные мононуклеары - 25%, СОЭ - 25 мм/час. **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Составьте план медикаментозного лечения.
5. Составьте план диспансерного наблюдения за больным, перенёвшим заболевание.

Ситуационная задача 9

У мальчика 12 лет две недели назад сняли клеща с кожи головы над правым ухом. Заболел с повышения температуры тела до $37,4^{\circ}C$, появилось покраснение кожи в виде округлого пятна в месте укуса клеща, которое постепенно увеличивалось в диаметре. Вызвали врача-педиатра участкового.

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски, в области волосистой части головы эритема диаметром 10 см с просветлением в центре. Пальпируются увеличенные до 1,0 см заднешейные и затылочные лимфоузлы справа, безболезненные. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, небная миндалина справа 2 размера, слева 1 размера. В легких везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 92 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Стул и диурез не нарушены. Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
4. Назовите препараты этиотропной терапии и длительность их применения.
5. Каким препаратом необходимо было провести экстренную химиопрофилактику данного заболевания? Обоснуйте.

Ситуационная задача 10

Девочка 9 лет больна вторые сутки, заболела остро: повышение температуры тела до $39,1^{\circ}C$, озноб, головная боль, боль в горле при глотании, однократная рвота.

Состояние средней тяжести. Температура тела - $38,9^{\circ}C$. Кожные покровы чистые, румянец на щеках. Губы яркие, гиперемированы. Слизистая ротоглотки (дужек, миндалин) ярко гиперемирована. Миндалины увеличены до II размера, с обеих сторон в лакунах беложелтый налет, легко снимающийся шпателем, подлежащая поверхность миндалин не кровоточит. Язык суховат. Переднешейные лимфоузлы увеличены до 1,5 см, болезненны при пальпации. Дыхание везикулярное, без хрипов, ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – 22×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 3%, СОЭ – 35 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования, обоснуйте назначения.
4. Какие препараты этиотропной терапии можно рекомендовать в данном случае, обоснуйте их назначение, длительность терапии.
5. Составьте план диспансерного наблюдения ребенка.

Блок С

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ

ВОПРОСЫ К РАЗДЕЛУ 1

1. Объем лечебной помощи на уровне первичного звена. Основные показатели деятельности ЦСМ/детской поликлиники: Виды медицинской документации. Ведение медицинской документации.
2. Ежемесячный и годовой план работы специалистов семейной медицины/участкового педиатра.
3. Анализ работы специалистов семейной медицины/участкового педиатра.
4. Цель профилактической педиатрии (первичная, вторичная и третичная профилактика).
5. Определение здоровья по ВОЗ. Критерии, определяющие состояние здоровья.
6. Группы здоровья, их характеристика.
7. Антенатальная охрана плода, преемственная охрана плода, планирование семьи;
8. Цель, задачи и сроки проведения дородовых патронажей;
9. Методы оценки факторов риска для плода;
10. Генеалогический анализ, показания для медико-генетического консультирования;
11. Принципы рационального питания беременных;
12. Первичный врачебно-сестринский патронаж новорожденного, сроки проведения и задачи, последующее наблюдение новорожденного;
13. Объективное обследование новорожденного. Правила проведения.
14. Оценка физического развития новорожденного;
15. Оценка психомоторного развития детей в периоде новорожденности;
16. Уход за новорожденным ребенком;
17. Выделение новорожденного в группу направленного риска.
18. Диспансерное наблюдение – диспансеризация.
19. Экстренное извещение (форма 58/у): первичное, подтверждение или снятие диагноза инфекционного заболевания.
20. Противоэпидемические мероприятия при капельных инфекциях в очаге: на дому и в организованном коллективе.
21. Противоэпидемические мероприятия при фекально-оральных инфекциях в очаге: на дому и в организованном коллективе.
22. Наблюдение за контактными лицами в очаге инфекционного заболевания.
23. Санитарно-просветительная работа семейного врача/участкового педиатра.

ВОПРОСЫ К РАЗДЕЛУ 2

1. Профилактическая работа семейного врача/участкового педиатра.
2. Комплексная оценка состояния здоровья детей.
3. Диспансерное наблюдение за здоровыми детьми и детьми с фоновыми заболеваниями.
4. Диспансерные группы в КР и РФ. Особенности наблюдения за детьми высокого риска.

5. Критерии, определяющие эффективность диспансеризации различных групп детского населения.
6. Кратность профилактических осмотров (семейный/участковый врач) и патронажных посещений на дому (медсестра) детей первого года жизни.
7. Динамика показателей физического и нервно-психического развития здоровых детей первого года жизни.
8. Организация вскармливания детей грудного возраста.
9. Терминология (естественное, смешанное и искусственное вскармливание).
10. Консультирование по вопросам питания детей грудного возраста.
11. Международный код о маркетинге заменителей грудного молока.
12. Особенности питания и режима дня кормящей женщины.
13. Диагностика, лечение и особенности профилактики анемий, рахита, спазмофилии, расстройств питания и гиповитаминозов, гипервитаминоза витамина D.
14. Кратность и задачи профилактических осмотров детей раннего и дошкольного возраста в ЦСМ/детской поликлинике;
15. Оценка физического развития детей различного возраста.
16. Оценка нервно-психического развития детей раннего возраста.
17. Режим и воспитание детей раннего возраста;
18. Питание детей раннего возраста.
19. Роль закаливания, гимнастики, массажа в укреплении здоровья детей;
20. Организация иммунопрофилактики инфекционных заболеваний.
21. Работа кабинета профилактических прививок.
22. Национальный календарь прививок (КР, РФ).
23. Характеристика вакцинных препаратов.
24. Практика безопасной вакцинации.
25. Сроки иммунизации и интервалы между отдельными вакцинациями и ревакцинациями.
26. Своевременная профилактика, диагностика и лечение поствакцинальных осложнений (ПВО).
27. Рекомендации по вакцинации особых групп детей. Диагностика дифтерии, ветряной оспы, коклюша, краснухи, кори, эпидемического паротита, скарлатины, менингококковой инфекции, вирусного гепатита А, острых кишечных инфекций.
28. Особенности подготовки в ДОО;
29. Роль медико-педагогической комиссии;
30. Адаптация детей к ДОО; Работа врача-педиатра в ДОО;
31. Врачебный контроль над состоянием здоровья детей в ДОО;
32. Физическое воспитание в ДОО; Организация питания детей в ДОО;
33. Санитарно-гигиенические требования к устройству и содержанию ДОО;
34. Подготовка детей к поступлению в общеобразовательное учреждение (школу);
35. Адаптация к школе;
36. Организация работы врача в ООШ.
37. Особенности физиологии подросткового периода.
38. Оздоровление детей в образовательных учреждениях;
39. Организация питания детей в ООШ; Порядок передачи подростков под наблюдение терапевта.

40. Правила работы врача-педиатра по определению инвалидности у детей и подростков.
41. Социальная и медицинская реабилитация детей инвалидов.
42. Реабилитация и абилитация детей.
43. Роль профессиональной ориентации подростков в сохранении здоровья.
44. Врачебно-профессиональное консультирование и медицинское обеспечение профессиональной ориентации учащихся.

ВОПРОСЫ К РАЗДЕЛУ 3

1. Навыки консультирования: навыки эффективного общения.
2. Общие признаки опасности.
3. Астмоидное дыхание. Причины астмоидного дыхания.
4. Простуда, пневмония и тяжелая пневмония. Неотложная помощь при тяжелой пневмонии.
5. Лечение ребенка с астмоидным дыханием, простудой, пневмонией, тяжелой пневмонией. Показания к госпитализации.
6. Диарея острая: причины (дизентерия, сальмонеллез, секреторные диареи), клиника. Классификация затяжной диареи. Тяжелая затяжная диарея.
7. Опасные признаки при диарее: запавшие глаза, не может пить или отказывается от питья, пьет жадно, жажда, запавшие глаза, кожная складка расправляется медленно. Лечение обезвоживания по плану А, Б и В.
8. Антибактериальные препараты: показания при диарее, перечень антибиотиков.
9. Препараты цинка: показания при диарее, польза. Шаги приготовления ПРС (ОРС). Состояния, требующие повторного обращения.
10. Последующее наблюдение за ребенком с диареей.
11. Правила и последовательность осмотра ребенка при лихорадке. Приёмы термометрии.
12. Классификации лихорадки. Ригидность затылочных мышц и патологические состояния, при которых она наблюдается.
13. Методы оценки ригидности затылочных мышц.
14. Корь: признаки и осложнения. Лечение тяжелой, осложненной и неосложненной кори.
15. Определение затяжной лихорадки. Лечение лихорадки, назначение жаропонижающих средств.
16. Формы выпуска и расчет (парацетомол, ибупрофен, мазь тетрациклиновая). Правила последующего наблюдения при наличии лихорадке. Боли в горле у детей.
17. Фарингит, абсцесс глотки, мастоидит, острая и хроническая инфекция уха. Клинические характеристики: время, локализация, характер, интенсивность, связь с приемом пищи.
18. Определение, этиология маразма, квашиоркора, маразматического квашиоркора. Низкорослость, недостаточная масса тела.
19. Тяжелое истощение, острое и хроническое нарушение питания.
20. Анемия умеренной, тяжелой степени, лабораторные методы исследования.
21. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика дефицита витамина А.
22. Лечебная работа участкового педиатра. Правила работы участкового педиатра в «стационаре на дому».

- 23.Правила оформления рецептов, больничных листов. Значение консультирования матери и семьи больного ребенка по вопросам его кормления и ухода в целях развития. Современные подходы к лечению нарушений питания, анемии, дефицита витамина А на уровне ЦСМ/детской поликлиники.
- 24.Диспансерное наблюдение при нарушениях питания, анемии, дефиците витамина А. Прогноз.
- 25.Местная бактериальная инфекция у детей до 2-х месяцев жизни.
- 26.Как классифицировать состояние младенца с местной бактериальной инфекцией и тяжелой инфекцией? Определить лечение младенца с местной бактериальной инфекцией. Определите показания для госпитализации младенца с местной бактериальной инфекцией.
- 27.Желтухи у детей до 2-х месяцев жизни Как классифицировать состояние младенца с желтухой?
- 28.Определить лечение младенца с желтухой. Определите показания для госпитализации младенца с желтухой.
- 29.Профилактика гипотермии у младенца в возрасте до 2 месяцев.
- 30.Оцените, классифицируйте и определите лечение больного младенца в возрасте до 2 месяцев с диареей, низким весом и проблемами кормления.
- 31.Профилактика гипогликемии у младенца в возрасте до 2 месяцев с диареей, низким весом и проблемами кормления.
- 32.Профилактика гипотермии у младенца в возрасте до 2 месяцев с диареей, низким весом и проблемами кормления.

12 ЕМЕСТР 12 ВОПРОСЫ К РАЗДЕЛУ 4

- 1.Определение, цели и задачи медицинской диспансеризации.
- 2.Пациенты, подлежащие диспансерному наблюдению.
- 3.Порядок взятия на учёт.
- 4.Медицинская документация.
- 5.Составление планов-мероприятий на текущий год наблюдения и эпикризов на пациентов.
- 6.Критерии эффективности динамического наблюдения.
- 7.Перечень заболеваний, дающих право обучения на дому и освобождения от экзаменов в школе.
- 8.Медицинская реабилитация, задачи и функции.
- 9.Определение, цели и задачи социальной реабилитации.
- 10.Функциональные обязанности врача-реабилитолога.
- 11.Пациенты, подлежащие диспансерному наблюдению с бронхо-легочными заболеваниями.
- 12.Организация противорецидивного лечения при бронхо-легочных заболеваниях.
- 13.Медицинская реабилитация детей с бронхо-легочными заболеваниями, задачи и функции.
- 14.Бронхиальная астма. Клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
- 15.Аллергический ринит. Клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
- 16.Аллергический альвеолит. Клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
- 17.Пищевая аллергия. Клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
- 18.Атопический дерматит. Клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
- 19.Методы профилактики аллергических заболеваний.

20. Специфическая и неспецифическая гипосенсибилизация.
21. Острая ревматическая лихорадка: классификация, клиника, диагностика, диспансеризация.
22. Повторная (хроническая) ревматическая лихорадка: классификация, клиника, диагностика, диспансеризация.
23. Инфекционный эндокардит: классификация, клиника, диагностика, диспансеризация.
24. Неревматические кардиты, кардиомиопатии: клиника, диагностика, диспансеризация.
25. Ювенильный ревматоидный артрит: клиника, диагностика, диспансеризация.
26. Системная красная волчанка, системная склеродермия, узелковый периартериит: клиника, диагностика, диспансеризация.
27. Врожденные пороки сердца: клиника, диагностика, диспансеризация.
28. Клинический анализ крови: трактовка.
29. Биохимические анализы крови: трактовка их результатов.
30. Иммунологические, серологические методы диагностики: трактовка их результатов.
31. Бактериологические методы диагностики и трактовка их результатов.
32. Инструментальные методы диагностики и трактовка их результатов: УЗИ, Р-графические исследования.
33. Диспансерное наблюдение за детьми с нарушения ритма сердца.
34. Диспансерное наблюдение за детьми с острым и хроническим тонзиллитом.
35. Бициллинопрофилактика: показания, дозы, длительность, характеристика препаратов.
36. Тактика профилактики при аллергии на препараты пенициллинового ряда.
37. Инфекция мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, уретрит. Причины клиника, диагностика, диспансеризация.
38. Классификация инфекций мочевыводящих путей.
39. Врожденные пороки развития мочевых путей: клиника, диагностика, диспансеризация.
40. Острый и хронический гломерулонефрит; наследственный нефрит; интерстициальный нефрит (диагностика, тактика лечения и диспансерного наблюдения).
41. Лабораторные методы диагностики и трактовка их результатов: клинические (общий анализ мочи, анализы мочи по Аддису-Каковскому, Зимницкому, Нечипоренко, Амбурже и др.), бактериологические (посев мочи на степень бактериурии).
42. Инструментальные методы диагностики и трактовка их результатов: УЗИ, экскреторная урография, компьютерная томография.
43. Антибактериальные препараты при лечении инфекций мочевыводящих путей.
44. Уросептики при лечении инфекций мочевыводящих путей.
45. Санаторно-курортное лечение при инфекциях мочевыводящих путей: показания и методы лечения.
46. Схемы противорецидивного лечения при инфекциях мочевыводящих путей.

ВОПРОСЫ К РАЗДЕЛУ 5

1. Диспансерное наблюдение детей с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта.
2. План мероприятий на текущий год наблюдения. Функциональная неязвенная диспепсия: клиника, диагностика, диспансеризация.
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, диспансеризация.
4. Хронический гастрит, хронический гастродуоденит: клиника, диагностика, диспансеризация.
5. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки: клиника, диагностика, диспансеризация.
6. Болезнь Крона, неспецифический язвенный колит: клиника, диагностика, диспансеризация.
7. Дискинезия желчных путей, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь.
8. Хронический панкреатит: клиника, диагностика, диспансеризация.
9. Целиакия, муковисцидоз (кишечная форма). Хронический гепатит, цирроз печени: клиника, диагностика, диспансеризация.
10. Клинические анализы (общий анализ крови, копрограмма, кал на яйца глистов и др.): трактовка их результатов.
11. Биохимические анализы крови (протеинограмма, функциональные пробы печени, АСТ и АЛТ, протромбиновая проба): трактовка их результатов.
12. Бактериологические (посев испражнений) методы диагностики и трактовка их результатов.
13. Инструментальные методы диагностики и трактовка их результатов: УЗИ, эзофагогастродуоденоскопия, дуоденальное зондирование.
14. Анемии: дефицитные, гипо- и апластическая, гемолитическая. Причины, диагностика, диспансеризация. Классификация геморрагических диатезов.
15. Пациенты с геморрагическими диатезами, подлежащие диспансерному наблюдению.
16. Порядок взятия на учёт.
17. Медицинская документация.
18. Геморрагический васкулит.
19. Причины, диагностика, диспансеризация.
20. Иммунная тромбоцитопения.
21. Тромбоцитопатии. Причины, диагностика, диспансеризация.
22. Гемофилия. Причины, диагностика, диспансеризация.
23. Йододефицитные заболевания. Врожденный и приобретенный гипотиреоз.
24. Первичный, вторичный и третичный гипотиреоз. Причины, диагностика, диспансеризация.
25. Тиреотоксикоз. Аутоиммунный тиреодит. Причины, диагностика, диспансеризация.
26. Массовая профилактика йододефицитных заболеваний: йодирование соли, преимущества и недостатки.
27. Сахарный диабет 1-го типа. Диагностика, диспансеризация.
28. Ожирение и избыточная масса тела. Диагностика, диспансеризация.

ВОПРОСЫ К РАЗДЕЛУ 6

1. Неотложная медицинская помощь детям.

2. Штаты, организация работы в вечернее и ночное время.
3. Задачи, права и обязанности врача скорой и неотложной помощи.
4. Служба педиатрической скорой помощи.
5. Специализированные бригады. Организация их работы.
6. Принципы обследования и выбор лечебно-тактических мероприятий при угрожающих состояниях у детей на догоспитальном этапе.
7. Возрастные особенности, предрасполагающие к развитию угрожающих состояний.
8. Физикальное обследование детей при угрожающих состояниях. Показания к экстренной госпитализации. Показания к госпитализации в реанимационное отделение. Условия транспортировки.
9. Варианты решения для экстренной помощи пациентам в угрожающих и терминальных состояниях.
10. Техника и эффективность сердечно-легочной реанимации.
11. Прогноз реанимации и обоснование отказа от ее дальнейшего проведения.
12. Смерть мозга. Семиотика угрожающих состояний у детей.
13. Синдром внезапной смерти грудных детей. Анафилактический шок, этиопатогенез, классификация, клиника, первая врачебная помощь.
14. Отек Квинке, этиопатогенез, классификация, клиника, первая помощь.
15. Синдрома Лайелла, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
16. Бронхиальная астма, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия. Лечебно-тактические мероприятия при астматическом статусе, показания к госпитализации.
17. Набор лекарственных средств для оказания экстренной медицинской помощи при острых аллергических состояниях.
18. Основные принципы оказания неотложной медицинской помощи при острых аллергических состояниях.
19. Острая дыхательная недостаточность. Причины, клиника, диагностика. Первая врачебная помощь педиатра при синдромах острой дыхательной недостаточности.
20. Внезапная остановка и декомпенсация дыхания. Причины, клиника, диагностика.
21. Острая обструкция верхних дыхательных путей: инородное тело носа, гортани, трахеи, бронхов.
22. Клиническая фармакология средств, применяемых при острой дыхательной недостаточности.
23. Остановка сердца, причины, клиника. Методы терапии остановки сердца на догоспитальном этапе.
24. Острая сосудистая недостаточность. Коллапс.
25. Синкопальные состояния, терапевтическая тактика.
26. Нарушение ритма сердца, механизмы возникновения, причины, разрешающие факторы.
27. Инструментальные методы диагностики расстройств ритма сердца.
28. Угрожающие состояния при нарушениях ритма сердца и первая помощь.
29. Угрожающие состояния при врожденных пороках сердца у детей раннего возраста, лечебно-тактические решения.
30. Набор лекарственных средств для оказания экстренной медицинской помощи.
31. Первая врачебная помощь при гипертоническим кризе и артериальной гипертензии.

32. Клиническая фармакология средств, применяемых при острой сердечно-сосудистой недостаточности.
33. Оценка нарушений поведения у ребенка раннего возраста.
34. Расстройства сознания, судорожный синдром.
35. Дифференциальный диагноз судорог различного генеза.
36. Диагностика коматозных состояний у детей.
37. Болевой синдром, терапевтическая тактика.
38. Лихорадочные состояния у детей.
39. Набор лекарственных средств для оказания экстренной медицинской помощи при лихорадке, судорожном синдроме.
40. Клиническая фармакология препаратов, применяемых в неотложной неврологии.
41. Первая помощь при синдроме плеврального напряжения.
42. Экстренная помощь при остановке дыхания, синдроме ложного крупа, обструкции дыхательных путей.
43. Что такое «Острый живот»? Острый аппендицит. Клиника, диагностика, диффдиагностика.
44. Кишечная непроходимость. Клиника, причины, диагностика.
45. Неотложная помощь при хирургических заболеваниях.
46. Первичный инфекционный токсикоз. Клиника, причины.
47. Менингококкцемия: диагностика, первая помощь, особенности транспортировки, противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции. Экстренная помощь при менингококкцемии.
48. Синдром желтухи, дифференциальный диагноз, тактика, показания к госпитализации. Основные принципы оказания неотложной медицинской помощи при синдроме желтухи.
49. Первая врачебная помощь при инородных телах трахеи и бронхов.
50. Электротравма, поражение молнией: клиника, диагностика, первая помощь и лечение.
51. Солнечный и тепловой удар: клиника, диагностика, первая помощь и лечение.
52. Отморожения и замерзания: клиника, диагностика, первая помощь и лечение.
53. Ожоги: классификация, причины, клиника, осложнения. Первая врачебная помощь при ожогах, показания к госпитализации при ожогах.
54. Утопление: клиника, диагностика, первая помощь и лечение.
55. Укусы насекомых, змей и животных: клиника, диагностика, первая помощь и лечение.
56. Ингаляции дыма, горячего воздуха, окиси углерода: клиника, диагностика, первая помощь и лечение.
57. Травматический, ожоговый и геморрагический шок: клиника, диагностика.
58. Первая помощь и лечение.
59. Краш-синдром, алгоритм действий.
60. Травма органов брюшной полости, забрюшинного пространства, повреждении черепа и мозга, грудной клетки. Первая врачебная помощь при травмах, показания к госпитализации при травмах.
61. Особенности клиники и неотложной помощи при отравлениях у детей: алкоголем и его суррогатами, барбитуратами, наркотическими анальгетиками.

62. Особенности клиники и неотложной помощи при отравлениях у детей: бензином, керосином, скипидаром, прижигающими жидкостями.
63. Особенности клиники и неотложной помощи при отравлениях у детей: фосфорорганическими соединениями.
64. Отравление ядовитыми грибами (бледная поганка, мухомор, сморчки, строчки), клиника и неотложная помощь.
65. Отравление ядовитыми растениями (красавка, белена, дурман) , клиника и неотложная помощь.
66. Пути поступления яда в организм, течение острого отравления в зависимости от поступления яда в организм.
67. Мероприятия по удалению невсосавшегося яда. Принципы удаления всосавшегося яда. Показания, введение противоядия при отравлениях у детей.
68. Экстренная помощь при отравлениях у детей. Профилактика острых отравлений у детей.
69. Острые кровотечения. Клиника, причины, диагностика. Остановка кровотечения

Блок D

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ.

Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела.

Тематика докладов:

Организация профилактической работы детям грудного возраста.

Комплексная оценка состояния здоровья детей.

Диспансерное наблюдение за здоровыми детьми и детьми с фоновыми заболеваниями.

Организация вскармливания детей грудного возраста. Терминология (естественное, смешанное и искусственное вскармливание).

Консультирование по вопросам питания детей грудного возраста.

Организация иммунопрофилактики инфекционных заболеваний.

Национальный календарь прививок (КР, РФ).

Характеристика вакцинных препаратов.

Условия транспортировки и хранения вакцинных препаратов.

Практика безопасной вакцинации.

Рекомендации по вакцинации особых групп детей.

Развитие детей первого года жизни: физическое и нервно-психическое развитие, интерпретация отклонений.

Фоновые заболевания среди детей грудного возраста: диагностика, профилактика, оздоровление.

РЕФЕРАТ

Тематика рефератов:

1. Организация медицинской помощи детскому населению в Кыргызской Республике. Нормативная база. Структура и организация работы ЦСМ.
2. Организация медицинской помощи детскому населению РФ. Нормативная база. Структура и организация работы детской поликлиники РФ
3. Антенатальная охрана плода. Методы оценки факторов риска беременности.
4. Питание беременной женщины. Программа «1000 дней».
5. Новорожденный ребенок: организация медицинской помощи, пограничные состояния, группы риска.
6. Психогигиена детей в практике участкового педиатра.
7. Организация медицинской помощи детям при инфекционных заболеваниях в амбулаторных условиях.
8. Медицинская и социальная реабилитация больных детей.
9. Профилактическая работа в практике участкового педиатра.
10. Противоэпидемиологическая работа участкового педиатра/семейного врача.
11. Основные показатели деятельности ЦСМ/ детской поликлиники.
12. Нормативная база профилактической и лечебной помощи на уровне первично медико-санитарной помощи.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ, ОПИСАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

(текущий, рубежный и промежуточный контроли)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Постановка диагноза	0-20
2	Выбор алгоритма действий	0-20
3	Выбора дополнительных методов диагностики / оценки прививочного статуса / НПР и ФР	0-20
4	Тактики лечения / профилактики	0-20
5	Тактики диспансерного наблюдения / реабилитации	0-20
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

(текущий контроль)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРИЕМА БОЛЬНОГО РЕБЕНКА ДО 5-ТИ ЛЕТ

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Последовательность оценки общих признаков опасности	0-20
2	Правильность классификации состояния ребенка согласно программе ИВБДВ	0-20
3	Правильность выбора тактики лечения согласно программе ИВБДВ	0-20
4	Правильность рекомендаций по уходу за больным ребенком на дому	0-20
5	Правильность рекомендаций последующему визиту	0-20
	Всего баллов	Сумма баллов

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРИЕМА БОЛЬНОГО РЕБЕНКА СТАРШЕ 5-ТИ
ЛЕТ (текущий контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Последовательность оценки состояния ребенка/постановки диагноза	0-20
2	Обоснованность назначения дополнительных методов исследования	0-20
3	Правильность интерпретации результатов дополнительных методов исследования	0-20
4	Правильность выбора тактики лечения	0-20
5	Правильность рекомендаций по уходу за больным ребенком на дому/ диспансеризации/реабилитации	0-20
	Всего баллов	Сумма баллов

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРИЕМА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ
(текущий контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильно оценивает показатели НПР/ ФР / готовности к школе	0-20
2	Правильно оценивает фактическое питание ребенка	0-20
3	Правильно оценивает результаты дополнительных методов исследования	0-20
4	Правильно использует навыки консультирования матерей	0-20
5	Дает правильные рекомендации по уходу за ребенком	0-20
	Всего баллов	Сумма баллов

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА
(текущий контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Лаконичность ответа	0-20
2	Ответ изложен логически правильно	0-20
3	Способен выделить и доступно изложить основные звенья в патогенезе болезни, ведущие ее симптомы и синдромы и т.д.	0-20

4	Активно участвует в дополнении, уточнении, подтверждении, исправлении, но после состоявшегося ответа других студентов	0-20
5	Демонстрирует способность отслеживать ход обсуждения и понимание обсуждаемой темы	0-20
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ

(промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
	Всего баллов	Среднее арифметическое, в % (сумма %/3). С учетом градации в технологической карте рассчитывается балл

Оценивается каждый вопрос теоретического задания (билета):

«85-100%»:

- ✓ глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- ✓ полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- ✓ демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно;
- ✓ рекомендованной литературы;
- ✓ воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»:

- ✓ наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- ✓ демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы; четкое изложение учебного материала.

«60-74%»:

- ✓ наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- ✓ демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- ✓ не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

«менее 60%»:

- ✓ не знание материала темы или раздела;
- ✓ при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА

(рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов. 6. Отметка (в %).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ

(рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Оценка (в %)
ФОРМА		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОБАВОК		15

1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

(рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Оценка (в %)
1.	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, выполнена задача заинтересовать читателя	85-100
2.	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3.	В основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис	
4.	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
5.	Правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи	
6.	Все требования, предъявляемые к заданию выполнены	
7.	При защите реферата демонстрирует полное понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1.	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя	75-84
2.	В основной части логично, связно, но не достаточно полно доказывается выдвинутый тезис	
3.	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
4.	Уместно используются разнообразные средства связи	
5.	При защите реферата демонстрирует понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1.	Во введении тезис сформулирован не четко и не вполне соответствует теме реферата	60 - 74

2.	В основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно	
3.	Заключенные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части	
4.	Недостаточно или, наоборот, избыточно используются разнообразные средства связи	
5.	При защите реферата демонстрирует не полное понимание проблемы и язык работы в целом не соответствует уровню соответствующего курса	
1.	Во введении тезис отсутствует или не соответствует теме реферата	40 - 59
2.	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3.	В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы	
4.	Выводы не вытекают из основной части	
5.	Средства связи не обеспечивают связность изложения материала	
6.	Отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение	
7.	При защите реферата демонстрирует полное непонимание проблемы и язык работы можно оценить, как «примитивный».	
1	Работа написана не по теме менее	40

Шкала оценивания среза знаний обучающихся, в % (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
	Всего баллов	Среднее арифметическое, в % (сумма %/3). С учетом градации в технологической карте рассчитывается балл

Оценка **(85-100)**: студент правильно выполнил индивидуальное комплексное задание. Показал отличные владения навыками применения полученных знаний и умений

при решении поставленных задач в рамках усвоенного учебного материала. Ответил на все поставленные вопросы.

Оценка **(70-84):** студент выполнил индивидуальное комплексное задание с небольшими неточностями. Показал хорошие владения навыками применения полученных знаний и умений при решении профессиональных задач в рамках усвоенного учебного материала. Ответил на все поставленные вопросы, но не в полном объеме.

Оценка **(60-69):** студент выполнил индивидуальное комплексное задание с существенными неточностями. Показал удовлетворительное владение навыками применения полученных знаний и умений при решении профессиональных задач в рамках усвоенного учебного материала. При ответах на поставленные вопросы было допущено много неточностей.

Оценка **(0-59):** студент при выполнении индивидуального комплексного задания продемонстрировал недостаточный уровень владения умениями и навыками при решении профессиональных задач в рамках усвоенного учебного материала. При ответах ни на один поставленный вопрос нет полного правильного ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (итоговый контроль по дисциплине – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности «ЗНАТЬ» учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Отметкой **(21-30 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- содержание антенатальной охраны плода;
- принципы диспансеризации здоровых детей, оценку ФР и НПР, организацию питания здоровых детей;
- содержание профилактической работы врача-педиатра детской поликлиники/ЦСМ;

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся детских заболеваний;
- современную классификацию распространенных заболеваний детского возраста;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в педиатрии

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **(20 баллов)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания следующих вопросов:

- содержание антенатальной охраны плода;
- принципы диспансеризации здоровых детей, оценку ФР и НПР, организацию питания здоровых детей;
- содержание профилактической работы врача-педиатра детской поликлиники/ЦСМ;
- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся детских заболеваний;
- современную классификацию распространенных заболеваний детского возраста;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в педиатрии

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа. Допускается 1-2 неточности, но при наводящих вопросах сам исправляет неточности и показывает понимание проблемы.

Отметкой **(10-19 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий удовлетворительные знания следующих вопросов:

- содержание антенатальной охраны плода;
- принципы диспансеризации здоровых детей, оценку ФР и НПР, организацию питания здоровых детей;
- содержание профилактической работы врача-педиатра детской поликлиники/ЦСМ;
- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся детских заболеваний;
- современную классификацию распространенных заболеваний детского возраста;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в педиатрии

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна-две неточности в ответе, наводящие вопросы остаются без ответа.

Отметкой **(до 10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о поверхностном знании следующих вопросов:

- содержание антенатальной охраны плода;
- принципы диспансеризации здоровых детей, оценку ФР и НПР, организацию питания здоровых детей;
- содержание профилактической работы врача-педиатра детской поликлиники/ЦСМ;
- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся детских заболеваний;
- современную классификацию распространенных заболеваний детского возраста;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;

- методы лечения и показание к их применению; –
- принципы диспансеризации и реабилитации больных; –
- этические и деонтологические аспекты в педиатрии.

Допускается серьезные ошибки в содержании ответа, наводящие вопросы остаются без ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с соматической патологией;
- проводит самостоятельно обследование пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);
- грамотно формулирует клинический диагноз показывая к избранному методу лечения;
- правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку детей с общими признаками опасности, травмами, ожогами, отравлениями;
- ранее полно и правильно заполнял историю развития ребенка (форма 112/у).

Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет методами оценки здоровья, развития и прививочного статуса детей с учетом их возрастных особенностей, организации питания детей раннего возраста, первичной профилактики с учетом факторов риска,

Профессионально владеет методами медицинской сортировки, лечения различных заболеваний у детей, включая неотложные состояния, организации медицинской помощи на дому, диспансерного наблюдения и вторичной профилактики болезней, организации противоэпидемических мероприятий в очаге инфекционного заболевания. *Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.*

Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- умеет ставить постановку проблемы собственными словами;

- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с хирургической патологией;
- не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показывая к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку детей с общими признаками опасности, травмами, ожогами, отравлениями;
- при этом ранее полно и правильно заполнял развития ребенка (форма 112/у).

Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общем владеет методами оценки здоровья, развития и прививочного статуса детей с учетом их возрастных особенностей, организации питания детей раннего возраста, первичной профилактики с учетом факторов риска, методами медицинской сортировки, лечения различных заболеваний у детей, включая неотложные состояния, организации медицинской помощи на дому, диспансерного наблюдения и вторичной профилактики болезней, организации противоэпидемических мероприятий в очаге инфекционного заболевания. *Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.*

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;
- медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с хирургической патологией;
- не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;
- Очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показывая к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку детей с общими признаками опасности, травмами, ожогами, отравлениями;
- ранее не достаточно полно и правильно заполнял историю развития ребенка (форма 112/у).

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет оценки здоровья, развития и прививочного статуса детей с учетом их возрастных особенностей, организации питания детей раннего возраста, первичной профилактики с

учетом факторов риска, методами медицинской сортировки, лечения различных заболеваний у детей, включая неотложные состояния, организации медицинской помощи на дому, диспансерного наблюдения и вторичной профилактики болезней, организации противоэпидемических мероприятий в очаге инфекционного заболевания. *Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.*

Отметкой **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа, и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял историю ребенка (форма 112/у).

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ / ПРАКТИКИ И ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы.

Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.

Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (11 семестр - зачет, 12 семестр экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли.

На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы теста - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть).

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы

студент правильно формулирует основные понятия);

-20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению);

-25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1) Организационный этап занятия (время – до 2%):

а) переключки;

б) задание на дом следующей темы;

в) мотивация темы данного практического занятия;

- г)ознакомление студентов с целями и планом занятия;
- 2)Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%):
 - а)варианты тестового контроля I и III уровня;
 - б)коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
- 3)Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%);
- 4)Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время – до 45%);
- 5)Заключительный этап занятия (время – до 18%):
 - а)итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами
 - б)итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
 - в)подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II.РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины. Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 15-20 минут. Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 15-20 минут.

Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1,2 часа в неделю.

Подготовка к практическому занятию – 2 час. Всего в неделю – 3-4 часа.

Описание последовательности действий студента.

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий: После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут). В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания.

При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги.

Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта.

Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему.

Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю. Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником.

Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания.

При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах.

Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором и подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение двух недель со дня пропуска (реферат должен быть авторским, и написан «от руки», объем реферата не менее 20 страниц). Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом. - Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска.

Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день.

Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой. - В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов презентаций расширяет методы и средства

обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере. Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

Этапы подготовки презентации Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы) Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент – докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30. - Оптимальное число строк на слайде – от 6 до 11.
- Распространённая ошибка – читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения – один слайд за 1-2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему – столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами – время дорого.
- Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы придется размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку – пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека.
- Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок. Инструкция докладчикам.
- сообщать новую информацию;

- использовать технические средства; - знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации; - уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы; - четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение. Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации; - сообщение основной идеи; - современную оценку предмета изложения; - краткое перечисление рассматриваемых вопросов; - живую интересную форму изложения; Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами.

При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов. Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем.

Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научные журналы: "Педиатрия", "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана" (стр. 32 УП: 31050250_15_13 пд.pli.xml), "Вестник КГМА" и др., а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации. Недопустимо просто скомпоновать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А-4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза.

Затем следует оглавление с указанием страниц разделов.

Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки). Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий: Автор И.О. Название

книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге. Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __. Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА.

ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА

Условие: На приеме врача родители с ребёнком 3-х лет. У ребёнка резкое беспокойство, температура тела - 38,5°C, кашель, астмоидное дыхание, не может пить и сосать грудь. Частота дыхания 55 в минуту.

Вопросы: Какую патологию можно заподозрить? Обоснуйте. Есть ли общие опасные признаки у ребёнка? Какова тактика ведения ребенка, если у него есть общий признак опасности? Надо ли проводить дополнительные методы обследования? Назначьте лечение?

Эталон ответа:

Это острая тяжелая пневмония: учащенное дыхание (для этой возрастной группы ЧД выше 40 / мин является признаком острой пневмонии), кашель, астмоидное дыхание. У больного есть общий признак опасности: «не может пить и сосать грудь». Больному с общим признаком опасности следует сделать первую дозу соответствующего антибиотика, ингаляция сальбутамолом и доставить на стационарное лечение, во время транспортировки давать ребенку кислород. Не следует проводить лабораторные исследования. Соответствующий антибиотик парентерально, ингаляция сальбутамолом и кислород.

УЧАСТИЕ НА ПРИЕМЕ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

В процессе приема здорового и больного, студент должен овладеть следующими практическими навыками: Собрать и оценить анамнез жизни и заболевания ребенка. Собрать генеалогический анамнез, определить наследственную предрасположенность. Провести физикальное обследование ребенка и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой (Ч.С.С., ЧД, АД, и др.) Оценить данные клинических анализов: - крови (общий анализ, время свертывания, время кровотечения, количество тромбоцитов; на сахар); содержание в сыворотке крови - билирубина, АЛТ, АСТ; концентрация электролитов и щелочной фосфатазы; содержание белка и белковых фракции; содержание мочевой кислоты и креатинина; анализ крови на АСЛ-О, серомукоид, СРБ); - мочи (общий анализ, по Нечипоренко и Каковскому-Аддису, на степень - бактериурии, уролейкоцитогамму); Оценить гликемический профиль; Оценить глюкозурический профиль; Оценить стандартный глюкозо-толерантный тест;

Рассчитать инсулин при впервые выявленном диабете;

Оценить анализ копрологического исследования; Оценить рентгенограмму при исследовании желудка с барием;

Оценить данные рентгенологического исследования грудной клетки и костной системы ребенка.

Оценить контрастные исследования ЖКТ;

Оценить результаты фиброгастроскопии;

Оценить пробу Зимницкого, знать технику сбора мочи у новорожденных и грудных детей;

Уметь подготовить ребенка к исследованию кала на скрытую кровь;

Оценить физическое развитие детей разного возраста;

Оценить психомоторное развитие детей в возрасте до пяти лет;

Оценить готовность детей к поступлению ООШ;

Оценить половое развитие подростков; Оценить прививочный статус детей согласно Национальному календарю прививок;

Составить индивидуальный календарь прививок в зависимости от состояния ребенка;

Оценить питание и пищевой статус детей;

Составить рацион питания детей грудного, раннего, дошкольного и школьного возрастов;

Диагностировать, проводить дифференциальный диагноз, составлять и реализовывать план лечения, реабилитации, профилактики и диспансеризации:

- заболеваний периода новорожденности;
- заболеваний у детей раннего возраста;
- врожденных пороков развития;
- задержки физического и психомоторного развития детей;
- хронических заболеваний органов дыхания у детей;
- хронических заболеваний сердечнососудистой системы у детей;
- хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей;
- хронических заболеваний билиарной системы у детей;
- хронических заболеваний мочеполовой системы у детей;
- хронических заболеваний эндокринной системы у детей;
- анемий и геморрагических диатезов у детей;
- фоновых заболеваний у детей. Оказывать неотложную помощь при следующих состояниях:
- гипертермический синдром;
- бронхообструктивный синдром; - судорожный синдром;
- синдром крупа;
- гипогликемия и гипергликемия;
- острые аллергические реакции;
- кровотечение;
- инородные тела пищевода, дыхательных путей у детей;
- синдром дегидратации; - переломы и повреждения у детей;
- отравления и укусы ядовитых животных.

Обеспечить своевременную госпитализацию больных детей с общими признаками опасности и другими признаками тяжелого заболевания. Выписать рецепт при различных заболеваниях у детей.

Оформлять медицинскую документацию: история развития ребенка Помочь семье организовать здоровый образ жизни и создать условия для гармоничного физического и психического развития детей. Провести анализ показателей работы участкового педиатра; врача ДОО и школы. Научить мать уходу за новорожденным. Способствовать сохранению естественного вскармливания. Организовать необходимые консультации и осмотры специалистов, а также «стационар на дому».

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Уметь заполнить форму 112/у здорового ребенка.

СРЕЗ ЗНАНИЙ Выполняется в форме письменного ответа на вопрос задания или решения ситуационной задачи соответственно тематическому плану практических занятий. Содержание ответов по поликлинической и неотложной педиатрии должно акцентироваться на знаниях по организации профилактической помощи здоровым детям, лечебной помощи при острых и хронических заболеваниях в амбулаторных условиях, посиндромной диагностики экстренных состояний у детей и оказанию неотложной помощи. Целью среза знаний является определения качества усвоения материала. При подготовке студентов к срезу

знаний следует использовать лекционный материал и учебники, указанные в основном списке литературы рабочей программы дисциплины.