

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

Фонд оценочных средств

по дисциплине **ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПЕДИАТРИЯ**

Специальность **31.05.02 Педиатрия**

## Форма промежуточной аттестации

- 9 семестр, раздел 1 - зачет;
- 10 семестр, раздел 2 - зачет с оценкой;
- 11 семестр, раздел 3, 4 - экзамен;
- 12 семестр, 5 раздел - зачет.

### 1. Вид промежуточной аттестации

- 9 семестр, раздел 1 - собеседование, тестовый контроль текстовый, практические навыки текстовый;
- 10 семестр, раздел 2 - собеседование, тестовый контроль текстовый, практические навыки;
- 11 семестр, раздел 3, 4 - собеседование, тестовый контроль текстовый, решение ситуационной задачи;
- 12 семестр, раздел 5- собеседование, тестовый контроль текстовый, решение ситуационной задачи.

### 2. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина

Код компетенции	Содержание компетенций (результаты освоения ООП)
ОК-4	способности действовать в нестандартных ситуациях, готовностью нести социальную и этическую ответственность за принятые решения
ОК-7	готовности использовать приемы первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций
ОПК-5	способности и готовности анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок
ОПК-6	готовности к ведению медицинской документации
ОПК-8	готовности к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач
ОПК-9	способности к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач
ОПК-11	готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи
ПК-1	способности и готовности к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей 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 детей факторов среды их обитания
ПК-2	наблюдения за здоровыми детьми и детьми с хроническими заболеваниями способности и готовности к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за больными детьми
ПК-3	способности и готовности к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-5	готовности к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания
ПК-6	способности к определению - у пациентов основных, патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989

ПК-8	способности к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами
ПК-9	готовности к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара
ПК-10	готовности 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
ПК-11	готовности 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
ПК-14	готовности к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у детей, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

### 3. Этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Компетенция	Дисциплины	Семестр
ОК-4	Биоэтика	5, 6
	Безопасность жизнедеятельности	1, 2
	Медицина катастроф	7, 8
	Медицинская деонтология: врач и больной	1, 2
ОК-7	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия	11, 12
	Медицина катастроф	7, 8
	Безопасность жизнедеятельности	1, 2
	Эпидемиология	7, 8
ОПК-5	Общий уход за больными детьми	1, 2
	Медицинская реабилитация	9, 10
	Пропедевтика детских болезней	5, 6
	Отоларингология	8
	Офтальмология	8
	Стоматология	7, 8
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7, 8
	Госпитальная педиатрия	11, 12
	Инфекционные болезни у детей	11, 12
	Детская хирургия	9, 10
	Неврология, детская неврология	7, 8
	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия	11, 12
ОПК-6	Общественное здоровье и здравоохранение	9, 10
	Общий уход за больными детьми	1, 2
	Медицинская реабилитация	9, 10
	Пропедевтика детских болезней	5, 6
	Отоларингология	7
	Офтальмология	9
	Стоматология	7, 8
	Фтизиатрия	10
	Факультетская педиатрия,	7, 8

	эндокринология	
	Госпитальная педиатрия	11, 12
	Инфекционные болезни у детей	11, 12
	Детская хирургия	9, 10, 11
	Неврология, детская неврология	7, 8
	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия	11, 12
ОПК-8	Фармакология	5, 6
	Клиническая фармакология	11, 12
	Общий уход за больными детьми	1, 2
	Медицинская реабилитация	9, 10
	Пропедевтика детских болезней	5, 6
	Отоларингология	7
	Офтальмология	9
	Стоматология	7, 8
	Фтизиатрия	10
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7, 8
	Госпитальная педиатрия	11, 12
	Инфекционные болезни у детей	11, 12
	Детская хирургия	9, 10, 11
	Неврология, детская неврология	7, 8
	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия	11, 12
ОПК-9	Анатомия	1, 2, 3
	Патологическая анатомия	3, 4, 5, 6
	Патологическая клиническая анатомия	9, 10
	Нормальная физиология	3, 4
	Патологическая физиология	5, 6
	Гистология, эмбриология, цитология	3, 4, 5, 6
	Иммунология	4
	Микробиология, вирусология	3, 4, 5, 6
	Неврология, детская неврология	7, 8
	Отоларингология	7
	Офтальмология	9
	Акушерство и гинекология	7, 8, 9
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7, 8
	Госпитальная педиатрия	11, 12
	Инфекционные болезни у детей	11, 12
Детская хирургия	9, 10, 11	
ОПК-11	Медицинская реабилитация	9, 11
	Дерматовенерология	
	Неврология, детская неврология	7, 8
	Отоларингология	8
	Офтальмология	8
	Акушерство и гинекология	7, 8, 9
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7, 8
	Госпитальная педиатрия	11, 12
Инфекционные болезни у детей	11, 12	

	Общий уход за больными детьми	1, 2
ПК-1	Основы формирования здоровья детей	5, 6
	Пропедевтика детских болезней	5, 6
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7, 8
	Госпитальная педиатрия	11, 12
	Гигиена детей и подростков	5, 6
	Эпидемиология	7, 8
	Инфекционные болезни у детей	11, 12
ПК-2	Поликлиническая и неотложная педиатрия	9, 10, 11, 12
ПК-3	Эпидемиология	7, 8
	Медицина катастроф	7, 8, 11
	Безопасность жизнедеятельности	3, 4
ПК-5	Пропедевтика детских болезней	5, 6
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7, 8
	Госпитальная педиатрия	11, 12
	Инфекционные болезни у детей	11, 12
	Детская хирургия	9, 10, 11
	Клиническая патологическая анатомия	9, 10
	Медицинская реабилитация	9, 10
	Неврология, детская неврология	7, 8
	Отоларингология	7
	Офтальмология	9
	Акушерство и гинекология	7, 8, 9
Стоматология	7, 8	
ПК-6	Пропедевтика детских болезней	5, 6
	Факультетская педиатрия, эндокринология	7, 8
	Госпитальная педиатрия	11, 12
	Инфекционные болезни у детей	11, 12
	Детская хирургия	9, 10, 11
	Медицинская реабилитация	9, 10
	Неврология, детская неврология	7, 8
	Отоларингология	7
	Офтальмология	9
	Акушерство и гинекология	7, 8, 9
Стоматология	7, 8	
ПК-8	Эпидемиология	7, 8
	Офтальмология	7
	Отоларингология	9
	Судебная медицина	11, 12
ПК-9	Акушерство и гинекология	7, 8
	Госпитальная терапия	9, 10
	Госпитальная педиатрия	11, 12
ПК-10	Факультетская педиатрия, эндокринология	7, 8
	Госпитальная педиатрия	11, 12
	Инфекционные болезни у детей	11, 12
	Паллиативная терапия	9, 10

ПК-11	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия	11, 12
	Детская хирургия	9, 10, 11
	Госпитальная педиатрия	11, 12
	Инфекционные болезни у детей	11, 12
ПК-14	Гигиена детей и подростков	5, 6
	Эпидемиология	7, 8

#### 4. Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

Разделы дисциплины	Коды формируемых компетенций							
	ОК-4	ОК-7	ОПК-5	ОПК-6	ОПК-8	ОПК-9	ОПК-11	ПК-1
<b>Семестр 9</b>								
Раздел 1	+		+	+				+
<b>Семестр 10</b>								
Раздел 2	+		+	+				+
<b>Семестр 11</b>								
Раздел 3	+	+	+	+	+			+
Раздел 4	+	+	+	+	+	+	+	
<b>Семестр 12</b>								
Раздел 5	+	+	+	+	+	+	+	

Разделы дисциплины	Коды формируемых компетенций									
	ПК-2	ПК-3	ПК-5	ПК-6	ПК-8	ПК-9	ПК-10	ПК-11	ПК-14	
<b>Семестр 9</b>										
Раздел 1	+		+							
<b>Семестр 10</b>										
Раздел 2	+		+							
<b>Семестр 11</b>										
Раздел 3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Раздел 4		+	+	+	+		+	+		
<b>Семестр 12</b>										

Раздел 5			+	+	+		+	+	
----------	--	--	---	---	---	--	---	---	--

### 6. Формы оценочных средств в соответствии с формируемыми компетенциями

Код компетенции	Формы оценочных средств	
	Текущая аттестация	Промежуточная аттестация
ОК-4	Тесты Ситуационные задачи Устный опрос, собеседование Реферат	Тесты Ситуационные задачи Устный опрос, собеседование
ОК-7	Тесты Ситуационные задачи Устный опрос, собеседование Реферат	Тесты Ситуационные задачи Устный опрос, собеседование
ОПК-5	Устный опрос, собеседование	Ситуационные задачи Устный опрос, собеседование
ОПК-6	Практические навыки	Практические навыки
ОПК-8	Практические навыки Ситуационные задачи Устный опрос, собеседование	Практические навыки Ситуационные задачи Устный опрос, собеседование
ОПК-9	Ситуационные задачи Устный опрос, собеседование	Ситуационные задачи Устный опрос, собеседование
ОПК-11	Ситуационные задачи Устный опрос, собеседование	Ситуационные задачи Устный опрос, собеседование
ПК-1	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование Реферат	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование
ПК-2	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование Реферат	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование
ПК-3	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование Реферат	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование
ПК-5	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование Реферат	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование
ПК-6	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование Реферат	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование
ПК-8	Тесты Ситуационные задачи	Тесты Ситуационные задачи

	Практические навыки Устный опрос, собеседование Доклад, сообщение	Практические навыки Устный опрос, собеседование
ПК-9	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование Реферат	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование
ПК-10	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование Реферат	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование
ПК-11	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование Реферат	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование
ПК-14	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование Реферат	Тесты Ситуационные задачи Практические навыки Устный опрос, собеседование

## 7. Текущий контроль знаний

### 7.1 Тестовый контроль для текущей аттестации

#### 7.1.1 Семестр 9, раздел 1. Организация медицинского обеспечения детей и подростков в условиях поликлиники

Тесты к занятию по теме: «ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)».

##### 1. Пути передачи COVID-19:

- а) воздушно-капельный.
- б) контактный.
- в) трансмиссивный.
- г) воздушно-пылевой.

##### 2. Коронавирус SARS-CoV-2:

- а) Представляет собой двухцепочечный РНК-содержащий вирус.
- б) Представляет собой одноцепочечный ДНК-содержащий вирус.
- в) Представляет собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус.

##### 3. Факторы передачи коронавируса:

- а) воздух.
- б) пищевые продукты.
- в) предметы обихода.
- г) интернет.

##### 4. Определение случая заболевания COVID-19 как подозрительный:



- а) наличие клинических проявлений ОРВИ.
- б) желтуха
- в) пневмония
- г) эпид. анамнез.

5. Отягощенный эпидемиологический анамнез по коронавирусной инфекции:

- а) посещение за 14 дней до появления симптомов эпидемиологически неблагополучных по COVID-19 стран и регионов, главным образом, КНР, Италия, Южная Корея, Иран;
- б) тесные контакты за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новым коронавирусом SARS-CoV-2, которые в последующем заболели;
- в) тесные контакты за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19.
- г) тесные контакты за последние 2 часа с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новым коронавирусом SARS-CoV-2, которые в последующем заболели.

6. Инкубационный период COVID-19:

- а) от 2 до 24-х суток.
- б) от 2 до 14 суток.
- в) от 2 часов до 14 суток.
- г) от 1 часа до 14 суток.

7. Клинические особенности COVID-19:

- а) повышение температуры тела.
- б) кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты).
- в) одышка.
- г) миалгии и утомляемость.
- д) везикулярная сыпь
- ж) ощущение заложенности в грудной клетке

8. Этиотропное лечение COVID-19 у взрослых пациентов:

- а) лопинавир+ритонавир
- б) фенасал
- в) пролейкин
- г) рибавирин
- д) препараты интерферонов

9. Показания для перевода в ОРИТ больного с COVID-19 (достаточно одного из критериев):

- а) Нарастающая и выраженная одышка
- б) Сатурация SpO<sub>2</sub> <90%
- в) Сатурация SpO<sub>2</sub> >98%
- г) Частота дыхания > 18 в минуту
- д) Частота дыхания > 30 в минуту

10. Специфика этиотропного лечения COVID-19 у детей:

- а) В настоящее время не разработано
- б) Назначение противовирусных препаратов может основываться на данных об их эффективности при лечении ОРВИ, вызванных коронавирусами.
- в) Назначение других противовирусных средств в каждом случае должно быть обоснованно коллегиально врачом-инфекционистом и врачом-педиатром
- г) необходимо назначать арбидол

11. Профилактика коронавирусной инфекции:

- а) Изоляция больных в боксированные помещения/палаты инфекционного стационара;
- б) Прием цитовира
- в) Транспортировка больных специальным транспортом
- г) Использование одноразовых медицинских масок
- д) Соблюдение правил личной гигиены

12. Профилактика COVID-19 у медицинских работников:

- а) Ежедневные осмотры медицинских работников с проведением термометрии 2 раза в день на протяжении всего периода ухода за пациентами с COVID-19 и в течение 14 дней после последнего контакта с больным
- б) Не прикасаться к глазам, носу, рту, руками, в том числе в перчатках
- в) Проводить 1 раз в месяц осмотры медицинских работников с проведением термометрии 2 раза в день на протяжении всего периода ухода за пациентами с COVID-19 и в течение 14 дней после последнего контакта с больным

**Эталоны ответов.**

1 - а, б, г; 2 - в; 3 - а, б, в; 4 - а, в, г; 5 - а, б, в; 6 - в; 7 - а, б, в, г; ж; 8 -а, г, д; 9 -а, б, д; 10 - а, б, в; 11 - а, в, г, д; 12 -а, б.

**Перечень тестовых заданий для текущего контроля знаний с эталонами ответов**

1.Количество посещений в день для детской поликлинике 1-ой категории

1. 1000
2. 800
3. 6 - и;
4. 500

- 2.Должность участковой медсестры в соответствии с приказом МЗ РФ от 7 марта 2018 г. № 92н“Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям”рассчитывается следующим образом

1. 1,5 ставки медсестры на 1 ставку врача-педиатра участкового.
2. 1,25 ставки медсестры на 1 ставку врача-педиатра участкового
3. 1 ставка медсестры на 1000 детей
4. 1 ставка медсестры на 800 детей

3.Должно наблюдаться на педиатрическом участке

1. 1200 детей
2. 1000 детей
3. 800 детей
4. 500 детей

4.Основные этапы организации работы детской поликлиники

1. Проведение переписи детского населения
2. Организацию работы основных структурных подразделений
3. Определение основных функциональных обязанностей всех должностных лиц детской поликлиники, составление их расписания работы
4. Проведение профилактических осмотров здоровых детей от 0 до 7 лет
5. Включение детской поликлиники в систему организации медицинской помощи города

5.Понятие «Здоровье»(ФЗ №323-ФЗ от 01. 11.2011г.) – это

- 1) состояние физического и психического здоровья
- 2) социальное благополучие человека
- 3) все ответы верны
- 4) отсутствие заболеваний, а также расстройства функций органов и систем

6. Количество групп здоровья для распределения детского населения

1. 5
2. 4
3. 3
4. 2

7. Критерии (показатели) здоровья

1. Состояние здоровья по данным анамнеза
2. Резистентность организма
3. Уровень и гармоничность физического и НПП
4. Все ответы верны
5. Наличие или отсутствие хронических заболеваний
6. Функциональное состояние здоровья

8. Критерий, определяющий состояние здоровья - это

1. Уровень и гармоничность нервно-психического развития
2. Уровень и гармоничность физического развития
3. Состояние здоровья по данным анамнеза
4. Функциональное состояние органов и систем

9. В 5 лет ребенок осматривается:

1. Педиатром, детским психиатром
2. Педиатром, детским офтальмологом
3. Педиатром, детским хирургом
4. Педиатром, детским психологом

10. В 2 года профилактический осмотр проводят:

1. Педиатр, детский стоматолог
2. Педиатр, детский офтальмолог
3. Педиатр, детский хирург
4. Педиатр, детский психолог

#### **Эталоны ответов.**

1 - 2; 2 - 4; 3 - 3; 4 - 1,2,3, 5; 5 - 3; 6 - 1; 7 - 4; 8 - 3; 9 - 3; 10 - 1.

### **7.1.2 Семестр 10, раздел 2 Содержание работы врача отделения организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях**

#### **Перечень тестовых заданий для текущего контроля знаний с эталонами ответов**

1. Функциональные особенности ЦНС у подростков:

1. Повышенная возбудимость
2. Понижение тонуса подкорковых структур;
3. Миотонический синдром;
4. Снижение проводимости в синапсах.

2. О задержке полового развития девочек свидетельствуют следующие признаки:

1. Отсутствие менструаций в 10 лет;
2. Отсутствие менструаций в 15 лет;
3. Появление менструаций в 12 лет;
4. Отсутствие оволосения подмышками в 12 лет.

3. Особенности физического развития подростков являются:

1. Пубертатный скачок роста;
2. Все ответы верны;
3. Развитие гонад и вторичных половых признаков;
4. Изменение пропорций тела по взрослому типу, повышение силы и выносливости.

4. Комплекс мероприятий, направленных на полное уничтожение возбудителей гельминтозов человека, животных и растений на всех стадиях развития этих возбудителей и во всех местах их пребывания это

1. Дегельминтизация
2. Девазация
3. Девиация
4. Деконтаминация

5. Источником заражения острицами является

1. Человек
2. Кошка
3. Мясо
4. Сырая рыба

6. Характерные симптомы энтеробиоза

1. Перипростальный зуд
2. Судороги
3. Кашель
4. Трemor рук

7. Продолжительность жизни острицы в кишечнике составляет

1. 3-4 недели
2. 12 месяцев
3. 10 лет
4. 3 дня

8. Назовите нормативные документы, регламентирующие оказание медицинской помощи детям в образовательных учреждениях.

1. Приказ МЗ РФ от 5 ноября 2013 г. N 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
2. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
3. «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации

режима работы дошкольных образовательных организаций» САНПИН 2.4.1.3049-13 от 15 мая 2013 г.

4. Приказ Минобрнауки России от 23.01.2014 N 36 (ред. от 11.12.2015) "Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования"

#### 9. Типы образовательных учреждений.

1. Дошкольная образовательная организация.
2. Общеобразовательная организация.
3. Профессиональная образовательная организация.
4. Фонд поддержки образовательных учреждений

#### 10. Организационная работа врача-педиатра отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях.

1. Организацию в условиях образовательных организаций работы по коррекции нарушений здоровья несовершеннолетних.
2. Организация учета и анализ случаев травм, полученных в образовательных организациях.
3. Участие в гигиеническом контроле средств обучения и воспитания и их использования в процессах обучения и воспитания.
4. Проведение противоэпидемических мероприятий.

#### Эталоны ответов

1 - 1; 2 - 2; 3 - 2, 4 - 2, 5 - 1; 6 - 1; 7 - 1; 8 - 1, 3; 9 - 1, 2, 3; 10 - 1.

#### 7.1.3 Семестр 11, раздел 3 Оказание медицинской помощи детям и подросткам с острыми и хроническими заболеваниями. Организация диспансерного наблюдения и реабилитации

##### Перечень тестовых заданий для текущего контроля знаний с эталонами ответов

#### 1. Противопоказания к санаторно-курортному лечению:

1. Все заболевания в остром периоде
2. Бактерионосительство инфекционных заболеваний
3. Паразитарные заболевания.
4. Заразные и паразитарные заболевания кожи и глаз
5. Злокачественные новообразования, злокачественная анемия, лейкомия (кроме специализированных санаториев)
6. Больные, не требующие постоянного индивидуального ухода
7. Заболевания в фазе частичной или полной ремиссии
8. Заболевания, сопровождающиеся стойким болевым синдромом

#### 2. К наружным методам применения минеральных вод относят:

1. Ингаляции мелко распыленными частицами минеральной воды
2. Душ-массаж

3. Подводный душ-массаж
4. Сидячие ванны
5. Восходящий душ

3.Метапневмонический плеврит:

1. Развивается в стадии разрешения пневмонии
2. В его развитии основная роль принадлежит бактериям и вирусам
3. В его развитии основная роль принадлежит иммунным процессам  
антибактериальная терапия влияет на его длительность.

4.Сведения о диспансерном наблюдении вносятся:

1. В медицинскую документацию несовершеннолетнего
2. В учетную форму N 030/у-04 "Контрольная карта диспансерного наблюдения"
3. Листок нетрудоспособности

5.Относится к группе холекинетики

1. Аллохол
2. Фламин
3. Сернокислая магнезия
4. Холензим

6.Препарат, относящийся к ингибиторам протонной помпы

1. Флуконазол
2. Омепразол
3. Немозол
4. Левамизол

7.Диспансерное наблюдение за детьми с СВД проводят:

1. В течение 3-х лет
2. В течение 5-ти лет
3. Не менее 2-х лет, при стойком нарушении ритма сердца-весь период детства
4. До достижения возраста 18 лет.

8.При выявлении у ребенка артериальной гипертензии II степени терапию начинают с назначения:

1. Немедикаментозного лечения;
2. Монотерапии гипотензивными препаратами длительного действия;
3. Комбинации немедикаментозного и медикаментозного лечения.

9.Минимальная продолжительность медикаментозного лечения при ПАГ:

1. 1-2 месяца
2. 3 месяца
3. 6-12 месяцев
4. 1-2 года

10.Кратность наблюдения врачом педиатром участковым детей с ВПС в фазе первичной компенсации на первом месяце жизни:

1. 1 раз в неделю
2. 2 раза в месяц
3. 1 раз в 3 месяца
4. 1 раз в 6 месяцев
5. 1 раз в год

#### **Эталоны ответов**

1 - 1, 2, 3, 4, 5, 8; 2 - 2, 3, 4, 5; 3 - 1, 3; 4 - 1, 2; 5 - 3; 6 - 2; 7 - 3; 8 - 3; 9 - 2; 10 - 1.

### **7.1.4 Семестр 11, раздел 4 Экстренная помощь на догоспитальном этапе при несчастных случаях и отравлениях у детей. Тактика врача, показания к госпитализации**

#### **Перечень тестовых заданий для текущего контроля знаний с эталонами ответов**

1. Первоочередной задачей оказания неотложной помощи при энтеральном отравлении является:
  1. Промывание желудка
  2. Энтеросорбция
  3. Восстановление нарушенных витальных функций
  4. Гемодиализ
1. Необходимым мероприятием при отравлении коррозионными ядами до промывания желудка является:
  1. Общее и местное обезболивание,
  2. Введение альмагеля А,
  3. Введение растительного масла,
  4. Введение энтеросорбентов.
2. Индуцирование рефлекторной рвоты противопоказано:
  1. При отравлении грибами,
  2. При отравлении парацетамолом,
  3. При выраженной брадикардии,
  4. При гиперсаливации и тахикардии.
3. Группа веществ, вызывающих токсическое поражение сердечно-сосудистой системы
  1. Алкоголь, нейролептики, транквилизаторы, наркотики, снотворные
  2. Сердечные гликозиды, препараты калия, бета-блокаторы,
  3. Соли тяжелых металлов, этиленгликоль, щавелевая кислота,
  4. Фенолы, фенацетин, парацетамол.
4. Оптимальный раствор для гастрального лаважа при остром отравлении щелочами
  1. Молочно-белковая взвесь,
  2. Слабощелочной раствор,
  3. Водная взвесь крахмала или муки,
  4. 1-2% раствор лимонной кислоты.
5. Антидот, применяемый при отравлении парацетамолом
  1. Налоксон
  2. Ацетилцистеин
  3. Дисферал
  4. Атропин

6. Антидот, применяемый при отравлении ФОС
  1. Налоксон,
  2. Анексат,
  3. Дисферал,
  4. Атропин.
7. Доза активированного угля, применяемая при острых отравлениях
  1. 1 г/кг
  2. 3 г/кг
  3. 0,1 г/кг
  4. 0,5 г/кг
8. Основной симптомокомплекс при отравлении клофелином :
  1. Сопор, миоз, брадикардия, снижение АД, бледность кожных покровов,
  2. Сухость кожи и слизистых, судороги, галлюцинации, повышение АД,
  3. Гиперемия кожи, нарушение координации движения, расширение зрачков
  4. Тошнота, рвота, боль в правом подреберье, желтушность кожи
9. Количество жидкости, необходимое для очистительной клизмы ребенку от 2 до 6 лет
  1. 300 мл,
  2. 100 мл,
  3. 500 мл,
  4. 1000мл.
10. Латентный период при отравлении бледной поганкой составляет:
  1. От 6 до 24 часов,
  2. От 1 до 2 часов,
  3. От 1,5 до 2 часов,
  4. От 3 до 5 часов.

#### Эталоны ответов

1 - 3; 2 - 1; 3 - 3; 4 - 2; 5 - 1; 6 - 2; 7 - 4; 8 - 1; 9 - 1; 10 - 1.

**7.1.5 Семестр 12, раздел 5 Экстренная помощь на догоспитальном этапе. Организация, принципы диагностики, оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях у детей и подростков**

#### Перечень тестовых заданий для текущего контроля знаний с эталонами ответов

1. Транспортировка больного с инородным телом верхних дыхательных путей производится в положении
  1. Лежа на боку
  2. Лежа на животе
  3. Сидя
  4. Полусидя
2. Транспортировка больного со рвотой производится в положении
  1. Лежа на боку
  2. Лежа на животе
  3. Вполоборота
  4. Сидя
3. Внезапное появление кашля и признаков дыхательной недостаточности у ребенка среди полного здоровья – это
  1. Отравление



2. Инородное тело верхних дыхательных путей
3. Пневмония
4. Острый бронхит

4. Наиболее частая причина судорожного синдрома у детей

1. Гипертермия
2. Сосудистые аномалии головного мозга
3. Травмы
4. Отравление

5. Неотложные мероприятия при фебрильных судорогах у ребенка 1-го года включают

1. Викасол 1% р-р 0,3 мл в/м
2. Реланиум 0,5% р-р в/вено или в/мышечно в дозе 0,3 мг/кг, литическую смесь
3. Кордиамин 0,1 мл подкожно
4. 2,4% р-р эуфиллина в дозе 1,0 мл в/венно на 20 мл 0,9% р-ра хлорида натрия

6. Неотложные лечебные мероприятия при гипертермическом синдроме у детей

1. Введение антибиотиков
2. Согревание ребенка, горячие питье, введение литической смеси: р-р анальгина 50% 0,1 мл/год, тавегил 0,1% р-р 0,1 мл/год, но-шпа 2% р-р 0,1 мл/год
3. Введение эуфиллина 2,4% р-р 2-4 мг/кг в/вено на физиологическом. р-ре
4. Физические методы охлаждения

7. Первое неотложное мероприятие при анафилактическом шоке у детей

1. Введение антигистаминных препаратов
2. Введение плазмозамещающих растворов с допамином
3. Введение адреналина, глюкокортикоидов
4. Введение кордиамина, кофеина бензоата натрия

8. Неотложные мероприятия при левожелудочковой сердечной недостаточности у детей

1. Преднизолон, лазикс
2. Веропамил
3. Адреналин
4. Обзидан

9. Приступ пароксизмальной тахикардии у детей старшего возраста сопровождается учащением сердечных сокращений в 1 минуту в пределах

1. 200
2. 160
3. 150
4. 130

10. Причиной обморока является

1. Брадиаритмия по типу АВ-блокады II-III степени с приступами Морганьи-Адамса - Стокса
2. Хронический тонзиллит
3. Мочекаменная болезнь
4. Кетоацидоз

## Эталоны ответов

1 - 3; 2 - 1; 3 - 2; 4 - 1; 5 - 2; 6 - 2; 7 - 3; 8 - 1; 9 - 2; 10 - 1.

Шкала оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
100-91	отлично
90-81	хорошо
80-71	удовлетворительно
Менее 71	Неудовлетворительно

## 7.2 Ситуационные задачи для текущего контроля знаний с эталонами ответов

### 7.2.1 Семестр 9, раздел 1 Организация медицинского обеспечения детей и подростков в условиях поликлиники

#### Задача 1

Участковый педиатр при проведении первичного патронажа новорожденной Р. 6 дней выявил, что девочка родилась от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3100, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние в раннем неонатальном периоде удовлетворительное. Масса тела на 4-е сутки составила 2950,0, выписана из роддома на 5-е сутки. Иммунизирована в роддоме против гепатита В, туберкулеза.

При осмотре участковым педиатром – состояние девочки удовлетворительное, сосет активно, масса тела 3200, физиологические рефлексы вызываются, симметричны, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2-х см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая, сухая. В легких физиологически ослабленное дыхание, тоны сердца громкие, ритмичные, живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета с не переваренными комочками и прожилками слизи.

#### Задание:

1. Сделайте заключение о состоянии здоровья новорожденного.
2. Определите группу здоровья, группу риска, приведите обоснование.
3. Дайте рекомендации по вскармливанию новорожденного, укажите режим питания.
4. Объясните наличие у девочки увеличения обеих молочных желез и выделение при надавливании молочной жидкости.

#### Эталон ответа к задаче №1.

1. Новорожденная, здорова, переходное состояние – половой криз, милия.
2. Группа здоровья II, группа риска 1, т.к у мамы в первой половине беременности отмечался токсикоз.
3. Необходимо обеспечить исключительно грудное вскармливание по требованию, в том числе и в ночное время.
4. Увеличение обеих молочных желез можно объяснить переходным состоянием новорожденного – «половым кризом».

## Задача №2

Девочка родилась от 2-ой беременности, протекавшей с гестозом 2-ой половины, с угрозой прерывания на 32- 34 неделе, хронической внутриутробной гипоксией плода. Роды вторые в срок (первый ребенок здоров), с преждевременным отхождением околоплодных вод, со слабостью родовой деятельности, интранатальной асфиксией средней степени тяжести. Оценка по шкале Апгар 4 / 5 баллов. Закричала после отсасывания слизи. После рождения состояние средней степени тяжести: отмечается беспокойство, тремор рук, подбородка, мышечная дистония. Со стороны внутренних органов патологии не определяется. В роддоме проводилось антигеморрагическое, антигипоксическое лечение. Отмечено улучшение состояния. Привита против гепатита В, туберкулеза. Выписана на 7 день жизни в удовлетворительном состоянии.

При проведении первичного патронажа на 9 день жизни выявлено: общее состояние относительно удовлетворительное, ребенок при осмотре спокоен. Цианоз кожных покровов дистальных отделов конечностей и носогубного треугольника. Голова округлой формы, большой родничок 2х2 см, на уровне костей черепа, напряжен, открыт сагиттальный шов. Отмечается тремор рук и подбородка, гипертонус мышц сгибателей конечностей. Рефлексы новорожденного сохранены, симметричны. Очаговой симптоматики нет. В легких физиологически ослабленное дыхание. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул желтого цвета, кашецеобразный, 3 - 4 раза в день. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

### Задание.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите группу здоровья.
3. Какова должна быть тактика участкового врача – педиатра.
4. Принципы лечения.

### Эталон ответа к задаче №2

1. Постгипоксически-травматическая энцефалопатия, ранний восстановительный период, гипертензионный синдром, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.
2. III группа здоровья.
3. Врач-педиатр должен организовать проведение консультации врача — невролога с целью обследования ребенка, назначения лечения и составления плана наблюдения.
4. Лечение:
  - Правильный режим дня, правильный уход.
  - Исключительно грудное вскармливание по требованию.
5. Медикаментозное лечение: мочегонные - диакарб (триампур), ноотропы – пирацетам (ноотропил), сосудистые препараты – циннаризин (стугерон) в возрастной дозе.

## Задача №3

Больной В., 17 лет, разнорабочий на стройке, лечится у врача педиатра участкового по поводу острого респираторного заболевания. Листок нетрудоспособности выдан с 1 по 5 октября, с указанием явиться на прием к врачу 5 октября. Больной на прием 5 октября не явился, при активном посещении – врачу дверь не открыли. Явился на прием к врачу только 10 октября, причина неявки 5 октября неуважительная. При осмотре диагностирована пневмония.

### Задание.

Укажите, как должен быть оформлен листок нетрудоспособности?

### Эталон ответа №3

В строке "Отметки о нарушении режима" указывается дата нарушения, его вид (несоблюдение предписанного режима, несвоевременная явка на прием к врачу, выход на работу без выписки, самовольный уход из стационара, выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача, отказ от направления или несвоевременная явка в учреждение МСЭ и другое) и ставится подпись лечащего врача. Листок нетрудоспособности продолжается со дня явки на прием.

## 7.2.2 Семестр 10, раздел 2 Содержание работы врача отделения организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях

### Задача 1

Уподростка 16 лет стационар диагностирована эссенциальная гипертоническая болезнь 1 стадия. Назначено поддерживающее лечение. При осмотре в поликлинике после выписки из стационара общее состояние удовлетворительное. Самочувствие не страдает. Жалобы отсутствуют. Правильного телосложения, удовлетворительного состояния питания. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС - 78 в 1 мин., АД - 120/80 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Неврологический статус без отклонений. Мальчик выписан участковым педиатром в школу.

#### Задание:

1. Дайте рекомендации по наблюдению за ребенком в школе.
2. Определите медицинскую группу по физкультуре для занятий в школе.
3. Возможно ли освобождение ребенка от сдачи экзаменов в школе?

#### Эталон ответа к задаче №1

1. Наблюдение врачом школы с осмотром 1 раз в 3 мес.
  - Врач школы направляет на консультацию к врачам специалистам поликлиники:
    - Кардиолог поликлиники – 1 раз в 6 мес.
    - Невролог – по показаниям.
    - ЛОР – 1 раз в 6 мес.
    - Стоматолог - 1 раз в 6 мес.
  - Объем обследования:
    - Врач педиатр школы 1 раз в 10 дней трехкратно измеряет уровень артериального давления, направляет в поликлинику на исследование общего анализа крови – 2 - 3 раза в год, общего анализа мочи - 1 раз в 6 мес.
    - Объем реабилитации.
  - Врач педиатр школы и мед сестра осуществляет контроль за выполнением подростком назначенного в стационаре лечения, по показаниям направляет на консультацию врача педиатра участкового, врачам специалистам.
2. Освобождение от занятий физкультурой на 6 месяцев, далее - специальная группа. ЛФК
3. Освобождение подростка от сдачи экзаменов возможно после заключения ВК.

### Задача №2

Девочка 8 лет, осмотрена педиатром по поводу болей в животе. Анамнез заболевания: 3 месяца назад стала жаловаться на боли в животе умеренной интенсивности, довольно продолжительные, локализующиеся вокруг пупка, не связанные с

едой. Девочка стала раздражительной, ночью скрипит зубами. Примерно 2,5 месяца назад у нее появились кашель, субфебрилитет, уртикарная экзантема. Кашель был расценен как проявление фарингита, который самостоятельно купировался через 2 недели.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от 2-й нормальной протекавшей беременности, 2-х срочных родов. Раннее развитие без особенностей, привита по возрасту. Летом жила у бабушки в деревне.

Осмотр: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы сухие, бледные. В углах рта - заеды. Видимые слизистые чистые. Катаральных явлений нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: НЬ - 110 г/л, Эр -  $3,0 \times 10^{12}/л$ ; Лейк -  $7,5 \times 10^9/л$ ; п/я нейтрофилы - 2%, с/я нейтрофилы - 53%, э - 7%, л - 25%, м - 10%, б - 3%, СОЭ - 11 мм/час.

В анализе кала обнаружены яйца аскарид.

#### **Задание.**

1. Диагноз. Какой гельминтоз можно предположить?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Каков биологический цикл возбудителя данного заболевания?
4. Заразен ли данный ребенок для окружающих?
5. Принципы лечения.

#### **Эталон ответа №2**

Гельминтоз (аскаридоз?). ЖДА.

В миграционной фазе аскаридозной инвазии дифференциальную диагностику следует проводить с:

ОРВИ (грипп, парагрипп, аденовирусные заболевания), Отличительные дифференциально-диагностическими признаками — отсутствие кожных аллергических проявлений (сыпи, зуда), отсутствие эозинофилии, контагиозность, зимний пик заболеваемости, отсутствие мигрирующих инфильтратов в легких, (может выявляться усиление сосудистого рисунка), лейкопения;

бактериальной пневмонией, Отличительные дифференциально-диагностическими признаками — патологические очаги в легких не меняют своего положения; как правило, отсутствует аллергический компонент. В крови наблюдается нейтрофильный лейкоцитоз без эозинофилии. Антибактериальная терапия дает хороший эффект;

туберкулезом - очаги локализуются преимущественно в области верхушек легких, рассасываются под действием туберкулостатиков;

медикаментозной аллергией - симптомы быстро исчезают после отмены препарата, послужившего причиной аллергии.

При анкилостомидозах, стронгилоидозе и других гельминтозах могут обнаруживаться мигрирующие быстро исчезающие без каких-либо остаточных явлений легочные инфильтраты.

Клиническую дифференциальную диагностику кишечной фазы аскаридоза с рядом заболеваний органов желудочно-кишечного тракта в ряде случаев провести не представляется возможным.

Аскаридоз относится к геогельминтозам. Источник заражения окружающей среды - только больной аскаридозом человек. Возбудитель аскариды (*Ascaris lumbricoides*) - крупные раздельнополые гельминты длиной в половозрелом состоянии до 25-45 см; самка в сутки откладывает в полость кишечника около 200 000 яиц, которые при попадании с фекалиями больного во внешнюю среду созревают во влажной почве при оптимальной температуре и наличии кислорода за 2-3 недели до личиночной стадии. Попадая в кишечник ребенка, личинка проникает через слизистую оболочку в систему воротной вены и далее в правые отделы сердца, легочной ствол, легочные капилляры, альвеолы. В последующем, движением реснитчатого эпителия, по бронхиальному дереву личинки попадают в полость

рта, и вновь в ЖКТ, где развиваются во взрослых паразитов. Длительность миграционной, личиночной стадии – 14 дней; полный цикл - 30 дней; продолжительность жизни аскариды - около года.

Человек заражается при проглатывании инвазивных яиц. Факторами передачи служат загрязнённые овощи, ягоды, другие пищевые продукты, вода, а также руки.

Все больные аскаридозом подлежат лечению антигельминтными средствами.

Албендазол - средняя терапевтическая доза при лечении нематодозов для взрослых и детей старше 2 лет составляет 400 мг однократно.

Мебендазол показан взрослым и детям старше 2 лет внутрь по 100 мг два раза в сутки в течение 3 дней.

Карбендацим рекомендуют внутрь через 20-30 мин после еды в дозе 10 мг/кг в три приёма в течение 3 дней.

Пирантел назначают по 10 мг/кг однократно внутрь после еды.

При приёме указанных антигельминтных препаратов не требуется специальной диеты и назначения слабительных средств.

### Задача № 3

Больной 17 лет на приеме в поликлинике предъявляет жалобы на появление желтушности кожного покрова, склер, повышенную утомляемость, раздражительность, чувство тяжести в правом подреберье. Жалобы появились впервые 1 месяц назад после физического переутомления во время сельскохозяйственных работ на практике. Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от первой беременности, путем срочных родов. Беременность и роды протекали без патологии. Рос и развивался соответственно возрасту. Болел респираторной патологией редко, перенес ветряную оспу. Инфекционным гепатитом не болел. Инфицирован микобактериями туберкулеза с 5 лет, с учета снят. У отца мальчика периодически отмечается желтушность склер.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Больной астенического телосложения, рост 178 см, масса 69,5 кг. Определяется легкая желтушность кожных покровов и склер, печень пальпируется у края реберной дуги, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. При обследовании в общем анализе крови Эр –  $4,8 \times 10^{12}/л$ , Нб – 133 г/л, Л –  $7,3 \times 10^9/л$ , СОЭ – 4 мм/час. Непрямой билирубин сыворотки 48,1 мкмоль/л Ретикулоциты 0,7%. Обследован отец больного. Обнаружено повышение уровня непрямого билирубина сыворотки крови до 42,4 мкмоль/л.

#### Задание:

4. Предварительные диагнозы, его обоснование.
5. Дополнительное обследование, ожидаемые результаты.
6. План дифференциального диагноза.
7. Принципы лечения, рекомендации по питанию.
8. План мероприятий по обследованию и лечению подростка.
9. Рекомендации по наблюдению ребенка в поликлинике, назовите врачей специалистов, у которых подросток должен наблюдаться.
10. Определите группу здоровья, длительность мед.отвода от профилактических прививок, группу по физкультуре.

#### Эталон ответа к задаче №3.

1. Гепатоз, синдром Жильбера. Диагноз поставлен на основании:

- жалоб больного на желтушность кожного покрова, склер, чувство тяжести в правом подреберье, повышенную утомляемость, раздражительность;
- данных анамнеза заболевания, указывающих на начало заболевания 1 месяц назад после физического переутомления во время работы в колхозе;
- отягощенного наследственного анамнеза — у отца пациента периодически появляется желтушность склер;
- данных объективного обследования, выявивших астеническое телосложение,

легкую желтушность кожи и склер, отсутствие увеличения печени и селезенки, изменений в ОАК, повышение уровня непрямого билирубина у больного и его отца.

2. Дополнительное обследование и ожидаемые результаты:

- ОАК, ОАМ в динамике заболевания (результаты без изменений);
- анализ мочи на желчные пигменты (отрицательный);
- биохимическое исследование крови на протеинограмму, липидограмму, глюкозу крови, активность трансаминаз, бромсульфалеиновую пробу, тимоловую пробу, СРБ (без изменений);
- УЗИ органов брюшной полости (без изменений);
- вирусологическое обследование на маркеры вирусных гепатитов В, С, D (ИФА, ПЦР) (отрицательные);
- биопсия печени.

3. Данное заболевание необходимо дифференцировать:

- острым и хроническим вирусным гепатитом, циррозом печени
- гемолитическими анемиями;
- отравлениями (ядовитыми грибами) и др. токсическими гепатитами.

4. Принципы лечения:

- 1) диета №5 (лечебная печеночная диета с ограничением экстрактивных веществ, жиров, грубой растительной клетчатки и соли. Прием пищи не менее 4-5 раз в день.),
- 2) щадящий режим,
- 3) мероприятия по снижению уровня билирубина (инфузионная по показаниям, холестерамин и др.),
- 4) метаболическая терапия: гепатопротекторы (эссенциале, Лиф-50, карсил, хофитол и др.), витаминотерапия.
- 5) желчегонные препараты (аллохол, одестон и др.).

2. В период первоначальной диагностики заболевания необходима госпитализация в стационар для обследования и лечения.

3. Подросток должен наблюдаться в детской поликлинике участковым врачом - педиатром, гастроэнтерологом (гепатологом по показаниям), ЛОР-врачом, стоматологом.

4. Иммунизация противопоказана в фазе обострения заболевания.

В периоде манифестации проявлений заболевания, проявляющемся нарушением функций печени, нарушением общего состояния - группа здоровья IV, в периоде ремиссии — III группа.

Группа по физкультуре в фазе ремиссии заболевания - подготовительная.

### **7.2.3 Семестр 11, раздел 3. Оказание медицинской помощи детям и подросткам с острыми и хроническими заболеваниями. Организация диспансерного наблюдения и реабилитации**

#### **Задача 1**

Ребенок 4-х лет, лечился в стационаре по поводу сегментарной пневмонии, осложнившейся серозно-фибринозным плевритом. Выписан домой в удовлетворительном состоянии.

#### **Задание.**

1. Кратность наблюдения специалистами.
2. Укажите объем обследования.
3. Определите объем реабилитации.
4. Длительность наблюдения.

#### **Эталон ответа к задаче 1**

1. Кратность наблюдения специалистами.
  - Педиатр – 1 раз в 3 – 6 месяцев.
  - ЛОР – 1 раз в год.

- Стоматолог – 1 раз в год.
- 2. Объем обследования.
  - Общий анализ крови – 1 раз в 6 мес.
  - Общий анализ мочи – 1 раз в 6 мес.
  - Рентгенография органов грудной клетки – по показаниям.
- 3. Объем реабилитации.

Продолжительность курса реабилитационного лечения после окончания острого периода составляет 3 – 4 недели. Повторные курсы реабилитационного лечения следует проводить в весенне-осенний период (3 недели).

- Витаминотерапия.
  - Иммуномодулирующие средства (бронхо-мунал, рибомунил, IRS-19).
  - Фитотерапия - корень алтея, душица, подорожник, корень солодки, сосновые почки, растительные адаптогены (элеутерококк, золотой корень, женьшень и др.).
  - Физиотерапия.
  - Массаж.
  - ЛФК.
  - Дыхательная гимнастика.
  - Закаливающие процедуры через 1 – 2 месяца после заболевания.
  - Группа для занятий по физкультуре – подготовительная в первые 6 месяцев, далее - основная.
4. Длительность наблюдения – 1 год.

## **Задача №2**

Мальчик, 12 лет, находился на стационарном лечении по поводу эритематозноантрального гастрита, умеренной активности, *H. Pylori* – ассоциированного. Выписан домой в удовлетворительном состоянии.

На момент осмотра жалоб нет. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Язык влажный, без налета. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 72 ударов в 1 минуту. АД – 110/70 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное с обеих сторон. Живот при пальпации мягкий, локальная болезненность в эпигастрии. Желчепузырные симптомы отрицательные. Стул оформленный, 2 раз в сутки. Мочеиспускание свободное безболезненное.

### **Задание.**

1. Кратность наблюдения специалистами.
2. Укажите объем обследования в первый год наблюдения.
3. Определите объем реабилитации в первый год наблюдения.

### **Эталон ответа к задаче №2**

1. Кратность наблюдения специалистами.
  - Педиатр – 1 раз в 3 месяца.
  - Гастроэнтеролог – 1 раз в 6 мес.
  - ЛОР – 1 раз в 6 мес.
  - Стоматолог - 1 раз в 6 мес.
2. Объем обследования в первый год наблюдения.
  - Общий анализ крови – 1 раз в 6 мес.
  - Общий анализ мочи - 1 раз в 6 мес.
  - Кал на яйца гельминтов – 1 раз в 6 мес.
  - При «НР-ассоциированном» гастродуодените – диагностика *H.pylori* двумя методами через 6 – 8 недель после лечения, а также после повторных курсов антихеликобактерной терапии.
  - ФГДС – 1 раз в год.
  - Фракционное желудочное зондирование или рН-метрия – 1 раз в год.



3. Определите объем реабилитации в первый год наблюдения.

1) Неотъемлемой частью терапии заболеваний ЖКТ является диета. Питание должно быть дробным (4-5-разовым), небольшими по объему порциями. Максимальная продолжительность между приемами пищи не должна превышать 4 часов. Чтобы избежать стимулирования ночной секреции и дуоденогастрального рефлюкса, не следует принимать пищу позднее 19-20 часов, а тем более в часы, отведенные для сна. В зависимости от характера течения ХГ назначают разные рационы. При резком обострении показаны диеты №1-а (на 3-5 дня) и 1-б (2 недели), далее назначают диету №1 продолжительностью до 3 месяцев. Если у пациента отмечается стойкое исчезновение клинической симптоматики - стол № 5.

2) Медикаментозная терапия:

–Н2-блокаторы рецепторов гистамина на 4 недели (ранитидин, фамотидин);

–ингибиторы протонной помпы – омепразол, лансопризол, пантопризол, рабепразол. Показания к применению: рефлюкс-эзофагит, эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, связанные с приемом НПВС.

–препараты, повышающие защитные свойства слизистой оболочки желудка (цитопротекторы): сукральфат, синтетические аналоги простагландинов (мизопростол), Де-нол;

–антациды: алюминий-содержащие – альфогель, фосфолюгель, актал; магнийсодержащие – магалфил 400; комбинированные – маалокс, протаб, алюмаг, топалкан;

–прокинетики (по показаниям): мотилиум (домперидон), церукал, координакс (цизаприд);

–вегетотропная терапия:

–ваготония – тонизирующие препараты: экстракт элеутерококка, настойки женьшеня, заманихи, аралии, левзеи, китайского лимонника, родиолы розовой; в тяжелых случаях – амизил, сиднокарб в первую половину дня в течение 2 – 4 мес.

–симпатикотония – седативные препараты: настои лекарственных трав (корень валерианы, трава пустырника, зверобой, боярышник) прерывистыми курсами по 2 – 4 недели; в сложных случаях – транквилизаторы (седуксен, тазепам, элениум);

–ноотропные препараты: фенибут, пирацетам, пикамелон, ноотропил.

3) Фитотерапия (зверобой, пустырник, девясил, алтей, солодка и др.) по 10 – 12 дней в месяц 2- 3 раза в год.

4) Минеральные воды (Боржоми, Смирновская, Славяновская, Арзни и др.) 2 - 3 курса в год, по 1 – 1,5 месяца. При повышенной кислотности принимать через 1 – 1,5 часа после еды, а при сохраненной кислотообразующей функции – за 40 – 60 минут до еды. Вода используется подогретая до 38 – 45°C.

5) Физиотерапия: синусоидальные модулированные токи на область эпигастрия, парафиновые и озокеритовые аппликации, микроволновая терапия, лазеротерапия.

6)Группа занятий по физкультуре - специальная.

7)ЛФК.

8)Местный санаторий через 3 месяца.

### Задача 3

Ребёнок Миша П., 11 лет, выписан из стационара с диагнозом: острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом, без нарушения функции почек (полная клинико-лабораторная ремиссия).

В момент осмотра больной жалоб не предъявляет. Мальчик по физическому развитию и

нервно-психическому развитию соответствует возрасту. Кожа и видимые слизистые чистые, розовые. Отеков нет. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ясные. ЧСС – 80 ударов в минуту. АД – 105/70 мм.рт.ст. Перкуторный звук над легкими ясный. При аускультации – дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации – мягкий, безболезненный. Печень – у края реберной дуги. Почки не пальпируются, селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

#### **Задание.**

1. Определите группу здоровья пациента и срок диспансерного наблюдения.
2. Кратность наблюдения специалистами.
3. Укажите объем обследования в первый год наблюдения.
4. Определите объем реабилитации в первый год наблюдения: режим, диета, курсы медикаментозной терапии, фитотерапия, санаторно-курортное лечение, правила вакцинации и объем физической нагрузки.
5. Особенности ведения больного при интеркуррентных заболеваниях.

#### **Эталон ответа к задаче №3**

1. 3 группа здоровья, срок наблюдения 5 лет.
2. Кратность наблюдения специалистами:
  - Педиатр - после выписки из стационара первые 3 мес. – 1- 2 раза в месяц, с 3мес и до 2-х лет – 1 раз в 3 месяца, затем 1 раз в 6 мес.
  - Нефролог - 1-й год – 1 раз в 3 мес., 2-й и последующие года 1- 2 раза в год.
  - Стоматолог 1 раз в 6 мес.
  - Оториноларинголог 1 раз в 6 мес.
  - Окулист – 1 раз в 6 мес.
3. Объем обследования в 1-й год наблюдения.
  - Общий анализ крови – 1 раз в мес. в течение 3 мес., затем 1 раз в 3 мес.
  - Общий анализ мочи – 1 раз в 10 дней в течение 3 мес., затем 2 раза в месяц в течение 3 мес., и 1 раз в месяц до конца года.
  - Анализы мочи по Нечипоренко 1 раз в 3 – 6 мес.
  - Проба по Зимницкому 1 раз в 6 мес.
  - Суточная моча на белок 1 раз в год.
  - Посев мочи 1 – 2 раза в год.
  - Биохимические исследования (мочевина, креатинин, холестерин, протеинограмма) – 1 раз в 6 мес.
4. Объем реабилитации в 1-й год наблюдения
  - Режим – домашний 1,5 – 3 мес. после выписки из стационара в состоянии полной клинико-лабораторной ремиссии, затем ограничение школьной нагрузки. Если ребенок выписан из стационара в неполной клинико-лабораторной ремиссии – школа на дому до стойкой нормализации анализов мочи и еще 1 – 1,5 мес.
  - Диета – стол №5.
  - После выписки из стационара проводится непрерывное лечение 1 – 3 месяца согласно рекомендациям нефролога, затем курсы реабилитационной терапии весной и осенью 4 – 6 недель.
  - Медикаментозная терапия: курантил, делагил, аскорутин, кортикостероиды, антигистаминные препараты. Антибактериальные препараты по показаниям. Сезонные противорецидивные курсы бициллином. Средства неспецифической стимуляции. Витамины.
  - Санация очагов хронической инфекции.
  - Фитотерапия: кровохлебка, шиповник, лист черной смородины, плоды можжевельника, листья толокнянки, брусники, подорожника, крапивы, побеги полевого хвоща, плоды и листья лесной земляники.

- Местный санаторий – 1 – 2 раза в год.
  - ЛФК.
4. При интеркуррентных заболеваниях симптоматическая терапия. Анализы мочи при заболевании, выздоровлении и через 2-3 мес. после выздоровления.

#### **7.2.4 Семестр 11, раздел 4. Экстренная помощь на догоспитальном этапе при несчастных случаях и отравлениях у детей. Тактика врача, показания к госпитализации**

##### **Задача 1**

Две сестры в возрасте 5 и 8 лет, проживающие с родителями в сельской местности, пошли погулять в соседнюю рощу. Там они нашли 2 красивых бледно-сереньких гриба. Девочек недавно в гостях угощали грибами и они решили самостоятельно их приготовить. Дома никого не было. Пожарив грибы, девочки их съели. Вечером они почувствовали недомогание. У обеих повысилась температура до 37,50С, возникли вялость, слабость, рвота и жидкий стул. Вызванный фельдшер, которому не сказали, что девочки съели грибы, поставил диагноз пищевой токсикоинфекции. Состояние девочек не улучшалось, они были направлены в ЦРБ. На 3-день у девочек появились симптомы желтухи, был диагностирован инфекционный гепатит. У старшей девочки в этот же день появился кровавый стул; было заподозрено сочетание инфекционного гепатита с дизентерией. Состояние девочек ухудшалось и лишь на 4-ый день они были переведены в реанимационное отделение ЦРБ. Через 24 часа старшая девочка погибла при явлениях острой печеночной недостаточности и геморрагического синдрома, младшая выздоровела.

##### **Задание:**

1. Вашдиагноз.
2. Укажитенадопущенныеошибки.
3. Назначьтеправильнуюнеотложнуютерапию.

##### **Эталонответакзадаче №1**

1. Отравлениегрибами (бледнаяпоганка).
2. Плохо собранный анамнез, неправильный диагноз, неправильное лечение, запоздалый перевод в реанимационное отделение.
3. Алгоритмнеотложнойтерапии:
4. Промывание желудка - не позднее 6 часов после употребления грибов в пищу
5. Энтеросорбция.
6. Солевое слабительное.
7. Форсированный диурез с ощелачиванием.
8. Водно-солевая возмещающая терапия: внутрь - раствор Рингера или специальные растворы типа цитроглюкосолана,регидрона; при выраженной потере жидкости — внутривенное введение растворов калия и натрия хлоридов, комплексов типа раствора Рингера-Локка, «Ди-соль», «Трисоль».
9. Лечение острой почечной, печеночной и сердечно-сосудистой недостаточности см. в соответствующих разделах.
10. Плазмоферез, гемосорбция.
11. Оксигенотерапия.

##### **Задача №2.**

Костя Н., 14 лет, после ссоры с родителями закрылся в своей комнате и с суицидальной целью принял 8 таблеток феназепам. Через 1 час, после выхода мальчика из комнаты, родители заметили у него вялость, сонливость, шаткость походки, речь его была невнятной. Вызванный врач «Скорой помощи» провел зондовое промывание желудка, направил мальчика в токсикологическое реанимационное отделение. При поступлении в стационар общее состояние ребенка - тяжелое, сознание - сомнолентное, вялость сменяется психомоторным возбуждением,

мышечный тонус снижен. Кожные покровы бледные. Зрачки сужены. Дыхание самостоятельное, ЧД — 18 в 1 минуту, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС — 100 ударов в 1 минуту, АД — 130/65 мм рт.ст. Со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено.

В общем анализе крови отмечен нейтрофилез (76%) и лимфоцитопения (16%). На ЭКГ - синусовый ритм, нормальное положение электрической оси сердца, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, неотчетливые изменения в миокарде метаболического характера. Кардиоинтервалография выявила умеренную гиперсимпатикотонию, обусловленную снижением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. При качественном исследовании мочи обнаружен феназепам.

**Задание:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите лечебные мероприятия в стационаре.

**Эталон ответа к задаче №2.**

1. Клинический диагноз: Острое (суицидальное) отравление феназепамом тяжелой степени.
2. Лечебные мероприятия:
3. Массивная инфузионная терапия, общий объем 3500,0-4000,0 мл при скорости инфузии 7,5 мл/кг/ч.
4. Для лечения изменений миокарда, метаболического и гипоксического характера эффективно использование препаратов, улучшающих метаболизм сердечной мышцы (рибоксин, кокарбоксилаза, витамины группы В и С)
5. В качестве специфичной антидотовой терапии показано назначение анексата (флюмазенила), представляющего собой раствор 0,5 мг препарата в 5 мл воды в ампулах. Лечение осуществляют по схеме: первоначально в/в струйно медленно на физ. растворе вводится препарат в соотношении 0,01 мг/кг веса больного. Если в течении нескольких минут положительного эффекта нет, назначают 0,7 мг/кг в/в капельно. Эффективность оценивается по изменению уровня расстройств сознания.
6. Энтеросорбенты.

**Задача №3**

Мальчик Олег П., 2-х лет, был оставлен под наблюдение дома у бабушки. На короткое время бабушка вышла в кухню, а когда вернулась, то увидела, что малыш взял с её тумбочки лекарства и съел 6 таблеток клофелина по 150 мкг в 1 таблетке. Вскоре у мальчика появилась вялость и он быстро уснул. Бабушка вызвала врача «Скорой помощи». Общее состояние ребенка врачом было расценено как тяжелое, сознание сомнолентное. Кожные покровы бледные. ЧСС - 72 уд. В 1 минуту. АД - 75/40 мм рт.ст. Ребенку немедленно введено в/м атропина сульфата 0,15 мл и 30 мг преднизолона. Проведено зондовое промывание желудка. Ребенок срочно госпитализирован в токсикологическое реанимационное отделение.

При поступлении в стационар общее состояние ребенка тяжелое. Находится в коме. Кожные покровы бледные с серым оттенком, холодные на ощупь. Отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Мышечный тонус снижен. Зрачки — миоз со слабой реакцией на свет. Дыхание самостоятельное, «всхлипывающее», ЧД - 10 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, брадиаритмия. ЧСС - 65 ударов в 1 минуту. АД - 80/40 мм рт.ст. Температура тела 35,8 0С. Со стороны органов брюшной полости патологических изменений не выявлено.

В общем анализе крови обнаружено: нейтрофилез (74%) и лимфоцитопения (15%), остальные показатели в норме. Общий анализ мочи без особенностей. ЭКГ - синусовая брадиаритмия, замедление атриовентрикулярной проводимости, признаки выраженных изменений в миокарде метаболического характера.

**Задание:**

1. Оформите основной диагноз и осложнения.
2. Укажите необходимые лечебные мероприятия.

### Эталонответазадаче №3

1. Клиническийдиагноз.
2. Основной: острое случайное отравление клофелином тяжелой степени. Осложнение: остраякардиогеннаясердечно-сосудистаянедостаточность.
3. Лечебныемероприятия:
4. Рвоту не вызывать –брадикардия.
5. Промывание желудка (в коматозном состоянии промывание проводить только после интубации трахеи и введения атропина сульфата в дозе 0,1 мл/год жизни).
6. Инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами 6,5 мл/кг/час.
7. Форсированный диурез.
8. Энтеросорбция.
9. Солевое слабительное (сульфат натрия 250 мг/кг ).
10. Метоклопрамид (церукал, реглан) 0,5 мг/кг в/в.
11. Преднизолон 2-3 мг/кг в/в.
12. Налоксон 0,01мг/кг в/в в 5 мл 0,9% раствора хлорида натрия (при отсутствии эффекта повторное введение через 2 – 3 мин. в дозе 0,1мг/кг).
13. Симптоматическаятерапия.
14. Витаминотерапия.

### 7.2.5 Семестр 12, раздел 5. Экстренная помощь на догоспитальном этапе. Организация, принципы диагностики, оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях у детей и подростков

#### Задача 1

Родители 3-х летнего мальчика вызвали бригаду "Скорой помощи".

Из анамнеза известно что 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, сыпь по всему телу с зудом. Ребенок болен в течение 2 дней пневмонией. Участковый врач назначил ампициллин внутримышечно. Первая инъекция препарата была сделана за 30 минут до прибытия бригады "Скорой помощи". В возрасте 2,5 лет ребенок болел острым тонзиллитом, лечился препаратом «ФлемоксинСолютаб», на который в анамнезе отмечалась аллергическая реакция (сыпь).

Состояние ребенка тяжелое, ребенок заторможен. На коже лица, туловища, конечностей - уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный липкий пот. Затруднён выдох, частота дыхания 56 минут. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Пульс нитевидный с частотой 160 уд/мин. АД - 60/20 мм рт.ст. Живот доступен пальпации, умеренная болезненность без определенной локализации. Печень +1 см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспускания не было.

#### Задание.

1. Ваш диагноз.
2. Неотложная терапия.
3. Дальнейшая тактика лечения.

#### Эталон ответа №1

1. Анафилактический шок.
2. Неотложная терапия:
  - Прекратить введение вещества, вызвавшего анафилаксию.
  - Уложить ребенка в положение с приподнятым ножным концом кровати, тепло укрыть, обложить грелками, голову повернуть набок, дать увлажненный кислород.
  - Место инъекции «крестообразно» обколоть 0,1% раствором адреналина израсчета 0,1 мл/год жизни, разведенного в 5 мл изотонического раствора хлорида натрия. Наложить жгут выше места инъекции аллергена (если это возможно) на 30 минут, не сдавливая артерии. При введении аллергенного препарата в нос или глаза необходимо их промыть водой и закапать 0,1% раствором адреналина и 1% раствором гидрокортизона.

- Одновременно в любой другой участок тела вводить 0,1% раствор адреналина (0,1 мл/год жизни) через каждые 10-15 минут до улучшения состояния, при его прогрессивном ухудшении ввести 0,2% р-р норадреналина в/в в 20 мл 5-10% раствора глюкозы.
  - В/в вводить преднизолон (2-4 мг/кг) или гидрокортизон (10-15 мг/кг), при необходимости через 1 час повторить.
  - При обструктивном синдроме в/в струйно 2,4% раствор эуфиллина 3-4 мг/кг.
  - В/м вводить 2% раствор супрастина или 0,1% раствор тавегила (0,1 мл/год жизни).
  - При сердечной недостаточности 0,06% раствор коргликона (0,01 мг/кг) в/в медленно в 10 мл 10% глюкозы, лазикс (1-2 мг/кг) в/м.
3. Дальнейшая тактика лечения:  
 Госпитализация обязательна даже при исчезновении угрожающих жизни состояниях в связи с возможностью вторичного шока. В стационаре продолжить мероприятия, указанные выше, при необходимости проводят восполнение ОЦК путем капельного введения 5% раствора глюкозы, реополиглюкина, при отсутствии стабилизации АД вводят в/в капельно 0,2% раствор норадреналина (0,5-1 мл), 0,1% раствор мезатона (1-2 мл), преднизолон (2-4 мг/кг). В тяжелых случаях при остановке дыхания больного переводят на ИВЛ.

## Задача № 2

Мама ребенка Л., 8 месяцев, обратилась в детскую поликлинику в связи с повышением температуры до 39,8°C и выраженным возбуждением.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро 2 дня назад, когда появились катаральные явления, отмечался подъем температуры тела до 37,4-37,7°C, появились вялость, ребенок стал отказываться от еды и питья. Старшая сестра мальчика больна ОРВИ. На третьи сутки от начала заболевания температура тела повысилась до 39,8°C.

При осмотре отмечается: бледность кожи; возбуждение ребенка; конечности холодные; на осмотр реагирует негативно. Из носа слизистые выделения, зев ярко гиперемирован, налетов нет. ЧД - 54 в минуту. Над всей поверхностью легких перкуторно – звук легочный. Аускультативно с обеих сторон дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, ЧСС - 138 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

### Задание.

1. Диагноз.
2. Неотложная терапия.
3. Показания к госпитализации.

## Эталон ответа №2

1. ОРВИ, бледная лихорадка.
2. Неотложная терапия.

– Согреть ребенка (грелки к рукам и ногам).

– Дать внутрь обильное горячее питье.

– Назначить парацетомол внутрь в сиропе в объеме 4 мл.

– Ввести в/в струйно или в/м один или два сосудорасширяющих препарата:

- но-шпа 0,1-0,2 мл/год жизни или
- 2% раствор папаверина 0,1 мл/год жизни;

– При отсутствии эффекта ввести в/в струйно медленно 0,5% раствор дроперидола в дозе 0,1 -0,15 мл/кг.

– Необходимо проведение инфузионной терапии в зависимости от причины, обусловившей развитие гипертермического синдрома.

- Проведение терапии основного заболевания.
- 3. Показания к госпитализации и необходимость лечения при фебрильной лихорадке определяются тяжестью основного заболевания или ведущего клинического синдрома.

### **Задача №3**

Ребенок 2 лет, заболел накануне вечером, когда впервые повысилась температура тела до 38 °С, появились катаральные явления (гиперемия ротоглотки и конъюнктив, насморк). К ночи температура тела повысилась до 40,1 °С. Кожа стала бледной, дистальные части рук и ног холодные на ощупь. Родители дали ребенку парацетамол, но температура не понизилась. Внезапно развился приступ генерализованных судорог тонико-клонического характера, продолжавшихся около 2 - 3 мин.

Объективно: сознание угнетено до степени сопора, кожа бледная, с мраморным рисунком на ногах, акроцианоз. Тоны сердца приглушены, ЧСС 162 в минуту.

Дыхание везикулярное, ЧД 80 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены в размерах. Менингеальных и очаговых симптомов не выявляется.

#### **Задание.**

1. Диагноз.
2. Неотложные мероприятия.

#### **Эталон ответа №3**

1. ОРВИ, фебрильные судороги.
2. Неотложные мероприятия:

- Уложить ребенка на столе на спину, подложить валик под шею, повернуть голову на бок, выдвинуть нижнюю челюсть, ввести в рот роторасширитель, зафиксировать язык.
- Провести ревизию верхних дыхательных путей.
- Назначить кислородотерапию через носовые катетеры.
- Ввести 0,5% раствор седуксена (реланиума) в дозе 0,1 мл/кг массы (0,3-0,5 мг/кг) в/в в 5-10 мл 0,9% раствора хлорида натрия.
- Назначить 25% раствор магния сульфата в дозе 0,2 мл/кг, но не более 5 мл, в/м или в/в в 5-10 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия.
- При повторном приступе судорог ввести 20% раствор оксибутирата натрия в дозе 0,25-0,4 мл/кг массы в/м или в/в в 10-20 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия; или 0,25% раствор дроперидола в дозе 0,3 мг/кг массы. При отсутствии эффекта от введенного противосудорожного средства в течение 25 минут вводят последующий противосудорожный препарат. При более раннем его введении возможны кумуляция и угнетение дыхания.
- При остановке дыхания назначить ИВЛ.
- Одновременно устраняют причину, вызвавшую появление судорог

### **7.3 Текущий контроль овладением навыками:**

#### **Уметь:**

- 1) обучить детей, подростков и их родителей правилам здорового образа жизни;
- 2) оценить уровень физического и психомоторного развития детей различного возраста, измерить артериальное давление;
- 3) собрать анамнез, провести опрос ребенка и подростка, его родственников, физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация);

- 4) Измерить уровень АД, ЧСС, ЧД;
- 5) выявить ведущие клинические синдромы, интерпретировать результаты клинико-лабораторного обследования сформулировать клинический диагноз, провести дифференциальный диагноз;
- 6) провести комплексную оценку состояния здоровья;
- 7) определить группу здоровья, группу риска;
- 8) назначить немедикаментозную и медикаментозную терапию, определить оптимальный двигательный режим, физкультурную группу, группу закаливания;
- 9) провести реабилитационные мероприятия;
- 10) назначить правильный режим дня, питания.

## **7.4 Перечень вопросов для текущего контроля знаний обучающихся.**

### **7.4.1 Семестр 9, раздел 1 Организация медицинского обеспечения детей и подростков в условиях поликлиники**

1. Основные нормативные документы, регламентирующие оказание медицинской помощи детям.
2. Основные принципы охраны здоровья граждан Российской Федерации, изложенные в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
3. Определение понятий «порядок оказания медицинской помощи» и «стандарт медицинской помощи». Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
4. Основные положения оказания амбулаторно-поликлинической помощи, определенные приказом МЗ и СР РФ № 366н от 16.04.2012 г. "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи".
5. Структура детской поликлиники (приказ МЗ и СР РФ № 366н от 16.04.2012 г. "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи").
6. Основные задачи и направления деятельности детской поликлиники.
7. Типы, категории, структура и штаты детских поликлиник.
8. Нормативные документы, регламентирующие работу детской поликлиники.
9. Функциональные обязанности главного врача, зам. главного врача по лечебной работе, зав. отделением, врача педиатра участкового
10. Основные этапы организации деятельности детских поликлиник.
11. Основные подразделения детской поликлиники. Организация их работы.
12. Организация приема детей в поликлинике. Нормативы приема врача педиатра участкового. Оснащение кабинета врача педиатра участкового.
13. Кабинет здорового ребенка. Задача, объем работы.
14. Участковый принцип в работе детской поликлиники. Паспорт участка. Структура детского населения на педиатрическом участке.
15. Основные разделы работы врача педиатра участкового. Их содержание.
16. Профилактическая деятельность врача педиатра участкового.
17. Основные виды лечебной работы врача педиатра участкового. Оказание помощи детям на дому в случае возникновения острого заболевания. Нормативы работы.
18. Принципы организации «стационара на дому».
19. Бесплатное лечение, принципы его организации и учета. Категории детского



населения.

20. Правила выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность родителей и подростков. Приказ МЗ и СР РФ № 624н от 29.06.2011 г.
21. Организационная работа врача-педиатра участкового. Планирование работы и её анализ. Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового. Основные формы отчетно-учетной документации участкового педиатра.
22. Организация противозидемической работы, специфической профилактики инфекционных заболеваний в поликлинике. Национальный календарь профилактических прививок. Приказ МЗ РФ №125н от 2014г .
23. Принципы организации работы врача общей (семейной) практики. Метод диспансерного наблюдения детей и подростков в детской поликлинике.
24. Организация диспансерного наблюдения детского населения. Виды профилактики. Критерии оценки эффективности диспансерного наблюдения детей и подростков в детской поликлинике.
25. Понятие «Здоровье» (по определению ВОЗ). Критерии здоровья. Принципы комплексной оценки состояния здоровья.
26. Группы здоровья, группы риска, их характеристика. Распределение детского населения по группам здоровья. Индекс здоровья.
27. Принципы и методы оценки физического развития детей различного возраста. Оценка физического развития методом центильных отклонений.
28. Нормативы физического развития детей раннего возраста. Использование метода ориентировочных расчетов.
29. Принципы оценки нервно-психического развития детей различного возраста. Основные параметры (линии, направления) НПП.
30. Нормативные показатели психомоторного развития детей раннего возраста.
31. Организация питания детей 1-го года жизни. Виды вскармливания, принятые в России и рекомендуемые ВОЗ.
32. Естественное вскармливание. Преимущества грудного вскармливания. ИГВ. Десять шагов успешного внедрения ИГВ в детских поликлиниках.
33. Основные правила естественного вскармливания. Методы расчета суточного объема питания.
34. Сроки введения продуктов и блюд прикормов.
35. Лактационные кризы. Виды гипогалактии, причины. Признаки недостаточной лактации. Профилактика и лечение гипогалактии.
36. Искусственное вскармливание. Классификация современных адаптированных смесей, их характеристика.
37. Физическое воспитание и закаливание детей раннего возраста. Комплексы гимнастики и массажа для детей раннего возраста.
38. Группы закаливания, их характеристика, распределение детей раннего возраста по группам закаливания.
39. Мероприятия по антенатальной охране плода и новорожденного, проводимые в детской поликлинике. Дородовые патронажи. Сроки их проведения, цели, задачи.
40. Оценка качества проведения дородовых патронажей участковой бригадой.
41. Первичный врачебно-сестринский патронаж новорожденного. Цель и задачи. Сроки проведения.
42. Стандарт наблюдения здорового новорожденного ребенка участковым врачом педиатром.
43. Стандарт диспансерного наблюдения детей здоровых 1-го года жизни. Сроки врачебных осмотров, объем дополнительного обследования. Составление плана наблюдения. Содержание эпикриза на здорового ребенка, сроки его написания.
44. Объем и сроки проведения профилактических медицинских осмотров здоровых детей раннего и дошкольного возраста в детской поликлинике.

45. Стандарт проведения профилактических осмотров школьников врачом педиатром и врачами специалистами.
46. Организация наблюдения за новорожденными групп направленного риска в детской поликлинике.
47. Стандарт наблюдения новорожденных детей с риском патологии ЦНС. Содержание профилактических осмотров, особенности превентивных мероприятий.
48. Организация наблюдения новорожденных детей с риском внутриутробного инфицирования. Особенности стандарта наблюдения, профилактических мероприятий.
49. Стандарт наблюдения новорожденных детей с риском трофических нарушений и эндокринопатий. Содержание профилактических осмотров.
50. Стандарт наблюдения новорожденных детей с риском врожденных пороков развития наследственных заболеваний.
51. Особенности стандарта наблюдения новорожденных детей социального риска. Роль медицинских патронажей.
52. Роль оценки факторов перинатального риска. Комплексная оценка состояния здоровья новорожденного ребенка, определение группы здоровья, группы риска новорожденных.
53. Организация диспансерного наблюдения детей, перенесших родовую травму ЦНС. Стандарт наблюдения. Принципы восстановительного лечения.
54. Организация диспансерного наблюдения детей, перенесших гемолитическую болезнь новорожденного. Стандарт наблюдения. Принципы восстановительного лечения.
55. Особенности диспансерного наблюдения детей, перенесших сепсис, гнойно-воспалительные заболевания в периоде новорожденности.
56. Мероприятия антенатальной и постнатальной профилактики заболеваний детей раннего возраста.
57. Предрасполагающие факторы развития рахита со стороны ребенка и со стороны матери.
58. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика рахита у детей. Организация диспансерного наблюдения, иммунопрофилактики.
59. Показания для госпитализации детей с рахитом.
60. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика гипотрофии у детей. Диспансерное наблюдение.
61. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение ЖДА у детей. Методы профилактики, диспансерное наблюдение.
62. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, атопического дерматита у детей. Диспансерное наблюдение. Профилактические мероприятия.

#### **7.4.2 Семестр 10, раздел 2 Содержание работы врача отделения организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях**

1. Задачи и штаты отделения организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях детских поликлиник.
2. Функциональные обязанности медперсонала ДООУ и школы. Виды медицинской документации.
3. Типы дошкольных детских учреждений.
4. Основные гигиенические требования к ДООУ.
5. Школьные учреждения. Медицинское обеспечение общеобразовательных и специальных школ.
6. Правила оформления ребенка в ДООУ и школу. Оценка школьной зрелости.

7. Течение периода адаптации детей в ДООУ. Виды адаптации, их клиническая характеристика.
8. Медико-педагогические мероприятия в периоде адаптации ребенка в ДООУ. Врачебный контроль.
9. Основные принципы питания детей до 7 лет в ДООУ. Суточные потребности в пищевых ингредиентах и калориях.
10. Основные виды документации по организации и контролю питания детей в образовательных учреждениях.
11. Физическое воспитание детей в ДООУ и школах.
12. Медицинский контроль за физическим воспитанием детей в ДООУ.
13. Режим, методы закаливания. Группы закаливания. Медицинские группы по физкультуре.
14. Противоэпидемическая работа в образовательных учреждениях.
15. Диспансерное наблюдение детей в ДООУ. Организация и проведение плановых профилактических осмотров детей дошкольного возраста. Роль скрининг-обследования.
16. Анализ заболеваемости, детей посещающих образовательные учреждения.
17. Подготовка детей к поступлению в образовательное учреждение.
18. Правила первого приема ребенка в ДООУ.
19. Организация контроля за состоянием здоровья детей в образовательных учреждениях.
20. Адаптация детей в ДООУ. Виды, особенности течения периода адаптации в зависимости от степени тяжести. Медицинские мероприятия в периоде адаптации.
21. Организация питания детей в ДООУ. Нормативы питания детей дошкольного возраста. Методы контроля обеспечения рационального питания детей в ДООУ.
22. Организация правильного физического воспитания детей в ДООУ. Требования и методы контроля.
23. Санэпидемиологический контроль в ДООУ.
24. Контроль за организацией физического воспитания школьников.
25. Направления и принципы врачебно-профессионального ориентирования.
26. Противоэпидемическая работа в образовательных учреждениях.
27. Профилактика кишечных инфекций в образовательных учреждениях.
28. Профилактика гриппа в образовательных учреждениях.
29. Профилактика контактных гельминтозов.
30. Организация рационального питания детей и подростков в школах.
31. Определение понятия «подросток».
32. Состояние здоровья подростков на современном этапе.
33. Биологические особенности подросткового возраста.
34. Психологические и социальные особенности подростков.
35. Клинические особенности течения соматической патологии у подростков.
36. Нормативы физического и полового развития подростков. Методы их оценки.
37. Охрана репродуктивного здоровья подростков.
38. Роль медико-социального отделения поликлиники в охране здоровья подростков. Организация помощи инвалидам, подросткам социального риска
39. Порядок оказания медицинской помощи подросткам, приказ МЗ и СР РФ №366 «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи»
40. Стандарты профилактической работы с подростками (приложение №23 к приказу МЗ РФ №151 «Временные отраслевые стандарты помощи в педиатрии»).
41. Медицинское обеспечение подростков при подготовке к службе в армии.
42. Классификация гельминтозов.
43. Эпидемиологические особенности гельминтозов.
44. Диагностика гельминтозов в условиях поликлиники.
45. Принцип девастации.

46. Профилактика гельминтозов на педиатрическом участке и в детских коллективах.
47. Клиника, диагностика и лечение аскаридоза у детей
48. Клиника, диагностика и лечение энтеробиоза у детей.
49. Клиника, диагностика и лечение трихоцефалеза у детей.
50. Клиника, диагностика и лечение гименолепидоза у детей.
51. Клиника, диагностика и лечение токсокароза у детей.
52. Клиника, диагностика и лечение трихинеллеза у детей.
53. Диспансерное наблюдение детей с гельминтозами
54. Должностные обязанности участкового врача-педиатра. Профессиональные компетенции. Требования к квалификации.
55. Объем лечебной работы участкового педиатра в детской поликлинике.
56. Тактика ведения детей раннего возраста на педиатрическом участке: первичный вызов, первичный приём, повторный вызов, повторный приём, активное посещение.
57. Работа врача в фильтре детской поликлиники.
58. Ведение больных с инфекционными заболеваниями.
59. Правила выдачи справок и листов нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком.
60. Показания для экстренной госпитализации.
61. Абсолютные и относительные показания для плановой госпитализации.
62. Стационар на дому.
63. Наблюдение выздоравливающих и заключительный осмотр в детской поликлинике»
64. Анализ заболеваемости и смертности.

#### **7.4.3 Семестр 11. Раздел 3. Оказание медицинской помощи детям и подросткам с острыми и хроническими заболеваниями. Организация диспансерного наблюдения и реабилитации**

1. Основные понятия реабилитации.
2. Основные принципы, задачи и этапы медицинской реабилитации больных и детей-инвалидов.
3. Аспекты и принципы реабилитации детей с острой и хронической патологией.
4. Учреждения восстановительной медицины и реабилитации.
5. Приказ от 29 декабря 2012 г. N 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»
6. Понятие инвалидность. Определение, критерии инвалидности. Причины. Правила оформления инвалидности детей и подростков.
7. Природные и преформированные факторы в реабилитации детских болезней.
8. Курорт, определение. Типы курортов. Профили детских санаториев.
9. Характеристика курортов КавМинВод, г.Анапы, г.Сочи.
10. Особенности оформления ребенка в детский санаторий. Работа санаторно-курортной отборочной комиссии.
11. Общие показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.
12. Талассотерапия. Определение, виды, показания к назначению.
13. Бальнеотерапия. Наиболее известные бальнеологические курорты. Факторы воздействия на организм. Типы минеральных вод. Методы бальнеолечения.
14. Особенности внутреннего применения минеральных вод при хронической гастроэнтерологической патологии у детей.
15. Понятие диспансеризация. Основные принципы диспансеризации.
16. Нормативно-правовые основы организации диспансерного наблюдения за детьми и подростками в амбулаторных условиях. Общие положения Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 21 декабря 2012 г. N 1348н г. Москва "Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними

диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях".

17. Цели, задачи и этапы диспансеризации. Мероприятия диспансерного наблюдения.
18. Обязанности медицинского работника, осуществляющего диспансерное наблюдение.
19. Общие принципы диспансерного наблюдения детей с III - V группами здоровья.
20. Содержание плана диспансерного наблюдения. Примерная схема этапного эпикриза диспансерного больного.
21. Критерии эффективности диспансерного наблюдения.
22. Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях.
23. Анатомо-физиологические особенности бронхо-легочной системы детей, предрасполагающие к формированию острой и хронической патологии.
24. Острая пневмония. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
25. Терапия острой пневмонии в домашних условиях.
26. План диспансерного наблюдения за детьми с острыми пневмониями.
27. Реабилитационные мероприятия, проводимые у детей, перенесших острую пневмонию.
28. Диспансеризации детей с рецидивирующим и хроническим бронхитом.
29. Диспансеризации детей с пневмосклерозом и бронхоэктатической болезнью.
30. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы детей, предрасполагающие к формированию острой и хронической патологии.
31. Врожденные пороки сердца. Диспансерное наблюдение за детьми с корригированными и некорригированными врожденными пороками сердца.
32. Артериальная гипертензия. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
33. Терапия артериальной гипертензии.
34. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Вторичная и первичная профилактика острой ревматической лихорадки у детей.
35. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта детей, предрасполагающие к формированию острой и хронической патологии.
36. Анатомо-физиологические особенности гепато-билиарного тракта детей, предрасполагающие к формированию острой и хронической патологии.
37. Хронический гастрит и гастродуоденит. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
38. Диспансерное наблюдение детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта в стадию неполной и полной ремиссии.
39. План диспансерного наблюдения за детьми с хроническим гастритом и гастродуоденитом.
40. Реабилитационные мероприятия, проводимые у детей с гастритом и гастродуоденитом.
41. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Факторы защиты и факторы агрессии. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
42. Диспансерное наблюдение и план реабилитационных мероприятий за детьми с язвенной болезнью.
43. Дисфункция билиарного тракта. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
44. Диспансерное наблюдение и план реабилитационных мероприятий за детьми с дисфункцией билиарного тракта.
45. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы детей, предрасполагающие к формированию острой и хронической патологии.
46. Острый и хронический пиелонефрит. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.

47. Диспансерное наблюдение и план реабилитационных мероприятий за детьми с острым и хроническим пиелонефритом.
48. Острый и хронический гломерулонефрит. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
49. Диспансерное наблюдение и план реабилитационных мероприятий за детьми с острым и хроническим гломерулонефритом.
50. Определение, диагностические критерии и классификация сахарного диабета.
51. Принципы диспансерного наблюдения детей с сахарным диабетом.
52. Определение, диагностические критерии и классификация ожирения.
53. Принципы диспансерного наблюдения детей с ожирением.
54. Принципы диспансерного наблюдения детей с заболеваниями щитовидной железы.
55. Принципы диспансерного наблюдения детей с нарушениями полового развития.
56. Бронхиальная астма. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
57. Объем лечебно-диагностических мероприятий у детей с бронхиальной астмой.
58. План диспансерного наблюдения за детьми с бронхиальной астмой.
59. Реабилитационные мероприятия, проводимые у детей с бронхиальной астмой.
60. Аллергический ринит. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
61. План диспансерного наблюдения за детьми с аллергическим ринитом.
62. Основные принципы оказания медицинской помощи детям и подросткам с патологией иммунитета в амбулаторных условиях.
63. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (covid-19)
64. Этиология и патогенез.
65. Эпидемиологическая характеристика.
66. Алгоритм обследования пациента с подозрением на COVID-19.
67. Клинические особенности коронавирусной инфекции.
68. Лабораторная диагностика коронавирусной инфекции.
69. Лечение коронавирусной инфекции
70. Профилактика коронавирусной инфекции
71. Клиника, диагностика и сроки изоляции больного скарлатиной. Порядок наблюдения за контактными детьми и профилактические мероприятия.
72. Клиника, диагностика и сроки изоляции больного ветряной оспой. Порядок наблюдения за контактными детьми и профилактические мероприятия.
73. Клиника, диагностика и сроки изоляции больного корью. Порядок наблюдения за контактными детьми и профилактические мероприятия.
74. Клиника, диагностика и сроки изоляции больного краснухой. Порядок наблюдения за контактными детьми и профилактические мероприятия.
75. Клиника, диагностика и сроки изоляции больного коклюшем. Порядок наблюдения за контактными детьми и профилактические мероприятия.
76. Клиника, диагностика и сроки изоляции больного дифтерией. Порядок наблюдения за контактными детьми и профилактические мероприятия.
77. Клиника, диагностика и сроки изоляции больного эпидемический паротит. Порядок наблюдения за контактными детьми и профилактические мероприятия.

#### **7.4.4 Семестр 11 Раздел 4 Экстренная помощь на догоспитальном этапе при несчастных случаях и отравлениях у детей. Тактика врача-педиатра. Показания к госпитализации.**

1. Тактика врача-педиатра при несчастных случаях и отравлениях. Показания к госпитализации.
2. Диагностика и первая врачебная помощь при электротравме.
3. Утопление, виды, дифференцированная терапия на догоспитальном этапе.
4. Клиника, и лечение солнечного и теплового удара.

5. Первая помощь при отморожениях и замерзаниях.
6. Лечение укусов насекомых, змей и животных.
7. Отравления у детей и подростков. Классификации.
8. Принципы диагностики.
9. Характеристика и течение острого отравления в зависимости от поступления яда в организм, механизмы патогенеза.
10. Периодизация острых отравлений у детей.
11. Мероприятия по удалению невсосавшегося яда,
12. Принципы удаления всосавшегося яда.
13. Первая помощь при ингаляции дыма, горячего воздуха, окиси углерода.
14. Клиника, первая помощь при отравлении прижигающими ядами (кислоты, щелочи).
15. Клиника, первая врачебная помощь при отравлении лекарственными препаратами (антигипертензивными, НПВС, барбитуратами, наркотическими анальгетиками).
16. Отравления ядовитыми растениями (атропинсодержащими). Клиника, первая врачебная помощь.
17. Отравления ядовитыми грибами (бледной поганкой, мухоморами). Клиника, первая врачебная помощь.
18. Отравления этиловым спиртом, его суррогатами. Клиника, первая врачебная помощь.

#### **7.4.5 Семестр 12 Раздел 5 Экстренная помощь на догоспитальном этапе. Организация, принципы диагностики, оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях у детей и подростков**

1. Организация, основные задачи и медико-тактическая классификация уровней помощи при угрожающих состояниях у детей.
2. Организация службы неотложной и скорой медицинской помощи.
3. Этика и деонтология в работе врача неотложной и скорой помощи. Задачи, оснащение, врачебная тактика.
4. Принципы диагностики и методы реанимации угрожающих и терминальных состояний на догоспитальном этапе. Основные методы терапии.
5. Объем неотложной помощи, организационные аспекты. Показания к госпитализации, условия транспортировки.
6. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при синдромах острой дыхательной недостаточности у детей.
7. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при синдромах острой недостаточности кровообращения (обморок, коллапс, шок) у детей.
8. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при синдромах острой и хронической сердечно-сосудистой недостаточности у детей.
9. Оказания экстренной помощи при гипергликемической кетоацидотической коме на догоспитальном этапе.
10. Гипогликемическая кома, определение, клиника, первая врачебная помощь.
11. Гипертиреодный криз, клиника, первая врачебная помощь.
12. Острая надпочечниковая недостаточность, определение, клиника, первая врачебная помощь.
13. Судорожный синдром у детей. Клиническая дифференциальная диагностика, первая помощь при фебрильных судорогах.
14. Нейротоксикоз, определение, клиническая диагностика, первая врачебная помощь.
15. Токсикоз с эксикозом. Клиническая картина, первая врачебная помощь при различных вариантах.
16. Тактика врача и первая врачебная помощь при эксикозе и ангидремическом шоке на догоспитальном этапе.

17. Лихорадка, варианты, клиническая диагностика, первая врачебная помощь.
18. Неотложная помощь при крапивнице у детей. Показания к госпитализации.
19. Неотложная помощь при отеке Квинке у детей и подростков.
20. Анафилактический шок, клиника, первая врачебная помощь.
21. Диагностика, терапия синдрома Лайелла, сывороточная болезнь. Тактические решения, условия транспортировки.
22. Приступы бронхиальной астмы, тактика и первая врачебная помощь, показания к госпитализации. Лечение-тактические мероприятия при астматическом статусе.
23. Астматический статус. Лечение-тактические мероприятия на догоспитальном этапе.
24. Диагностика и первая врачебная помощь при нейроинфекции.
25. Инфекционно-токсический шок при менингококкцемии, диагностика, первая врачебная помощь.

### Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Описание
отлично	Отметкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
хорошо	Отметкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
удовлетворительно	Отметкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании процессов изучаемой предметной области, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
неудовлетворительно	Отметкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание процессов изучаемой предметной области, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности



	и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
--	---

## 8. Промежуточная аттестация

### 8.1. Семестр 9, раздел 1. Организация медицинского обеспечения детей и подростков в условиях поликлиники. Форма промежуточного контроля – «зачет»

#### 8.1.1 Перечень тестовых заданий для промежуточного контроля знаний с эталонами ответов.

1. Основные принципы охраны здоровья граждан Российской Федерации, изложенные в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) развитие платных медицинских услуг;
- 5) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.

2. Стандарт медицинской помощи включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- 1) медицинских услуг;
- 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;
- 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- 4) юридических консультаций;
- 5) компонентов крови.

3. Детская поликлиника оказывает амбулаторную помощь детям

- 1) до 14 лет 11 мес 29 дней
- 2) до 15 лет 11 мес 29 дней
- 3) до 17 лет 11 мес 29 дней
- 4) до 16 лет 11 мес 29 дней

4. Время, отведенное на обслуживание одного вызова составляет

- 1) 40 мин
- 2) 15 мин
- 3) 20 мин
- 4) 10 мин

5. Понятие «Здоровье» (ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011г.) – это

- 5) состояние физического и психического здоровья
- 6) социальное благополучие человека
- 7) все ответы верны
- 8) отсутствие заболеваний, а также расстройства функций органов и систем

6. Параметры социального анамнеза

- 1) полнота семьи, возраст, образование и профессия родителей
- 2) психологический климат в семье, наличие или отсутствие вредных привычек и асоциальных форм поведения
- 3) наличие стигм дисэмбриогенеза
- 4) санитарно – гигиенические условия воспитания ребенка и уход за ним
- 5) пиелонефрит беременной

7. На 3-м году жизни ребенок осматривается врачом педиатром участковым:

- 1) 1 раз в квартал
- 2) 1 раз в 6 мес.
- 3) 3 раза в месяц
- 3) 1 раз в месяц

8. При проведении профилактических осмотров детский психиатр впервые осматривает детей

- 1) в 10 лет
- 2) в 3 года
- 3) в 2 года
- 4) в 16 лет

9. Ведущий клинический синдром периода разгара рахита при остром течении заболевания

- 1) мышечная гипертония
- 2) краниотабес
- 3) судорожный синдром
- 4) диарея

10. Дефицит массы при II степени постнатальной гипотрофии составляет

- 1) 5-15%
- 2) 10-20%
- 3) 20-30%
- 4) более 30%

**Эталоны ответов.**

1. 1), 2), 3), 5); 2. 1), 2), 3), 5); 2. 3); 4. 2); 5. 3); 6. 1), 2), 4); 7. 2); 8. 2); 9. 2); 10. 3).

### **8.1.2 Контроль практических навыков обучающихся**

1. Знакомство с приказами, регламентирующими работу детской поликлиники и врача педиатра участкового.
2. Правила врачебной этики и деонтологии оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению.
3. Оформление медицинской документации (истории развития ребенка (ф.112/у), экстренного извещения (ф.058/у), талона амбулаторного пациента (ф.025/у-06), бланков на госпитализацию (консультацию) направление в процедурный кабинет, в клиническую, биохимическую и бактериологическую лабораторию.
4. Написание эпикризов и составление планов наблюдения в истории развития здоровых детей и детей с различными заболеваниями.
5. Проведение санитарно-просветительной работы (беседы, лекции и др.).
6. Оценка критериев эффективности деятельности участкового врача-педиатра.
7. Антропометрическое обследование ребенка (взвешивание, измерение длины тела, окружности головы, груди) и оценка физического развития.
8. Оценка психомоторного развития детей, определение группы НПР.

9. Клиническое обследование здорового и больного ребенка: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
10. Оценка результатов лабораторно-инструментального обследования детей и подростков.

### **8.1.3 Контрольные вопросы для собеседования**

1. Основные нормативные документы, регламентирующие оказание медицинской помощи детям.
2. Основные принципы охраны здоровья граждан Российской Федерации, изложенные в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
3. Определение понятий «порядок оказания медицинской помощи» и «стандарт медицинской помощи». Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
4. Основные положения оказания амбулаторно-поликлинической помощи, определенные приказом МЗ и СР РФ № 366н от 16.04.2012 г. "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи".
5. Структура детской поликлиники (приказ МЗ и СР РФ № 366н от 16.04.2012 г. "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи").
6. Основные задачи и направления деятельности детской поликлиники.
7. Типы, категории, структура и штаты детских поликлиник.
8. Основные этапы организации деятельности детских поликлиник.
9. Основные подразделения детской поликлиники. Организация их работы.
10. Организация приема детей в поликлинике. Нормативы приема врачапедиатраучасткового. Оснащение кабинета участкового педиатра.
11. Кабинет здорового ребенка. Задача, объем работы.
12. Участковый принцип в работе детской поликлиники. Паспорт участка. Структура детского населения на педиатрическом участке.
13. Основные разделы работы врача педиатраучасткового. Их содержание.
14. Профилактическая деятельность врача педиатраучасткового.
15. Основные виды лечебной работы врача педиатраучасткового. Оказание помощи детям на дому в случае возникновения острого заболевания. Нормативы работы.
16. Принципы организации «стационара на дому».
17. Бесплатное лечение, принципы его организации и учета. Категории детского населения.
18. Правила выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность родителей и подростков. Приказ МЗиСРРФ№ 624н от 29.06.2011 г.
19. Организационная работа врачапедиатраучасткового. Планирование работы и её анализ. Критерии оценки эффективности работы участкового педиатра. Основные формы отчетно-учетной документации врача педиатраучасткового.
20. Национальный календарь профилактических прививок. Приказ МЗ и СР РФ №125н от 2014 г.
21. Организация диспансерного наблюдения детского населения. Виды профилактики.
22. Критерии оценки эффективности диспансерного наблюдения детей и подростков в детской поликлинике.
23. Понятие «Здоровье» (ФЗ №323-ФЗ РФ от 21.11.2011г). Критерии здоровья. Принципы комплексной оценки состояния здоровья.
24. Группы здоровья, группы риска, их характеристика. Распределение детского населения по группам здоровья. Индекс здоровья.
25. Принципы и методы оценки физического развития детей различного возраста. Оценка физического развития методом центильных отклонений.

26. Нормативы физического развития детей раннего возраста. Использование метода ориентировочных расчетов.
27. Принципы оценки нервно-психического развития детей различного возраста. Основные параметры (линии, направления) НПР.
28. Нормативные показатели психомоторного развития детей раннего возраста.
29. Организация питания детей 1-го года жизни. Виды вскармливания, принятые в России и рекомендуемые ВОЗ.
30. Естественное вскармливание. Преимущества грудного вскармливания. ИГВ. Десять шагов успешного внедрения ИГВ в детских поликлиниках.
31. Основные правила естественного вскармливания. Методы расчета суточного объема питания.
32. Сроки введения продуктов и блюд прикормов.
33. Лактационные кризы. Виды гипогалактии, причины. Признаки недостаточной лактации. Профилактика и лечение гипогалактии.
34. Физическое воспитание и закаливание детей раннего возраста. Комплексы гимнастики и массажа для детей раннего возраста.
35. Группы закаливания, их характеристика, распределение детей раннего возраста по группам закаливания.
36. Мероприятия по антенатальной охране плода и новорожденного, проводимые в детской поликлинике. Дородовые патронажи. Сроки их проведения, цели, задачи.
37. Оценка качества проведения дородовых патронажей участковой бригадой.
38. Первичный врачебно-сестринский патронаж новорожденного. Цель и задачи. Сроки проведения.
39. Стандарт наблюдения здорового новорожденного ребенка участковым врачом педиатром.
40. Приказ МЗ РФ №514 от 10.08.2017. Сроки врачебных осмотров, объем дополнительного обследования.
41. Объем и сроки проведения профилактических медицинских осмотров здоровых детей раннего, дошкольного и школьного возраста в детской поликлинике.
42. Организация наблюдения за новорожденными групп направленного риска в детской поликлинике.
43. Организация диспансерного наблюдения детей, перенесших родовую травму ЦНС. Стандарт наблюдения. Принципы восстановительного лечения.
44. Организация диспансерного наблюдения детей, перенесших гемолитическую болезнь новорожденного. Стандарт наблюдения. Принципы восстановительного лечения.
45. Особенности диспансерного наблюдения детей, перенесших сепсис, гнойно-воспалительные заболевания в периоде новорожденности.
46. Мероприятия антенатальной и постнатальной профилактики заболеваний детей раннего возраста.
47. Предрасполагающие факторы развития рахита со стороны ребенка и со стороны матери.
48. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика рахита у детей. Организация диспансерного наблюдения, иммунопрофилактики.
49. Показания для госпитализации детей с рахитом.
50. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика гипотрофии у детей. Диспансерное наблюдение.
51. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение ЖДА у детей. Методы профилактики, диспансерное наблюдение.
52. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, атопического дерматита у детей. Диспансерное наблюдение. Профилактические мероприятия.

## **8.2 Семестр 10, раздел 2 Содержание работы врача отделения организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях. Форма промежуточного контроля – «дифференцированный зачет»**

### **8.2.1 Перечень тестовых заданий для промежуточного контроля знаний с эталонами ответов.**

1. Низкий уровень адаптации первоклассника:

- 1) Отрицательно или индифферентно относится к школе
- 2) Наблюдаются нарушения дисциплины
- 3) Адекватно воспринимает требования, легко и полно усваивает учебный материал
- 4) Проявляет интерес к самостоятельной работе.

2. Штаты отделения организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях детских поликлиник

- 1) Врач-педиатр
- 2) Врач по гигиене детей и подростков
- 3) Врач-психиатр детский
- 4) Врач-гомеопат.

3. Медицинская педиатрическая помощь оказывается в следующих условиях:

- 1) вне медицинской организации
- 2) амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника
- 3) в дневном стационаре
- 4) стационарно
- 5) летом

4. Организационная работа врача педиатра участкового это

- 1) противорецидивное лечение детей с хронической патологией
- 2) работа с учетно-отчетной документацией
- 3) организация рационального вскармливания
- 4) санитарно-просветительная работа

5. Биологический анамнез оценивается отягощенным при наличии следующих факторов риска

- 1) угроза прерывания беременности, наличие токсикоза
- 2) не соблюдение правил личной гигиены
- 3) запоздалое обращение за медицинской помощью
- 4) наличие неблагоприятных материально-бытовых условий

6. Наиболее частая клиническая форма гемолитической болезни новорожденного

- 1) отечная
- 2) желтушная
- 3) анемическая
- 4) смешанная

7. Иммунизация ребенка с проявлениями рахита II - III степени

- 1) не противопоказана
- 2) противопоказана

8. При оценке тяжести состояния больного ребёнка с ОРВИ следует учитывать:

- 1) Степень тахикардии, приглушенность сердечных тонов

- 2) Гипо- или гипервентиляцию
- 3) Нарушения микроциркуляции, периферический цианоз, замедление наполнения капилляров ногтевого ложа
- 4) Серозное отделяемое из носа

9. Особенности физического развития подростков:

- 1) пубертатный скачок роста
- 2) все ответы верны
- 3) развитие гонад и вторичных половых признаков;
- 4) изменение пропорций тела по взрослому типу, повышение силы и выносливости.

10. Источником заражения острицами является

- 1) человек
- 2) кошка
- 3) мясо
- 4) сырая рыба

**Эталоны ответов.**

**1. 1), 2), 4);2.2);3.1);4.2);5.2);6. 1), 2), 3);7.2);8.1);9.1), 2);10.1), 2), 3)**

### **8.2.2 Контроль практических навыков обучающегося. Форма промежуточного контроля – «дифференцированный зачет»**

- 1) обучить детей, подростков и их родителей правилам здорового образа жизни.
- 2) владеть правилами врачебной этики и деонтологии.
- 3) провести профилактический медицинский осмотр, при поступлении и в период обучения в образовательных учреждениях.
- 4) владеть принципами первичной профилактики заболеваний.
- 5) осуществлять мероприятия специфической и неспецифической профилактики при различных инфекционных заболеваниях у детей и подростков.
- 6) провести противоэпидемические мероприятия при возникновении инфекционного заболевания.
- 7) осуществить подготовку ребенка к поступлению в ДОУ и школу.
- 8) оформить основные виды документации (ф.026/у, сертификат профилактических прививок и др.) при поступлении ребенка в образовательное учреждение.
- 9) определить группу закаливания, группу по физкультуре ребенка.
- 10) провести санпросвет работу по профилактике травматизма.

### **8.2.3 Контрольные вопросы для собеседования. Форма промежуточного контроля – «дифференцированный зачет»**

1. Задачи отделения организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях детских поликлиник, основные виды медицинской документации.
2. Объем и сроки проведения профилактических осмотров здоровых детей школьного возраста в детской поликлинике (Приказ МЗ РФ № 514н "Об утверждении порядка проведения медицинских профилактических осмотров несовершеннолетних).
3. Профилактика гельминтозов на педиатрическом участке в детских коллективах.
4. Особенности наблюдения новорожденных детей с риском патологии ЦНС.
5. Основные виды документации кабинета врача педиатра участкового.
6. Организация наблюдения новорожденных детей с риском внутриутробного инфицирования.
7. Трихинеллез у детей. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
8. Организация диспансерного наблюдения детей, перенесших родовую травму ЦНС. Основные принципы восстановительной терапии.
9. Правила оформления ребенка в ДОУ и школу. Оценка школьной зрелости.
10. Особенности диспансерного наблюдения детей, перенесших гнойно-воспалительные заболевания в период новорожденности.
11. Организация и проведение профилактических осмотров детей в ДОУ. Роль скрининг-обследования врачами специалистами.
12. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика рахита у детей. Организация диспансерного наблюдения, иммунопрофилактики. Показания для госпитализации детей с рахитом.
13. Основные принципы организации питания детей в ДОУ, виды документации.
14. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика гипотрофии у детей. Диспансерное наблюдение.
15. Течение периода адаптации детей в ДОУ. Виды адаптации, их клиническая характеристика.

16.

Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение ЖДА у детей. Методы профилактики, диспансерное наблюдение.

17. Функциональные обязанности врача педиатра отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях.

18.

Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, атопического дерматита у детей. Диспансерное наблюдение. Профилактические мероприятия.

19.

Задачи штата отделения организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях детских поликлиник.

20

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. Определение понятий «порядок оказания медицинской помощи» и «стандарт медицинской помощи».

21. Трихоцефалез у детей. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.

22. Приказ МЗиСРРФ №

366н от 16.04.2012 г. "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи". Основные положения оказания амбулаторно-поликлинической помощи детям.

23.

Токсокароз у детей. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.

24. Основные задачи и направления деятельности детской поликлиники. Типы, категории, структура штата детских поликлиник.

25. Гименолепидоз у детей. Эпидемиология, клиника, диагностика и лечение.

26. Бесплатное лекарственное обеспечение детей в амбулаторно-поликлинической службе.

27. Первичный врачебно-

сестринский патронаж новорожденного: цель, задачи, сроки проведения. Стандарт наблюдения здорового новорожденного ребенка участковым врачом педиатром.

28. Организационная работа участкового врача-

педиатра. Планирование работы и ее анализ. Основные формы отчетности и учетной документации врача педиатра участкового.



29. Правила оказания медицинской помощи детям подросткам с ОРЗ на педиатрическом участке: первичный вызов, первичный приём, повторный вызов, повторный приём, активное посещение.
30. Основные положения Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г.
31. Классификация гельминтозов.
32. Структура детской поликлиники (приказ МЗиСРРФ № 366 от 16.04.2012 г. "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи").
33. Эпидемиологические особенности гельминтозов.
34. Основные этапы организации деятельности детских поликлиник.
35. Энтеробиоз детей. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
36. Организация приёма детей в поликлинике. Оснащение кабинета участкового педиатра. Регламентируемые нормы работы участкового врача педиатра.
37. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы детей подросткового возраста.
38. Профилактическая деятельность врача педиатра участкового. Её содержание.
39. Характеристика особенностей соматической патологии подростков.
40. Правила выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность родителей и подростков. Приказ МЗРФ № 624 от 29.06.11 г.
41. Анатомо-физиологические особенности центральной нервной системы и органов чувств детей подросткового возраста.
42. Принципы комплексной оценки состояния здоровья. Критерии здоровья. Группы здоровья, их характеристика. Индекс здоровья.
43. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания детей подросткового возраста.
44. Психомоторное развитие детей раннего возраста, нормативные показатели.

45. Критерии оценки эффективности работы врача педиатра участкового (Приказ МЗ и СР РФ №283 от 19.04.07).

46.

Причины, виды, признаки недостаточной лактации. Лактационные кризы. Профилактика и лечение гипогалактии.

47.

Общи

е положения организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях.

48.

Мероприятия по антенатальной охране плода и новорожденного, проводимые в детской поликлинике. Дородовые патронажи, сроки их проведения, цели, задачи. Оценка качества проведения дородовых патронажей участковой бригадой.

49. Диагностика гельминтозов в условиях детской поликлиники.

50.

Стандарты диспансерного наблюдения детей раннего возраста. Сроки врачебных осмотров, объем дополнительного обследования (Приказ МЗ РФ № 514н "Об утверждении порядка проведения медицинских профилактических осмотров несовершеннолетних).

### **8.3 Семестр 11. Раздел 3. Оказание медицинской помощи детям и подросткам с острыми и хроническими заболеваниями. Организация диспансерного наблюдения и реабилитации.**

**Раздел 4. Экстренная помощь на догоспитальном этапе при несчастных случаях и отравлениях у детей. Тактика врача-педиатра. Показания к госпитализации.**

**Форма промежуточного контроля - Экзамен**

#### **8.3.1 Перечень тестовых заданий для промежуточного контроля знаний**

1. Порядок оказания медицинской помощи включает
  - а) **этапы оказания медицинской помощи;**
  - б) **правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);**
  - в) **стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;**
  - г) **виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;**
  - д) **рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;**
  - е) **иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.**

2. Основные принципы охраны здоровья граждан Российской Федерации, изложенные в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
- а) **ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;**
  - б) **доступность и качество медицинской помощи;**
  - в) приоритет лечения в сфере охраны здоровья;
  - г) **недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;**
  - д) **соблюдение врачебной тайны.**
3. Должность участковой медсестры рассчитывается следующим образом
- а) 1,5 ставки медсестры на 1 ставку уч. врача-педиатра
  - б) 1,25 ставки медсестры на 1 ставку уч. врача-педиатра
  - в) 1 ставка медсестры на 1000 детей
  - г) 1 ставка медсестры на 800 детей
4. Организационная работа участкового педиатра это
- а) противорецидивное лечение детей с хронической патологией
  - б) **работа с учетно-отчетной документацией**
  - в) организация рационального вскармливания
  - г) санитарно-просветительная работа
5. Критерий, определяющий состояние здоровья - это
- а) уровень и гармоничность нервно-психического развития
  - б) уровень и гармоничность физического развития
  - в) **состояние здоровья по данным анамнеза**
  - г) функциональное состояние органов и систем
6. Оценка генеалогического анамнеза включает
- а) определение индекса резистентности
  - б) **составление родословную, определение индекса отягощенности наследственного анамнеза**
  - в) оценку функционального состояния сердечно-сосудистой системы определение общего количества острых заболеваний, перенесенных ребенком в периоде раннего детского возраста
7. На втором году жизни ребенок осматривается участковым педиатром:
- а) **1 раз в квартал**
  - б) 2 раза в год
  - в) 3 раза в месяц
  - г) 1 раз в месяц
8. Иммунизация детей групп направленного риска должна проводиться
- а) **по индивидуальному плану**
  - б) по календарю прививок
  - в) противопоказана
  - г) не противопоказана

9. Патогенетическое лечение ребенка с перинатальным поражением ЦНС должно включать

- а) повышение уровня сывороточного железа
- б) стимуляцию роста мозговых капилляров, улучшение трофики пораженных тканей
- в) нормализацию электролитов крови
- г) нормализацию иммунного статуса

10. Исходом перенесенной гемолитической болезни новорожденного у детей может являться

- а) **задержка психомоторного развития, снижение слуха, хронические заболевания гепатобилиарной системы**
- б) порэнцефалия
- в) остеомалация
- г) синдром Жильбера

#### **Эталоны ответов**

1. а), б), в), д), е); 2. а), б), г), д; 3. г); 4. б); 5. в); 6. Б); 7. А); 8. А); 9. Б); 10. А).

### **8.3.2 Ситуационные задачи**

#### **Форма промежуточного контроля - Экзамен**

##### **Задача № 1.**

Анна И., 12 лет, выписана из стационара под наблюдение врача педиатра участкового с диагнозом: острая правосторонняя нижнедолевая пневмония, осложненная экссудативным плевритом, ДН – I степени.

При осмотре в детской поликлинике предъявляет жалобы на нечастый влажный кашель по утрам с небольшим количеством трудно отделяемой светлой слизистой мокроты. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Масса тела 42 кг, длина тела 158 см. Одышки нет. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Зев спокойный. Миндалины гипертрофированны. Периферические лимфоузлы не увеличены. Границы легких в пределах возрастной нормы. Перкуторный звук ясный, легочной. При аускультации выслушиваются единичные влажные хрипы среднего калибра, ЧД – 18 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, звучные, 78 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме.

##### **Задание.**

1. Определите группу здоровья, срок диспансерного наблюдения.
2. Кратность осмотров специалистами.
3. Объем обследования.
4. Объем лечебно-реабилитационных мероприятий.
5. Особенности иммунизации.

##### **Эталон ответа к задаче №1**

1. 3 группа здоровья. Длительность наблюдения за детьми, перенесшими острую пневмонию:
  - впервые, не осложненную и не имеющие отягощенного преморбидного фона –

наблюдаются в течение 6 месяцев;

- с осложнениями, затяжным течением, повторно и с отягощенным анамнезом – 1 год;
- осложненной деструкцией – до 3-х лет.

#### 2. Кратность наблюдения специалистами:

- Педиатр – кратность наблюдения зависит от возраста ребенка - дети до 3-х месяцев – 2 раза в месяц; дети от 3-х месяцев до 1 года – 1 раз в месяц; дети от 1 года до 3-х лет – 1 раз в квартал; дети старше 3-х лет – 1 раз в 3 – 6 месяцев.
- ЛОР – 1 раз в год.
- Стоматолог – 1 раз в год.

#### 3. Объем обследования.

- Общий анализ крови – 1 раз в 6 мес.
- Общий анализ мочи – 1 раз в 6 мес.
- Рентгенография органов грудной клетки – по показаниям.

#### 4. Объем реабилитации.

Продолжительность курса реабилитационного лечения после окончания острого периода составляет 3 – 4 недели. Повторные курсы реабилитационного лечения следует проводить в весенне-осенний период (3 недели).

- Витаминотерапия.
- Фитотерапия - корень алтея, душица, подорожник, корень солодки, сосновые почки, растительные адаптогены (элеутерококк, золотой корень, женьшень и др.).
- Физиотерапия.
- Массаж.
- ЛФК.
- Дыхательная гимнастика.
- Закаливающие процедуры через 1 – 2 месяца после заболевания.
- Группа для занятий по физкультуре – подготовительная в первые 6 месяцев, далее - основная.

5. Профилактические прививки разрешаются через 1 - 2 месяца после выздоровления в зависимости от возраста ребенка, клинической формы заболевания.

#### **Задача № 2**

Мальчик, 12 лет, находился на стационарном лечении по поводу эрозивного антрального гастрита, умеренной активности, H. Pylori – ассоциированного. Выписан домой в удовлетворительном состоянии.

На момент осмотра время жалоб нет. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Язык влажный, без налета. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 72 в 1 минуту. АД – 110/70 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот при пальпации мягкий, локальная болезненность в эпигастрии. Желчепузырные симптомы отрицательные. Стул оформленный, 2 раз в сутки.

Мочеиспускание свободное безболезненное.

**Задание.**

4. Кратность наблюдения специалистами.
5. Укажите объем обследования в первый год наблюдения.
6. Определите объем реабилитации в первый год наблюдения.

**Эталон ответа к задаче №2**

5. Кратность наблюдения специалистами.
  - Педиатр – 1 раз в 3 месяца.
  - Гастроэнтеролог – 1 раз в 6 мес.
  - ЛОР – 1 раз в 6 мес.
  - Стоматолог - 1 раз в 6 мес.
6. Объем обследования в первый год наблюдения.
  - Общий анализ крови – 1 раз в 6 мес.
  - Общий анализ мочи - 1 раз в 6 мес.
  - Кал на яйца гельминтов – 1 раз в 6 мес.
  - При «НР-ассоциированном» гастродуодените – диагностика *H. pylori* двумя методами через 6 – 8 недель после лечения, а также после повторных курсов антихеликобактерной терапии.
  - ФГДС – 1 раз в год.
  - Фракционное желудочное зондирование или рН-метрия – 1 раз в год.
7. Определите объем реабилитации в первый год наблюдения.

Неотъемлемой частью терапии заболеваний ЖКТ является диета. Питание должно быть дробным (4-5-разовым), небольшими по объему порциями. Максимальная продолжительность между приемами пищи не должна превышать 4 часов. Чтобы избежать стимулирования ночной секреции и дуоденогастрального рефлюкса, не следует принимать пищу позднее 19-20 часов, а тем более в часы, отведенные для сна. В зависимости от характера течения ХГ назначают разные рационы. При резком обострении показаны диеты №1-а (на 3-5 дня) и 1-б (2 недели), далее назначают диету №1 продолжительностью до 3 месяцев. Если у пациента отмечается стойкое исчезновение клинической симптоматики - стол № 5.

Медикаментозная терапия:

- H<sub>2</sub>-блокаторы рецепторов гистамина на 4 недели (ранитидин, фамотидин);
- ингибиторы протонной помпы – омепразол, лансопризол, пантопризол, рабепразол. Показания к применению: рефлюкс-эзофагит, эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, связанные с приемом НПВС.
- препараты, повышающие защитные свойства слизистой оболочки желудка (цитопротекторы): сукральфат, синтетические аналоги простагландинов (мизопростол), Де-нол;

- антациды: алюминий-содержащие – альфогель, фосфолюгель, актал; магнийсодержащие – магалфил 400; комбинированные – маалокс, протаб, алюмаг, топалкан;
- прокинетики (по показаниям): мотилиум (домперидон), церукал, координакс (цизаприд);
- вегетотропная терапия:
  - ваготония – тонизирующие препараты: экстракт элеутерококка, настойки женьшеня, заманихи, аралии, левзеи, китайского лимонника, родиолы розовой; в тяжелых случаях – амизил, сиднокарб в первую половину дня в течение 2 – 4 мес.
  - симпатикотония – седативные препараты: настои лекарственных трав (корень валерианы, трава пустырника, зверобой, боярышник) прерывистыми курсами по 2 – 4 недели; в сложных случаях – транквилизаторы (седуксен, тазепам, элениум);
  - ноотропные препараты: фенибут, пирацетам, пикамелон, ноотропил.

Фитотерапия (зверобой, пустырник, девясил, алтей, солодка и др.) по 10 – 12 дней в месяц 2- 3 раза в год.

Минеральные воды (Боржоми, Смирновская, Славяновская, Арзни и др.) 2 - 3 курса в год, по 1 – 1,5 месяца. При повышенной кислотности принимать через 1 – 1,5 часа после еды, а при сохраненной кислотообразующей функции – за 40 – 60 минут до еды. Вода используется подогретая до 38 – 45°C.

Физиотерапия: синусоидальные модулированные токи на область эпигастрия, парафиновые и озокеритовые аппликации, микроволновая терапия, лазеротерапия.

Группа занятий по физкультуре - специальная.

ЛФК.

Местный санаторий через 3 месяца.

### **Задача №3**

Ребенок 8 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 2-х лет. У больного симптомы возникают реже 1 раза в неделю, обострения короткие, ночные симптомы возникают не чаще 2 раз в месяц, ОФВ1 или ПСВ  $\geq 80\%$  от должных величин, вариабельность показателей ПСВ или ОФВ1  $< 20\%$ .

#### **Задание.**

1. Оцените степень тяжести бронхиальной астмы
2. Кратность наблюдения специалистами.
3. Укажите объем обследования в первый год наблюдения.
4. Определите объем реабилитации в первый год наблюдения.

#### **Эталон ответа к задаче №3**

1. Интермиттирующая; легкая степень

2. Кратность наблюдения специалистами.

- Педиатр, аллерголог – в период ремиссии при легком течении 1 раз в 6 месяцев, при среднетяжелом течении – 1 раз в 3 месяца. Частота текущих наблюдений при тяжелом течении болезни определяется индивидуально.

ЛОР – 2 раза в год.

- Стоматолог – 2 раза в год.

3. Укажите объем обследования в первый год наблюдения.

- Общий анализ крови – 1 – 2 раза в год.

- Общий анализ мочи – 1 раз в год.

- Спирография (ОФВ1, ФЖЕЛ (форсированная жизненная ёмкость лёгких) и отношение ОФВ1/ФЖЕЛ) – 1 раз в год.

- Пикфлоуметрия – ежедневное измерение максимальной скорости выдоха, с регистрацией величины ПСВ, даты и времени измерения в дневнике пациента.

- Рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух носа – по показаниям.

- Иммунологическое исследование.

4. Определите объем реабилитации в первый год наблюдения.

- Диетотерапия основана на принципах элиминации, динамичности и сбалансированности. При всех формах заболевания следует ограничить употребление в пищу продуктов, содержащих гистамин (консервы, копчености, помидоры, шпинат) или способствующие его высвобождению.

Элиминационные мероприятия по удалению причинно - значимых факторов.

- Медикаментозная терапия.

Базисная терапия предусматривает:

ступенчатый (в зависимости от степени тяжести заболевания) подход к терапии;

ингаляционный (по возможности) способ введения лекарств;

проводится длительно, отменяется при достижении стойкой ремиссии;

Основу базисной терапии составляет противовоспалительная терапия:

- кромогликат натрия (интал);
- недокромил натрия (тайлед);
- ингаляционные кортикостероиды: беклометазон (бекотид), будесонид (бенакорт), флунизолид (ингакорт), флутиказон (фликсотид).

При необходимости к противовоспалительной терапии может быть добавлена бронхорасширяющая терапия для длительного применения:

бета-2-агонисты длительного действия (сальметерол, формотерол).

теофиллины длительного действия (теопэк, теотард и др.)

Может использоваться:

- специфическая гипосенсибилизация (проводится в период ремиссии);
- антилейкотриеновые препараты (аколат и сингуляр);
- кетотифен;



- иммуномодуляторы бактериального происхождения (IRS-19, бронхомунал, рибомунил).

Немедикаментозные методы:

- респираторная терапия (звуковая гимнастика, абдоминальное дыхание, дыхательные тренажеры, метод интервальной гипоксической тренировки и др.);
- массаж (классический, вибромассаж, точечный);
- иглорефлексотерапия;
- ЛФК;
- физиотерапия (СМВ, ДМВ, магнитотерапия);
- лазеротерапия;
- психотерапия,
- спелеотерапия.

Освобождение от занятий физкультурой на 6 месяцев, далее - специальная группа.

Санаторно-курортное лечение (горноклиматическое лечение, бальнеотерапия):  
 Эссентуки, Кисловодск, Приэльбрусье, курорты на юго-востоке Крыма.

Ведение дневника самонаблюдения.

Образовательные программы (астма-школа).

#### **Задача №4**

Мальчик Иван С., 2-х лет, увидел открытую кладовую комнату, зашел туда и обнаружил бутылку с жидкостью, открыл её и сделал несколько глотков. Отец ребенка услышал громкий плач и почувствовал резкий запах нашатырного спирта в квартире. Когда понял, что произошло, вызвал бригаду «Скорой помощи». Ребенка доставили в приемный покой детской больницы в тяжелом состоянии с жалобами на резкое беспокойство, слюнотечение, повторную рвоту с примесью крови. При осмотре ребенок в сознании, контактен, вялый. Температура тела 38,40С. Кожные покровы бледной окраски, отмечается ожог губ, полости рта, глотки. Глотание затруднено, болезненно, явление дисфонии. Дыхание самостоятельное, адекватное. При аускультации легких выслушиваются разнокалиберные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС -150 в 1 мин., АД - 70/45 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в области эпигастрия. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раз, разжиженный, с примесью крови. Менингеальные знаки отрицательные.

#### **Задание:**

Сформулируйте диагноз.

Алгоритм лечебных мероприятий.

Возможные осложнения, которые могут стать причиной летального исхода.

#### Эталонответакзадаче №4

Отравление нашатырным спиртом.

Неотложная терапия

Рвоту не вызывать! Слабительное не назначать! Энтеросорбенты не назначать!

- 1) Общее обезбоживание - 1% р-р промедола (в/в, в/м 0,1 мл на 1 год жизни), омнопон, трамал.
  - 2) Местное обезбоживание - аэрозоли лидокаина, дикаина. Нейролептаналгезия - 0,25% р-р дроперидола (в/в, в/м 0,15 - 0,2 мг/ кг).
  - 3) Удаление невсосавшегося яда.
    - при попадании на кожу обмывание водой, 5% р-ром уксусной или лимонной кислот, эмульсии с местными анестетиками;
    - при попадании в глаза промывание проточной водой в течение 5 минут, затем изотоническим раствором натрия хлорида в течение 10-30 минут, затем закапывание растворами местных анестетиков;
    - промывание желудка проводят холодной водой, 2% взвесью окиси магния, цельным молоком, водой с добавлением молока (1:1) или яичного белка (на 1 литр воды; - 4 - 5 яичных белков) (если прошло 1 – 2 часа после отравления промывание не проводят!). После промывания – растительное масло 3 – 4 мл/кг.
  - 4) При развитии шока - противошоковая терапия.
3. Причинами летального исхода при отравлении щелочами могут быть осложнения в виде перфорации пищевода, с последующим развитием перизофагита, медиастенита, плеврита, геморрагической пневмонии, перфорации желудка.

#### Задача 5

Две сестры в возрасте 5 и 8 лет, проживающие с родителями в сельской местности, пошли погулять в соседнюю рощу. Там они нашли 2 бледно-сереньких гриба. Девочек недавно в гостях угощали грибами и они решили самостоятельно их приготовить. Дома никого не было. Пожарив грибы, девочки их съели. Вечером они почувствовали недомогание. У обеих повысилась температура до 37,50С, возникли вялость, слабость, рвота и жидкий стул. Вызванный фельдшер, которому не сказали, что девочки съели грибы, поставил диагноз пищевая токсикоинфекция, назначил терапию. Состояние девочек не улучшалось, они были направлены в ЦРБ. На 3-день у девочек появились симптомы желтухи, был диагностирован инфекционный гепатит. У старшей девочки в этот же день появился кровавый стул; было заподозрено сочетание инфекционного гепатита с дизентерией. Состояние девочек ухудшалось и лишь на 4-ый день они были переведены в реанимационное отделение ЦРБ. Через 24 часа старшая девочка погибла при явлениях острой печеночной недостаточности и геморрагического синдрома, младшая выздоровела.

Задание:

1. Вашдиагноз.
2. Укажитенадопущенныеошибки.
3. Назначьтеправильнуюнеотложнуютерапию.

Эталонответакзадаче №5

1. Отравлениегрибами (бледнаяпоганка).
2. Плохо собранный анамнез, неправильный диагноз, неправильное лечение, запоздалый перевод в реанимационное отделение.

### 3. Алгоритм неотложной терапии:

- Промывание желудка - не позднее 6 часов после употребления грибов в пищу
- Энтеросорбция.
- Солевое слабительное.
- Форсированный диурез с ощелачиванием.
- Водно-солевая возмещающая терапия: внутрь - раствор Рингера или специальные растворы типа цитроглюкосолана, регидрона; при выраженной потере жидкости — внутривенное введение растворов калия и натрия хлоридов, комплексов типа раствора Рингера-Локка, «Ди-соль», «Трисоль».
- Лечение острой почечной, печеночной и сердечно-сосудистой недостаточности см. в соответствующих разделах.
- Плазмоферез, гемосорбция.
- Кислородотерапия.

### 8.3.3 Перечень практических навыков. Форма промежуточного контроля - Экзамен

Обучающийся должен владеть следующими навыками

- 1) организацией и проведением профилактических медицинских осмотров, осуществлять диспансерное наблюдение здоровых детей и детей с хроническими заболеваниями в соответствии с действующими порядками и стандартами.
- 2) алгоритмом проведения противозидемических мероприятий и защиты детского населения в очагах инфекционных заболеваний, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.
- 3) методами объективного обследования и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях выявления состояния или заболевания.
- 4) стандартами первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.
- 5) умением разработать тактику ведения и лечения больного ребенка с учетом течения заболевания.
- 6) готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.
- 7) алгоритмом диспансерного наблюдения и проведения восстановительного противорецидивного лечения детей и подростков с различными острыми и хроническими заболеваниями, детей инвалидов.
- 8) алгоритмами диагностики различных отравлений и несчастных случаев у детей и подростков.
- 9) алгоритмами оказания первой врачебной помощи при отравлениях у детей и подростков.
- 10) алгоритмами оказания первой врачебной помощи при несчастных случаях.

### 8.3.4 Перечень контрольных вопросов для собеседования. Форма промежуточного контроля - Экзамен

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

2. Организация контроля за состоянием здоровья детей в образовательных учреждениях.
3. Адаптация детей в ДОО. Виды, особенности течения периода адаптации в зависимости от степени тяжести. Медицинские мероприятия в периоде адаптации.
4. Структура детской поликлиники (приказ МЗиСРРФ от 16.04.2012г. № 366-н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи").
5. Определение, этиология, клиника, диагностика, лечение ЖДА у детей. Методы профилактики, диспансерное наблюдение.
6. Основные этапы организации деятельности детских поликлиник.
7. Группы риска новорожденных. Роль факторов перинатального риска. Организация наблюдения за новорожденными групп направленного риска в детской поликлинике.
8. Организация приема детей в поликлинике. Оснащение кабинета врача педиатра участкового. Регламентируемые нормы выработки врача педиатра участкового.
9. Курорт, определение. Типы курортов. Профили детских санаториев. Общие показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению. Особенности оформления ребенка в детский санаторий.
10. Профилактическая работа врача педиатра участкового; ее виды, содержание.
11. Острая пневмония. Классификация. Этиология, клиника, диагностика. Терапия острой внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях. План диспансерного наблюдения и реабилитации детей с острыми пневмониями.
12. Экспертиза временной нетрудоспособности родителей и подростков в условиях детской поликлиники. Приказ МЗРФ от 29.06.11г. № 624-н, правила выдачи листков нетрудоспособности.
13. Первичная артериальная гипертензия. Классификация. Этиология, клиника, диагностика. Терапия и диспансерное наблюдение.
14. Принципы комплексной оценки состояния здоровья. Критерии здоровья. Группы здоровья, их характеристика. Индекс здоровья.
15. Бронхиальная астма. Классификация. Этиология, клиника, диагностика. Терапия и диспансерное наблюдение.
16. Критерии оценки эффективности работы врача педиатра участкового (Приказ МЗ и СР РФ №283 от 19.04.07).
17. Психомоторное развитие детей раннего возраста, нормативные показатели.
18. Общественное положение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях.
19. Клиника, диагностика, принципы лечения кори у детей. Сроки изоляции больного корью. Порядок наблюдения за контактными детьми, профилактические мероприятия.

20. Лечебная работа врача педиатра участкового. Показания для экстренной госпитализации. Абсолютные и относительные показания для плановой госпитализации.
21. Хронический пиелонефрит. Классификация. Этиология, клиника, диагностика. Диспансерное наблюдение.
22. Сроки проведения медицинских профилактических осмотров детей, объем дополнительного обследования (приказ МЗ РФ от 10.08. 2017 г. №514н)
23. Задачи отделения организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях; основные виды медицинской документации.
24. Объем и сроки проведения периодических профилактических осмотров здоровых детей дошкольного и школьного возрастов в детской поликлинике.
25. Классификация, эпидемиологические особенности гельминтозов, диагностика гельминтозов в условиях детской поликлиники.
26. Основные задачи и направления деятельности детской поликлиники. Типы, категории, структура и штаты детских поликлиник.
27. Стандарт наблюдения новорожденного ребенка врачом педиатром участковым. Задачи первичного врачебно-сестринского патронажа новорожденного; его содержание.
28. Организация диспансерного наблюдения детей, перенесших родовую травму ЦНС. Стандарт наблюдения. Принципы восстановительного лечения.
29. Трихинеллез у детей. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
30. Определение, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика рахита у детей. Организация диспансерного наблюдения, иммунопрофилактики. Показания для госпитализации детей с проявлениями рахита.
31. Правила оформления ребенка в ДООУ и школу. Оценка школьной зрелости.
32. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста. Определение, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика гипотрофии у детей. Диспансерное наблюдение за детьми с дефицитом массы тела.
33. Организация и проведение периодических профилактических осмотров детей в ДООУ. Скрининг-обследование врачами специалистами.
34. Определение понятия «подросток». Состояние здоровья подростков на современном этапе. Биологические особенности подросткового возраста.
35. Основные принципы организации питания детей в ДООУ; виды документации.
36. Порядок оказания медицинской помощи подросткам.
37. Течение периода адаптации детей в ДООУ. Виды адаптации, их клиническая характеристика.
38. Определение, этиология, клиника, диагностика, лечение ЖДА у детей. Методы профилактики, диспансерное наблюдение.
39. Эпидемиология, клиника, диагностика и лечение аскаридоза у детей. Диспансерное наблюдение.

40. Определение, этиология, клиника, диагностика, лечение, атопического дерматита у детей. Диспансерное наблюдение. Профилактические мероприятия.
41. Бальнеотерапия. Факторы воздействия на организм. Типы минеральных вод. Методы бальнеолечения. Особенности внутреннего применения минеральных вод при хронической гастроэнтерологической патологии у детей.
42. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Определение понятий «порядок оказания медицинской помощи» и «стандарт медицинской помощи».
43. Дисфункция билиарного тракта. Классификация. Этиология, клиника, диагностика. Диспансерное наблюдение.
44. Приказ МЗиСРРФ от 16.04.2012 г. № 366-н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи". Основные положения оказания амбулаторно-поликлинической помощи детям.
45. Определение, диагностические критерии и классификация сахарного диабета. Принципы диспансерного наблюдения детей с сахарным диабетом.
46. Содержание плана диспансерного наблюдения. Критерии эффективности диспансерного наблюдения. Схема этапного эпикриза диспансерного больного.
47. Гименолелидоз у детей. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
48. Бесплатное лекарственное обеспечение детей в амбулаторно-поликлинической службе.
49. Хронический гастрит и гастродуоденит. Классификация. Этиология, клиника, диагностика. Диспансерное наблюдение.
50. Дисфункция билиарного тракта. Классификация. Этиология, клиника, диагностика. Диспансерное наблюдение.
51. Лактационные кризы. Виды гипогалактии, причины. Признаки недостаточной лактации. Профилактика и лечение гипогалактии
52. Организационная работа врача педиатра участкового. Планирование оказания амбулаторно-поликлинической помощи детям; её анализ. Основные формы отчетно-учетной документации врача педиатра участкового.
53. Правила оказания медицинской помощи детям и подросткам с ОРЗ на педиатрическом участке: первичный вызов, первичный приём, повторный вызов, повторный приём, активное посещение.
54. Определение, диагностические критерии и классификация сахарного диабета. Принципы диспансерного наблюдения детей с сахарным диабетом.
55. Понятие инвалидность. Определение, причины, критерии инвалидности. Правила оформления инвалидности детей и подростков.
56. Должностные обязанности врача педиатра участкового. Профессиональные компетенции. Требования к квалификации.
57. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, клиника, диагностика. Вторичная и первичная профилактика острой ревматической лихорадки у детей.

58. Стационар на дому. Принципы организации оказания помощи больным детям в условиях стационара на дому.
59. Эпидемиология, клиника, диагностика и лечение гименолепидоза у детей. Диспансерное наблюдение
60. Определение понятия «подросток». Клинические особенности течения соматической патологии у подростков.
61. Профилактика гельминтозов на педиатрическом участке и в детских коллективах.

## **8.4 Семестр 12. Раздел 5. Экстренная помощь на догоспитальном этапе. Организация, принципы диагностики, оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях у детей и подростков**

### **Форма промежуточного контроля— «зачет»**

#### **8.4.1 Тестовый промежуточный контроль**

1. СМП, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается:
  - 1) при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
  - 2) оказывается в соответствии со стандартами медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах
  - 3) СМП медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается населению бесплатно
  - 4) СМП вне обострения заболевания.
2. СМП, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается :
  - 1) амбулаторно
  - 2) вне медицинской организации
  - 3) стационарно
  - 4) в санаториях
3. Оцените правильность ответа: Экстренная МП оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента :
  - 1) правильно, 2) не правильно
4. Причины для вызова СМП в экстренных условиях:
  - 1) нарушения сознания, представляющие угрозу жизни
  - 2) нарушения дыхания, представляющие угрозу жизни
  - 3) внезапные острые заболевания (состояния) без явных признаков угрозы жизни, требующие срочного медицинского вмешательства

- 4) психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц
- 5) внезапный болевой синдром, представляющий угрозу жизни

5. К развитию неотложных состояний у детей предрасполагают:

- 1) анатомо-физиологические особенности
- 2) отягощенность преморбидного фона
- 3) склонность к творчеству
- 4) несовершенство нейрогуморальной регуляции функций организма

6. АФО сердечно-сосудистой системы у детей:

- 1) закрытие фетальных сердечных коммуникаций
- 2) физиологические тахикардия и тахипноэ ( для детей первого года жизни).
- 3) наличие функционального шума над областью сердца
- 4) наличие шума органического характера над областью сердца

7. Задачи врача педиатра СМП на догоспитальном этапе при критических состояниях у детей:

- 1) Как можно раньше начать поддерживающее и замещающее лечение
- 2) выписать в образовательное учреждение
- 3) Стабилизация состояния пациента перед транспортировкой в стационар
- 4) направить больного в лечебное учреждение оптимального профиля

8. Особенности диагностики критического состояния у ребенка на догоспитальном этапе:

- 1) первостепенность оценки состояния функций органов жизнеобеспечения
- 2) стабилизация состояния ребенка (ЦНС, гемодинамики и дыхания)
- 3) тщательное физикальное обследование и сбор анамнеза
- 4) определение правильной последовательности лечебно-тактических решений,
- 4) экстренность и направленность госпитализации больного,
- 5) необходимость помощи специализированных бригад СМП
- 6) все вышеуказанное

9. Дыхательный объём у новорождённого составляет

- 1) 6 мл/кг
- 2) 2 мл/кг
- 3) 10 мл/кг
- 4) 16 мл/кг
- 5) 20 мл/кг

10. Полное расправление лёгких у новорождённого после рождения происходит:

- 1) сразу
- 2) через несколько часов
- 3) через 6 месяцев
- 4) в течение нескольких дней

### Эталоны ответов

1.1), 2), 3); 2. 1), 2), 3); 3. 1); 4) 1), 2), 4), 5); 5. 1), 2), 4); 6.1), 2), 3); 7.1), 3), 4); 8. 6); 9. 1); 10. 2).



## 8.4.2 Ситуационные задачи для промежуточного контроля Форма промежуточного контроля – «зачет»

### Задача №1

Родители 3-х летнего мальчика вызвали бригаду "Скорой помощи".

Из анамнеза известно что 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, сыпь по всему телу с зудом. Ребенок болен в течение 2 дней пневмонией. Участковый врач назначил ампициллин внутримышечно. Первая инъекция препарата была сделана за 30 минут до прибытия бригады "Скорой помощи". В возрасте 2,5 лет ребенок болел острым тонзиллитом, лечился препаратом «ФлемоксинСоллютаб», на который была аллергическая реакция (сыпь).

Ребенок заторможен. На коже лица, туловища, конечностей - уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный липкий пот. Затруднён выдох, частота дыхания 56 минут. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Пульс нитевидный с частотой

160 уд/мин. АД - 60/20 мм рт.ст. Живот доступен пальпации, умеренная болезненность без определенной локализации. Печень +1 см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспускания не было.

Задание.

1. Ваш Диагноз?
2. Неотложная терапия.
3. Дальнейшая тактика лечения.

### Эталон ответа №1

1. Анафилактический шок.
2. Неотложная терапия:
  - Прекратить введение вещества, вызвавшего анафилаксию.
  - Уложить ребенка в положение с приподнятым ножным концом кровати, тепло укрыть, обложить грелками, голову повернуть набок, дать увлажненный кислород.
  - Место инъекции «крестообразно» обколоть 0,1% раствором адреналина из расчета 0,1 мл/год жизни, разведенного в 5 мл изотонического раствора хлорида натрия. Наложить жгут выше места инъекции аллергена (если это возможно) на 30 минут, не сдавливая артерии. При введении аллергенного препарата в нос или глаза необходимо их промыть водой и закапать 0,1% раствором адреналина и 1% раствором гидрокортизона.
  - Одновременно в любой другой участок тела вводить 0,1% раствор адреналина (0,1 мл/год жизни) через каждые 10-15 минут до улучшения состояния, при его прогрессивном ухудшении ввести 0,2% р-р норадреналина в/в в 20 мл 5-10% раствора глюкозы.
  - В/в вводить преднизолон (2-4 мг/кг) или гидрокортизон (10-15 мг/кг), при необходимости через 1 час повторить.
  - При обструктивном синдроме в/в струйно 2,4% раствор эуфиллина 3-4 мг/кг.
  - В/м вводить 2% раствор супрастина или 0,1% раствор тавегила (0,1 мл/год жизни).
  - При сердечной недостаточности 0,06% раствор коргликона (0,01 мг/кг) в/в медленно в 10 мл 10% глюкозы, лазикс (1-2 мг/кг) в/м.
3. Дальнейшая тактика лечения:

Госпитализация обязательна даже при исчезновении угрожающих жизни состояниях в связи с возможностью вторичного шока. В стационаре продолжить мероприятия, указанные выше, при необходимости проводят восполнение ОЦК путем капельного введения 5% раствора глюкозы, реополиглюкина, при отсутствии стабилизации АД вводят в/в капельно 0,2% раствор норадреналина (0,5-1 мл), 0,1% раствор мезатона (1-

2 мл), преднизолон (2-4 мг/кг). В тяжелых случаях при остановке дыхания больного переводят на ИВЛ.

### **Задача № 2.**

Мама ребенка Л., 8 месяцев, обратилась в детскую поликлинику в связи с повышением температуры до 39,8°C и выраженным возбуждением.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро 2 дня назад, когда появились катаральные явления, отмечался подъем температуры тела до 37,4-37,7°C, появились вялость, ребенок стал отказываться от еды и питья. Старшая сестра мальчика больна ОРВИ. На третьи сутки от начала заболевания температура тела повысилась до 39,8°C.

При осмотре отмечается: бледность кожи; возбуждение ребенка; конечности холодные; на осмотр реагирует негативно. Из носа слизистые выделения, зев ярко гиперемирован, налетов нет. ЧД - 54 в минуту. Над всей поверхностью легких перкуторно – звук легочный. Аускультативно с обеих сторон дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, ЧСС - 138 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Задание.

1. Диагноз.
2. Неотложная терапия.
3. Показания к госпитализации.

### **Эталон ответа №2**

1. ОРВИ, гипертермический синдром.
2. Неотложная терапия.
  - Согреть ребенка (грелки к рукам и ногам).
  - Дать внутрь обильное горячее питье.
  - Ввести литическую смесь в/в струйно или в/м: 50% раствор анальгина 0,1 мл/год жизни + тавегил 0,1 мл/год жизни. Литическую смесь можно повторить через 2 часа.
  - Ввести в/в струйно или в/м один или два сосудорасширяющих препарата:
    - но-шпа 0,1-0,2 мл/год жизни;
    - 2% раствор папаверина 0,1 мл/год жизни;
    - 1% раствор никотиновой кислоты 0,1-0,15 мл/год жизни;
    - нитроглицерин под язык до 1 года — 1/4 табл., от 1 года до 3 лет — 1/3 табл., старше 3-х лет — 1/2-1 табл.
  - При отсутствии эффекта ввести в/в струйно медленно 0,25% раствор дроперидола в дозе 0,1 -0,15 мл/кг или 2,5% раствор аминазина в дозе 0,1 мл/ год жизни.
  - Необходимо проведение инфузионной терапии в зависимости от причины, обусловившей развитие гипертермического синдрома.
  - Проведение терапии основного заболевания.
3. Показания к госпитализации и необходимость лечения при фебрильной лихорадке определяются тяжестью основного заболевания или ведущего клинического синдрома.

### **Задача №3.**

Ребенок 2 лет, заболел накануне вечером, когда впервые повысилась температура тела до 38 °С, появились катаральные явления (гиперемия ротоглотки и конъюнктив, насморк). К ночи температура тела повысилась до 40,1 °С. Кожа стала бледной, дистальные части рук и ног холодные на ощупь. Родители дали ребенку парацетамол, но температура не понизилась. Внезапно развился приступ генерализованных судорог тонико-клонического характера,

продолжавшихся около 2 - 3 мин.

Объективно: сознание угнетено до степени сопора, кожа бледная, с мраморным рисунком на ногах, акроцианоз. Тоны сердца приглушены, ЧСС 162 в минуту.

Дыхание везикулярное, ЧД 80 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены в размерах. Менингеальных и очаговых симптомов не выявляется.

Задание.

1. Диагноз.
2. Неотложные мероприятия.

### Эталон ответа №3

1. ОРВИ, фебрильные судороги.
2. Неотложные мероприятия:
  - Уложить ребенка на столе на спину, подложить валик под шею, повернуть голову на бок, выдвинуть нижнюю челюсть, ввести в рот роторасширитель, зафиксировать язык.
  - Провести ревизию верхних дыхательных путей.
  - Назначить кислородотерапию через носовые катетеры.
  - Ввести 0,5% раствор седуксена (реланиума) в дозе 0,1 мл/кг массы (0,3-0,5 мг/кг) в/в в 5-10 мл 0,9% раствора хлорида натрия.
  - Назначить 25% раствор магния сульфата в дозе 0,2 мл/кг, но не более 5 мл, в/м или в/в в 5-10 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия.
  - При повторном приступе судорог ввести 20% раствор оксибутирата натрия в дозе 0,25-0,4 мл/кг массы в/м или в/в в 10-20 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия; или 0,25% раствор дроперидола в дозе 0,3 мг/кг массы. При отсутствии эффекта от введенного противосудорожного средства в течение 25 минут вводят последующий противосудорожный препарат. При более раннем его введении возможны кумуляция и угнетение дыхания.
  - При остановке дыхания назначить ИВЛ.
  - Одновременно устраняют причину, вызвавшую появление судорог

### Задача №4

К ребёнку 8 мес, вызвана бригада «Скорой помощи» по поводу приступа судорог.

Анамнез: находится на грудном вскармливании, имеются признаки рахита II степени, подострое течение. На фоне остаточных проявлений ОРВИ (редкий кашель, насморк, температура тела – 36,60 С) появился приступ тонических судорог (дважды в течение дня), без потери сознания. При осмотре врач выявил преходящий карпопедальный спазм, положительный симптом Труссо. В конце осмотра внезапно возник ларингоспазм в виде инспираторной одышки и звучного вдоха.

Задание.

1. Диагноз.
2. Неотложная терапия.

### Эталон ответа №4

1. Рахит, период разгара, спазмофилия, судорожный синдром, ларингоспазм.
2. Неотложная терапия.
  - Уложить ребенка на столе на спину, подложить валик под шею, повернуть голову на бок, выдвинуть нижнюю челюсть, ввести в рот роторасширитель, зафиксировать язык.
  - Назначить кислородотерапию через носовые катетеры.

- Кальция глюконат в/в в дозе 0,5–1 г.
- Ввести 0,5% раствор седуксена (реланиума) в дозе 0,1 мл/кг массы (0,3-0,5 мг/кг) в/в в 5-10 мл 0,9% раствора хлорида натрия.
- Назначить 25% раствор магния сульфата в дозе 0,2 мл/кг, но не более 5 мл, в/м или в/в в 5-10 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия.
- Устранить причину, вызвавшую появление судорог.
- Лечение рахита: витамин D, препараты кальция внутрь после проведения экстренных мероприятий, препараты магния (аспарагинат, панангин) и др.

### **Задача №5**

В школе Маша В., 15 лет, после выполнения контрольной письменной работы в душном помещении попросила разрешение выйти и в коридоре внезапно упала, потеряв сознание.

Объективно: бледная, зрачки слегка расширены, глазные яблоки «плавают», дыхание поверхностное, проводится во все отделы, ЧД 20 в минуту.

Тоны сердца громкие, пульс хорошего наполнения, ЧСС 62 в минуту. АД 105/75 мм рт. ст. Живот мягкий. Температура тела на ощупь нормальная.

Задание.

1. Диагноз.
2. Неотложные мероприятия.

### **Эталон ответа №5**

1. Обморок.

2. Неотложные мероприятия:

- Придать ребенку горизонтальное положение с приподнятым на 50-60 град, ножным концом (если условия не позволяют усадить больного, опустить голову на колени).
- Расслабить стесняющие дыхание элементы одежды.
- Использовать рефлекторные воздействия: сбрызнуть лицо и шею холодной водой, дать вдохнуть пары нашатырного спирта или уксуса.
- При выраженной артериальной гипотензии назначить 1 % раствор мезатона 0,1 мл/год в/в струйно или в/м.
- При затянувшемся обмороке ввести кордиамин 0,5-1,0 мл п/к и/или 10% раствор кофеин-бензоата натрия 0,1 мл/кг п/к;
- При гипогликемическом состоянии ввести 20-40% раствор глюкозы 20-40 мл в/в струйно;
- При брадикардии и приступе Морганьи—Адамса—Стокса ввести 0,1% раствор атропина в дозе 0,1 мл/кг в/в струйно.
- При обмороках кардиального генеза показана госпитализация.

### **8.4. 3 Промежуточный контроль практических навыков. Вид контроля – «зачет»**

- 1) методами объективного обследования и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях выявления состояния или заболевания;
- 2) стандартами первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
- 3) умением разработать тактику ведения и лечения больного ребенка с учетом течения заболевания;

- 4) владеть методами оказания экстренной помощи детям при неотложных состояниях на догоспитальном этапе (искусственная вентиляция легких, непрямой массаж сердца);
- 5) разработать тактику оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при неотложных состояниях;
- 6) владеть методикой промывания желудка;
- 7) владеть методикой очищения кишечника;
- 8) использовать метод форсированного диуреза для удаления всасавшегося яда;
- 9) владеть методикой нейролептанальгезии при нарушении функций ЦНС у детей;
- 10) алгоритмами оказания первой врачебной помощи при различных неотложных состояниях, отравлениях и несчастных случаях.

#### **8.4.4 Контрольные вопросы для собеседования. Форма промежуточного контроля – «зачет»**

- 11) Организация, основные задачи и медико-тактическая классификация уровней помощи при угрожающих состояниях у детей.
- 12) Организация службы неотложной и скорой медицинской помощи.
- 13) Этика и деонтология в работе врача неотложной и скорой помощи. Задачи, оснащение, врачебная тактика.
- 14) Принципы диагностики и методы реанимации угрожающих и терминальных состояний на догоспитальном этапе. Основные методы терапии.
- 15) Объем неотложной помощи, организационные аспекты. Показания к госпитализации, условия транспортировки.
- 16) Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при синдромах острой дыхательной недостаточности у детей.
- 17) Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при синдромах острой недостаточности кровообращения (обморок, коллапс, шок) у детей.
- 18) Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при синдромах острой и хронической сердечно-сосудистой недостаточности у детей.
- 19) Оказания экстренной помощи при гипергликемической кетоацидотической коме на догоспитальном этапе.
- 20) Гипогликемическая кома, определение, клиника, первая врачебная помощь.
- 21) Гипертиреодный криз, клиника, первая врачебная помощь.
- 22) Острая надпочечниковая недостаточность, определение, клиника, первая врачебная помощь.
- 23) Судорожный синдром у детей. Клиническая дифференциальная диагностика, первая помощь при фебрильных судорогах.
- 24) Нейротоксикоз, определение, клиническая диагностика, первая врачебная помощь.
- 25) Токсикоз с эксикозом. Клиническая картина, первая врачебная помощь при различных вариантах.
- 26) Тактика врача и первая врачебная помощь при эксикозе и ангидремическом шоке на догоспитальном этапе.
- 27) Лихорадка, варианты, клиническая диагностика, первая врачебная помощь.
- 28) Неотложная помощь при крапивнице у детей. Показания к госпитализации.
- 29) Неотложная помощь при отеке Квинке у детей и подростков.
- 30) Анафилактический шок, клиника, первая врачебная помощь.
- 31) Диагностика, терапия синдрома Лайелла, сывороточная болезнь. Тактические решения, условия транспортировки.
- 32) Приступы бронхиальной астмы, тактика и первая врачебная помощь, показания к госпитализации. Лечебно-тактические мероприятия при астматическом статусе.
- 33) Астматический статус. Лечебно-тактические мероприятия на догоспитальном

этапе.

- 34) Диагностика и первая врачебная помощь при нейроинфекции.
- 35) Инфекционно-токсический шок при менингококкцемии, диагностика, первая врачебная помощь.
- 36) Этиология и патогенез.
- 37) Эпидемиологическая характеристика.
- 38) Алгоритм обследования пациента с подозрением на COVID-19.
- 39) Клинические особенности коронавирусной инфекции.
- 40) Лабораторная диагностика коронавирусной инфекции
- 41) Лечение коронавирусной инфекции
- 42) Профилактика коронавирусной инфекции

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

Критерии	Уровни сформированности компетенций		
	<i>Пороговый</i>	<i>Достаточный</i>	<i>Высокий</i>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется пороговый, удовлетворительный уровень устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности, устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности, высокая адаптивность практического навыка

## 10. Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение	Обучающийся демонстрирует способность к полной

<p>знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины</p>	<p>знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.</p>	<p>знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке</p>	<p>самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.</p>
---	---	---	---

## 11. Критерии оценивания форм контроля:

### 11.1 Собеседования:

Отметка	Описание
отлично	<p>Отметкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.</p>
хорошо	<p>Отметкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение</p>

	объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
удовлетворительно	Отметкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании процессов изучаемой предметной области, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
неудовлетворительно	Отметкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание процессов изучаемой предметной области, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

### 11.2 Шкала оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

### 11.3 Ситуационных задач:

Отметка	Описание
отлично	Демонстрация полного понимания проблемы.



	Способность анализировать ситуацию, делать выводы Демонстрация уверенных навыков решения ситуации Демонстрация профессионального мышления
хорошо	Демонстрация значительного понимания проблемы. Способность анализировать ситуацию Демонстрация навыков решения ситуаций Демонстрация профессионального мышления
удовлетворительно	Демонстрация частичного понимания проблемы. Демонстрация недостаточной способности анализировать ситуацию Демонстрация недостаточных навыков решения ситуаций
неудовлетворительно	Демонстрация непонимания проблемы. Не было попытки решить задачу.

#### 11.4 Навыков:

Отметка	Описание
отлично	обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений
хорошо	обучающийся обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет
удовлетворительно	обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем
неудовлетворительно	обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики

	выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки
--	---

## 12. Критерии оценивания при зачёте

Отметка в зачётке	Описание
зачтено	Отметкой "ЗАЧТЕНО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
не зачтено	Отметкой "НЕ ЗАЧТЕНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание процессов изучаемой предметной области, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

### 12.1 Навыков:

Отметка	Дескрипторы		
	системность теоретических знаний	знания методики выполнения практических навыков	выполнение практических умений
отлично	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	устойчивые знания методики выполнения практических навыков	самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений
хорошо	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и	устойчивые знания методики выполнения практических навыков;	самостоятельность и правильность выполнения

	противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д., допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются	допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются	практических навыков и умений
удовлетворительно	удовлетворительные теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	знания основных положений методики выполнения практических навыков	самостоятельность выполнения практических навыков и умений, но допускаются некоторые ошибки, которые исправляются с помощью преподавателя
неудовлетворительно	низкий уровень знаний о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д. и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки	низкий уровень знаний методики выполнения практических навыков	невозможность самостоятельного выполнения навыка или умения

## 12.2 Презентации/доклада

Отметка	Дескрипторы			
	Раскрытие проблемы	Представление	Оформление	Ответы на вопросы
Отлично	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы обоснованы.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.	Широко использованы информационные технологии. Отсутствуют ошибки в представляемой информации.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и/или пояснений.
Хорошо	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны и/или обоснованы.	Представляемая информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2 профессиональных терминов.	Использованы информационные технологии. Не более 2 ошибок в представляемой информации	Ответы на вопросы полные и/или частично полные
Удовлетворительно	Проблема раскрыта не полностью.	Представляемая информация не систематизирована	Использованы информационные технологии	Только ответы на элементарные

	Выводы не сделаны и/или выводы не обоснованы.	и/или не последовательна. Использован 1-2 профессиональный термин.	частично. 3-4 ошибки в представляемой информации.	вопросы.
Неудовлетворительно	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы.	Представляемая информация логически не связана. Не использованы	Не использованы информационные технологии. Больше 4 ошибок	Нет ответов на вопросы.

**14. ЧЕК-ЛИСТ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ ПРОЦЕДУРЫ**  
(чек-лист для второй (комиссионной) пересдачи в случае, если изучение дисциплины завершается зачётом, дифференцированным зачётом, экзаменом)

№	Экзаменационное мероприятие*	Баллы
1	Решение вопросов тестового контроля	25
2	Оценка практических навыков	15
3.	Решение ситуационной задачи	25
4.	Собеседование по вопросам билета (2 вопроса)	35
Итого за экзаменационную процедуру максимальное кол-во баллов:		100

\* Указываются конкретные виды, этапы проведения экзаменационной процедуры, баллы за каждый из этапов, из расчета max 100 баллов в целом за экзаменационную процедуру.

Сумма баллов	Оценки
85 -100	5
71 - 84	4
60 -70	3
60 - 100	зачтено
0-59	2