

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 08.08.2023 16:09:31
Уникальный программный ключ: Тихоокеанский государственный медицинский университет
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a98512657b781aa018b68e7041d4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
Тихоокеанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт педиатрии

УТВЕРЖДЕНО
на заседании института педиатрии
от «15» 08 2022 г.,
протокол № 8
Директор института
Шуматова Т.А.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Б1.Б.01 ПЕДИАТРИЯ

(наименование учебной дисциплины)

базовая часть

(Цикл дисциплины и его часть (базовая, вариативная, дисциплина по выбору))

31.08.19 Педиатрия

(уровень подготовки кадров высшей квалификации)

(наименование ОПОП ВО направления подготовки или специальности с указанием кода)

Составитель: Григорян Л.А.

Владивосток 2022

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фонд оценочных средств (ФОС) включает в себя оценочные средства, с помощью которых можно оценивать поэтапное формирование компетенций в процессе проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине Педиатрия.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций, отражённых в карте компетенции.

1.1. Карта компетенций по дисциплине

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины	Оценочные средства
1	ПК – 1; ПК – 2; ПК – 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11; ПК – 13; УК – 3	Общие вопросы педиатрии	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач
2	ПК – 1; ПК – 2; ПК – 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11; ПК – 13; УК – 3	Физиология и патология новорожденных и детей раннего возраста	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач
3	ПК – 1; ПК – 2; ПК – 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11; ПК – 13; УК – 3	Физиология и патология детей старшего возраста	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач

1.2. Перечень оценочных средств

№ п/п	Название оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Вид комплектации оценочным средством в ФОС
1	2	3	4
1	Вопросы	Средство контроля на практическом занятии, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Комплект вопросов для устного собеседования
2	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий Задания для клинических ситуаций

2. УРОВНЕВАЯ ШКАЛА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

2.1. Показатели для оценки ответа в привязке к компетенциям и шкале оценивания

№	Показатели оценивания	Коды	Шкала
---	-----------------------	------	-------

п/п		компетенций, проверяемых с помощью показателей	оценивания Оценка/ уровень сформированной компетенций
1	Обучающийся имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала по дисциплине; не способен аргументированно и последовательно его излагать, допускает грубые ошибки в ответах, неправильно отвечает на задаваемые комиссией вопросы или затрудняется с ответом; не подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой	ПК – 1; ПК – 2; ПК – 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11; ПК – 13; УК – 3	Неудовлетворительно / не сформирован
2	Обучающийся показывает знание основного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности; при ответе на вопросы билета и дополнительные вопросы не допускает грубых ошибок, но испытывает затруднения в последовательности их изложения; не в полной мере демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой на минимально допустимом уровне	ПК – 1; ПК – 2; ПК – 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11; ПК – 13; УК – 3	Удовлетворительно / пороговый
3	Обучающийся показывает полное знание программного материала, основной и дополнительной литературы; дает полные ответы на теоретические вопросы билета и дополнительные вопросы, допуская некоторые неточности; правильно применяет теоретические положения к оценке практических ситуаций; демонстрирует хороший уровень освоения материала и в целом подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой	ПК – 1; ПК – 2; ПК – 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11; ПК – 13; УК – 3	хорошо / продвинутый
4	Обучающийся показывает всесторонние и глубокие знания программного материала, знание основной и дополнительной литературы; последовательно и четко отвечает на вопросы билета и дополнительные вопросы; уверенно ориентируется в проблемных ситуациях; демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, делать правильные выводы, проявляет творческие способности в понимании,	ПК – 1; ПК – 2; ПК – 5; ПК – 6; ПК – 8; ПК – 9; ПК – 11; ПК – 13; УК – 3	отлично/высокий

	изложении и использовании программного материала; подтверждает полное освоение компетенций, предусмотренных программой		
--	--	--	--

3. Карта компетенций

Проект профессионального стандарта "Врач-педиатр", проект приказа подготовлен Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 09.11.2018

	I. Наименование компетенции	Индекс	Формулировка
К	Универсальные	УК - 3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
К	Профессиональная	ПК – 1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
К	Профессиональная	ПК - 2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
К	Профессиональная	ПК - 5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
К	Профессиональная	ПК - 6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи
К	Профессиональная	ПК - 8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной

			терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
К	Профессиональная	ПК - 9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
К	Профессиональная	ПК - 11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
К	Профессиональная	ПК - 13	готовностью к раннему выявлению злокачественных новообразований у детей и подростков, разработке программ лечения, наблюдения и реабилитации
Ф	II. Наименование функции	Код	Трудовые действия в рамках трудовой функции, знания и умения, обеспечивающие выполнение трудовой функции
Б Оказание специализированной медицинской помощи по профилю «педиатрия» в стационарных условиях и условиях дневного стационара			
Ф	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза	Б/01.8	<p>Получение данных о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком</p> <p>Получение информации о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте)</p> <p>Получение информации о профилактических прививках</p> <p>Получение информации о реакции Манту и Диаскин-тесте</p> <p>Получение информации об анамнезе жизни ребенка, в том числе от какой беременности и какой по счету ребенок, об исходах предыдущих беременностей, о течении настоящей беременности и родов, состоянии ребенка при рождении и в период новорожденности, о времени прикладывания к груди, времени и последовательности введения докорма, прикорма, продолжительности грудного, смешанного или искусственного вскармливания</p> <p>Сбор жалоб у ребенка (его законных представителей)</p> <p>Получение информации об анамнезе заболевания у ребенка (его законных представителей)</p> <p>Интерпретация информации, полученной от ребенка (его законных представителей)</p> <p>Осмотр и оценка у ребенка в соответствии с действующей методикой кожных покровов, подкожно-жировой клетчатки, ногтей, волос,</p>

		<p>видимых слизистых, лимфатических узлов, костей, суставов, дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной систем; оценка соответствия паспортному возрасту физического и психомоторного развития ребенка; определение массы тела и роста, индекса массы тела ребенка различного возраста; оценка физического и психомоторного развития ребенка</p> <p>Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований ребенка</p> <p>Направление ребенка на лабораторное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Направление ребенка с на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Направление ребенка на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Интерпретация результатов осмотра, лабораторного и инструментального обследования ребенка</p> <p>Выявление симптомов и синдромов осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у ребенка</p> <p>Интерпретация результатов осмотра ребенка врачами-специалистами</p> <p>Проведение дифференциального диагноза с другими болезнями в соответствии с действующими порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Установление диагноза с учетом действующей</p>
--	--	---

			<p>МКБ</p> <p>Обоснование необходимости направления ребенка для оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара в соответствии с действующими порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи детям</p> <p>Определение медицинских показаний для оказания неотложной медицинской помощи детям.</p> <p>Определение медицинских показаний для оказания паллиативной помощи детям</p>
Ф	<p>Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности</p>	Б/02.8	<p>Разработка плана лечения детей с заболеваниями и (или) состояниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания детям с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у детей с заболеваниями и (или) состояниями</p> <p>Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии детям с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения у детей с</p>

			заболеваниями и (или) состояниями Оказание паллиативной медицинской помощи детям при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками Оказание медицинской помощи в неотложной форме детям с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Ф	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	Б/03.8	Составление плана мероприятий медицинской реабилитации детей с заболеваниями и (или) состояниями, с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Направление детей с заболеваниями и (или) состояниями к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Проведение мероприятий по медицинской реабилитации детей с заболеваниями и (или) состояниями, с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Контроль выполнения мероприятий по медицинской реабилитации детей с заболеваниями и (или) состояниями, с учетом

			<p>возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в том числе индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов, составленной врачами-специалистами, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оценка эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации детей с заболеваниями и (или) состояниями, с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей-инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначение санаторно-курортного лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям</p> <p>Контроль реализации санаторно-курортного лечения детей с заболеваниями и (или) состояниями с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям</p> <p>Оценка эффективности и безопасности реализации санаторно-курортного лечения детей с заболеваниями и(или) состояниями с учетом возраста ребенка, диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям</p>
Ф	Проведение медицинских экспертиз	Б/04.8	<p>Определение нарушений в состоянии здоровья детей, приводящих к ограничению их жизнедеятельности</p> <p>Направление детей с нарушениями, приводящими к ограничению их</p>

			<p>жизнедеятельности, для прохождения медико-социальной экспертизы Направление детей с нарушениями, приводящими к ограничению их жизнедеятельности, в службу ранней помощи</p> <p>Определение необходимости ухода за ребенком с заболеваниями и (или) состояниями и выдачи листка временной нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи одному из членов семьи (опекун, попечитель, иной родственник) фактически осуществляющему уход)</p> <p>Подготовка необходимой медицинской документации для детей с заболеваниями и (или) состояниями для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы</p>
Ф	<p>Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	Б/05.8	<p>Пропаганда здорового образа жизни Проведение санитарно-просветительной работы среди детей, их законных представителей и лиц, осуществляющих уход за ребенком</p> <p>Формирование у детей, их законных представителей и лиц, осуществляющих уход за ребенком, здорового образа жизни с учетом возраста и состояния здоровья (режим дня, сна и отдыха, питание, двигательная активность, закаливание и пр.)</p> <p>Формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья детей. Организация проведения санитарно-просветительной работы в случае возникновения очага инфекции</p> <p>Назначение профилактических мероприятий детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Контроль за соблюдением профилактических мероприятий</p> <p>Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней</p> <p>Заполнение и направление в установленном порядке экстренного извещения о случае инфекционного, паразитарного, профессионального и другого заболевания, носительства возбудителей инфекционных болезней, отравления, неблагоприятной реакции,</p>

			связанной с иммунизацией, укуса, ослонения, оцарапывания животными в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор Проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ
Ф	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Б/06.8	Составление плана работы и отчета о своей работе Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Контроль выполнения должностных обязанностей, находящихся в распоряжении медицинских работников Участие в обеспечении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Соблюдение правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности Использование медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Использование в работе персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну
Ф	Оказание медицинской помощи в экстренной форме	Б/07.8	Оценка состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме Оказание медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания) Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме

II. Компонентный состав компетенций: ПК – 1		
Перечень компонентов	Технология формирования	Средства и технологии оценки
Знает: - общие вопросы организации педиатрической помощи в РФ;	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: - выявлять и осуществлять мониторинг факторов риска развития заболеваний, осуществлять первичную профилактику в группах высокого риска;	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: - способностью осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
II. Компонентный состав компетенций: ПК – 2		
Знает: - принципы диспансеризации здоровых и больных детей и подростков	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: - выявлять и осуществлять мониторинг факторов риска развития заболеваний, осуществлять первичную профилактику в группах высокого риска	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: - способностью осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
II. Компонентный состав компетенций: ПК – 5		
Знает: - анатомо-физиологические особенности организма плода и ребенка; взаимосвязь	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные

функциональных систем организма и их регуляцию; современные методы клинической и параклинической диагностики основных нозологических форм и патологических состояний	технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	технологии
Умеет: - выполнять перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: - способностью и готовностью к постановке диагноза заболеваний у детей и подростков на основании адекватно спланированного диагностического обследования	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
II. Компонентный состав компетенций: ПК – 6		
Знает: - современные методы терапии основных соматических и инфекционных заболеваний и патологических состояний	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: - организовать стационар на дому	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: - способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия заболеваниях у детей и подростков	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
II. Компонентный состав компетенций: ПК – 8		
Знает: - вопросы реабилитации и диспансерного наблюдения при различных заболеваниях, санаторно-курортное лечение	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: - разрабатывать и выполнять индивидуальные программы реабилитации детей;	Контактная работа Кейс-технологии	Демонстрация практических навыков

способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма	Имитационные технологии Самостоятельная работа	Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к использованию методов лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
II. Компонентный состав компетенций: ПК – 9		
Знает: - вопросы санитарно-просветительной работы с родителями и детьми	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: - осуществлять пропаганду здорового образа жизни и профилактику заболеваний	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: - способностью и готовностью проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
II. Компонентный состав компетенций: ПК – 11		
Знает: - медико-статистические показатели оказания медицинской помощи детям	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: - дать оценку качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-	Контактная работа Кейс-технологии	Демонстрация практических навыков

статистических показателей	Имитационные технологии Самостоятельная работа	Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: - способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы РФ);	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
II. Компонентный состав компетенций: ПК – 13		
Знает: - этиологию, клинику, диагностику, принципы лечения онкологических заболеваний у детей и при развитии осложнений, вопросы диспансеризации, реабилитации и профилактики	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Блиц-опрос Тестирование Реверсивные технологии
Умеет: - выявлять симптомы и синдромы онкологической патологии у детей и подростков	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Участие в олимпиадах и конкурсах
Владеет: - составлением программ обследования, лечения осложнений, диспансерного наблюдения и реабилитационных мероприятий при онкологической патологии у детей и подростков	Контактная работа Кейс-технологии Имитационные технологии Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация
II. Компонентный состав компетенций: УК – 2		
Перечень компонентов	Технология формирования	Средства и технологии оценки
Знает: организационную структуру управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи;	Контактная работа Электронные образовательные ресурсы Самостоятельная работа	Тестирование
Умеет: работать с коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Контактная работа Электронные образовательные ресурсы Самостоятельная работа	Демонстрация практических навыков Презентации
Владеет: готов самостоятельно использовать знания организационной структуры, управленческой и	Контактная работа Электронные образовательные	Зачет с оценкой

экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи для эффективного управления коллективом, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	ресурсы Самостоятельная работа	
--	-----------------------------------	--

III. Дескрипторы уровней освоения компетенции	
Ступени уровней освоения компетенции	Отличительные признаки
Пороговый	Воспроизводит термины, основные понятия
Продвинутый	Выявляет взаимосвязи между понятиями и событиями
Высокий	Предлагает расширенный объем информации

3.1 Тестовые задания

Тестовый контроль по Б1.Б.01 Педиатрия

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19.	Специальность Педиатрия
К	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
Ф	Б/02.08	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
Ф	Б/05.08	Проведение медицинских экспертиз
И		ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)
Т		<p>Тестовые задания</p> <p>Наиболее существенным параметром, подтверждающим гемолитическую болезнь новорожденных по системе АВО следует считать:</p> <p>микросфероцитоз у ребенка</p> <p>*обнаружение иммунных антител анти-А и анти-В в крови матери</p> <p>наличие у матери группы крови О у ребенка А (II) или В (III)</p> <p>снижение осмотической резистентности эритроцитов ребенка</p> <p>«Первый перекрест» в лейкоцитарной формуле происходит:</p>

на 2-3 день жизни
*на 5-6 день жизни
на 4-5 году жизни
к 12 мес. жизни

«Второй перекрест» в лейкоцитарной формуле происходит:
на 2-3 году жизни
на 5-6 день жизни
*на 4-5 году жизни
к 9-10 годам жизни

Для исключения коарктации аорты при артериальной гипертензии наиболее информативно:
определение в моче альдостерона
определение в моче катехоламинов
определение альдостерона плазмы
*измерение артериального давления на ногах

Отсроченность кровотечения характерна для типа кровоточивости:
*гематомного
васкулитно-пурпурного
пятнисто-петехиального
смешанного

Факторы, принимающие участие в остановке кровотечения в сосудах низкого давления:
витамин К
*тромбоциты
серотонин
VIII фактор

Количество факторов, которые принимают участие в плазменном процессе свёртывания
8
*13
17
9

Витамин D
увеличивает продукцию паратгормона
*способствует всасыванию Ca из желудочно-кишечного тракта
блокирует канальцевую реабсорбцию Ca
повышает уровень щелочной фосфатазы в крови

В связывании и накоплении кальция участвует
*лимонная кислота
уксусная кислота
соляная кислота
щавелевая кислота

Для скрининг-теста на фенилкетонурию используют определение уровня фенилаланина:

- * в моче
- в крови
- в слюне
- в спинномозговой жидкости

Собирать мочу на посев рекомендуется:

- пункцией мочевого пузыря
- * из средней струи в стерильную посуду при катетеризации мочевого пузыря
- из суточной мочи

Обязательным условием корректного проведения УЗИ почек и мочевыводящих путей является:

- наполненный желудок
- * наполненный мочевой пузырь
- уровень артериального давления выше 70/40 мм рт. ст.
- уровень pO₂ крови выше 80%

При УЗИ пирамиды в почках у детей являются:

- следствием внутриутробной гипоксии
- * вариантом нормы
- вариантом кистозной дисплазии
- вариантом обструктивной уропатии

В понятие нефрон входит:

- * клубочек и система канальцев
- проксимальный и дистальный канальцы
- проксимальный и дистальный канальцы, петля Генле
- клубочек и проксимальный отдел канальца

Почка секретирует:

- альдостерон
- * ренин
- андрогены
- минералокортикоиды

Концентрация мочи у ребенка достигает уровня взрослого в возрасте:

- 1-й недели
- * 5 лет
- 6 месяцев
- 10 лет

В норме выделяется с мочой:

- 1/3 объема выпитой жидкости
- * 2/3 объема выпитой жидкости
- 1/4 объема выпитой жидкости
- 1/5 объема выпитой жидкости

Разрешить проведение профилактических прививок ребенку,

		<p>перенесшему инфекционный гепатит можно после выздоровления не ранее чем через:</p> <p>1 месяц 2 месяца *6 месяца 12 месяцев</p> <p>При каких формах туберкулеза у матери можно сохранить грудное вскармливание:</p> <p>*туберкулез легких в фазе кальцинации туберкулез молочной железы диссеминированный туберкулез активный туберкулез легких при наличии бактериовыделения</p> <p>В адаптационной реакции организма в большей степени участвуют</p> <p>вегетативная нервная система гипофиз щитовидная железа *надпочечники</p> <p>Введение прикорма ребенку с пищевой аллергией рекомендуется в возрасте</p> <p>10 месяцев *6 месяцев 4-х месяцев после 12 месяцев</p> <p>Период новорожденности длится</p> <p>31 день 14 дней *28 дней 30 дней</p> <p>После рождения здорового новорожденного ребенка пуповину следует пережимать сразу после рождения</p> <p>*в течение первых 30 секунд после рождения через 1-2 мин после рождения через 3-5 мин после рождения</p>
К	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
Ф	Б/01.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	Б/05.8	Проведение медицинских экспертиз

И	<p>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</p>
Т	<p>Тестовые задания</p> <p>Поражение почек реже наблюдается при: *склеродермии системной красной волчанке геморрагическом васкулите амилоидозе</p> <p>Чаще артериальной гипертензией сопровождается: системная красная волчанка *первичный гиперальдостеронизм болезнь Шенлейна – Геноха пиелонефрит</p> <p>Частое мочеиспускание является симптомом, характерным для хронической почечной недостаточности *для воспаления мочевыводящих путей для гломерулонефрита для тубулоинтерстициального нефрита</p> <p>Амилоидоз чаще развивается при *ревматоидном артрите гломерулонефрите тубулоинтерстициальном нефрите пиелонефрите</p> <p>Гемолитическая анемия, связанная с нарушением структуры мембраны гемолитическая болезнь новорождённых *овалоцитоз талассемия серповидноклеточная анемия</p> <p>При гемолизе в биохимическом анализе крови характерны снижение уровня сывороточного железа снижение уровня кальция повышение активности трансаминаз *повышение уровня непрямого билирубина</p> <p>Допустимое количество остаточной мочи в мочевом пузыре у ребенка 10 лет составляет *20-30 мл 100 мл 80 мл 40-60 мл</p> <p>Повышение активности ферментов в моче характерно для *гломерулонефрита хронического цистита острого цистита нейрогенной дисфункции мочевого пузыря</p>

Гломерулонефрит является заболеванием
*иммунокомплексным
неиммунным
микробно-воспалительным
вирусным

Для ребенка 10 лет характерное количество мочеиспусканий
*4-6 раз в сутки
7-8 раз в сутки
до 10 раз в сутки
до 2-3 раз в сутки

Смешанная форма гломерулонефрита чаще развивается
с 1 года до 2 лет
с 3 до 5 лет
*после 8-10 лет
в любом возрасте

Нефротическая форма гломерулонефрита чаще развивается в
возрасте
до 1 года
*с 1 года до 7 лет
в пубертатном возрасте
в любом возрасте

По цветовому показателю периферической крови судят
о регенераторной функции костного мозга
о содержании кислорода в крови
*о содержании гемоглобина в эритроцитах
об уровне церулоплазмينا в крови

Уровень сывороточного железа в норме у детей от 1 мес. до 6
лет жизни
5,0-19,3 мкмоль/л
16,1-25,1 мкмоль/л
3,3-9,3 мкмоль/л
*9,3-33,6 мкмоль/л

Уровень эритроцитов при лёгкой анемии у детей старше 1 мес.
жизни ($10^{12}/л$)
5,5-6,5
4,5-5,4
4,0-3,8
*3,5-3,0

Уровень эритроцитов при тяжёлой анемии у детей старше 1
мес. жизни ($10^{12}/л$)
менее 4,5
*менее 2,5
менее 3,0
менее 3,5

Уровень гемоглобина при железодефицитной анемии средней степени тяжести у детей старше 1 мес. жизни (г/л)

*90-70

110-120

100-90

60-70

Нормальная оценка по шкале Апгар

2-4 балла

3-5 баллов

4-6 баллов

*7 баллов и более

Перед посещением плавательного бассейна рекомендуется проведение:

рентгенограммы сердца

тахисцилографии

*ЭКГ

ЭХО-КГ

Мальчику 8 лет перед началом занятий в секции «карате» необходимо проведение:

Эхо-КГ

*ЭКГ

рентгенографии

реографии

У подростков является вариантом нормы

синусовая тахикардия

*синусовая аритмия

наджелудочковая экстрасистолия

желудочковая экстрасистолия

Характер выделения гонадотропных гормонов, присущий нормальному менструальному циклу, устанавливается

*в 16-17 лет

в 14-15 лет

в 12-13 лет

в 10-11 лет

Пигментация сосков и увеличение молочных желёз происходит обычно

в 10-11 лет

*в 12-13 лет

в 14-15 лет

в 16-18 лет

У мальчиков первым пубертатным изменением является

увеличение щитовидного хряща

		<p>оволосение лобка *мутация голоса оволосение подмышечных впадин</p> <p>Средняя длительность полового созревания составляет: 3 года *5 лет 7 лет 10 лет</p>
К	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Ф	Б/01.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
Ф	Б/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)
Т		<p>Тестовые задания</p> <p>Для нефротического синдрома характерна: *значительная протеинурия, гипоальбуминемия гиполипидемия гипертония гипофибриногенемия</p> <p>При гипопластических анемиях происходит: увеличение внутригрудных лимфатических узлов увеличение лимфатических узлов брюшной полости увеличение лимфатических узлов забрюшинного пространства *увеличения лимфатических узлов нет</p> <p>Уровень тромбоцитов при тяжёлой тромбоцитопении: менее 100 менее 90 менее 70 *менее 50</p> <p>Особенности клинического анализа крови при анемии Минковского-Шоффара: полихромазия гипохромия *микросфероцитоз ретикулоцитоз</p> <p>Правильная тактика применения препаратов железа</p>

до нормализации гемоглобина
*до нормализации уровня ферритина крови
в течение 2 недель
до исчезновения бледности кожных покровов

Основной гематологический признак гемолиза
*ретикулоцитоз
анемия
повышение СОЭ
полицитемия

Для исключения вазоренальной гипертензии наиболее информативна
экскреторная урография
УЗИ почек
*ренальная ангиография
биопсия почек

Не является причиной гипохромной анемии:
дефицит железа
нарушение порфиринового обмена
нарушение структуры цепей глобина
*гемолиз

Морфологическую характеристику лейкоцитов в осадке мочи можно уточнить при их количестве:
2-5 лейкоцитов в поле зрения
*30 и более лейкоцитов в поле зрения
5-10 лейкоцитов в поле зрения
50 и более лейкоцитов в поле зрения

Рентгеноконтрастное исследование мочевой системы больному с пиелонефритом целесообразно провести:
на высоте активности процесса
*при стихании процесса
при улучшении самочувствия
при нормализации температуры

Деформация нижних конечностей характерна:
*для фосфат-диабета
для хронического пиелонефрита
для дизметаболической нефропатии
для наследственного нефрита

Значительное повышение IgG в крови наблюдается при пиелонефрите:
*системной красной волчанке
гломерулонефрите нефротической формы
тубулоинтерстициальном нефрите

Гипергаммаглобулинемия характерна для:
гломерулонефрита нефротической формы

*волчаночного нефрита
гломерулонефрита смешанной формы
тубулоинтерстициального нефрита

Для гипертонической энцефалопатии характерны:
сердечная недостаточность
нарушение сердечного ритма
*судороги, потеря сознания
одышка, хрипы в легких

Для начала гломерулонефрита наиболее характерно:
температурная реакция
абдоминальный синдром
*олигурия
дизурия

Для смешанной формы гломерулонефрита наиболее характерна:
*гематурия с протеинурией
изолированная протеинурия
длительно сохраняющаяся гематурия
лейкоцитурия, бактериурия

Показателем активности при нефротической форме
гломерулонефрита не является:
отечный синдром
олигурия
выраженная протеинурия
*анемия

Краниотабес не отмечается:
при D -дефицитном рахите
при D -зависимом рахите
*при остеопорозе
при гипотрофии и D-дефицитном рахите

Для гемолитико-уремического синдрома не типична:
анемия
*прямая гипербилирубинемия
протеинурия
олигурия

При неосложнённой пневмонии основным фактором возникновения
гипоксемии является:
повышение температуры
*поверхностное дыхание
анемия
тахикардия

Бронхиолит у детей раннего возраста:
легкое и кратковременное заболевание
бронхиолит у детей раннего возраста не бывает
является ранним признаком бронхиальной астмы

*приводит к длительной потере эластичности и обструктивному состоянию

При беспокойстве у детей цианоз слизистых и кожных покровов не нарастает при:

врожденном пороке сердца

*метгемоглобинемии

пневмонии

стенозе гортани

Голосовое дрожание усилено при:

плеврите

пневмотораксе

*инфильтративном легочном процессе

легочной эмфиземе

К железодефицитной анемии не отмечается:

*повышение билирубина крови

гипохромия эритроцитов

уменьшение количества эритроцитов

уменьшение связанного железа в сыворотке

Для муковизицидоза не характерна:

полифекалия

мекониальный илеус

*гипернатриемия

стеаторея

Целиакия:

развивается в большинстве случаев в первые 3 месяца жизни

приводит за счет прогрессирующей бронхоэктазии к смерти

спонтанно излечивается после 2 года жизни

*сопровождается характерной атрофией ворсинок тонкого кишечника

У родившегося в срок ребенка в первую неделю жизни нарастала желтуха, которая стабильно сохраняется в течение 4 недель, появились запоры, брадикардия, ваш предварительный диагноз

сепсис

*гипотиреоз

АВО-гемолитическая болезнь

физиологическая желтуха новорожденного

Наиболее достоверным признаком острого периода врожденного токсоплазмоза является

микроцефалия

атрофия зрительного нерва

высокий титр антител в Ig G

*обнаружение антител против токсоплазмы в составе Ig M

На внутриутробную инфекцию у ребенка 1-го года жизни с большой достоверностью может указывать

*увеличение Ig M

увеличение Ig G

лейкоцитоз - 20 000 в мм³
нейтрофилез 80%

К реактивным состояниям новорожденных не относятся
физиологическая эритема
милия
*мелена
вагинальное кровотечение

Основная причина физиологической желтухи новорожденных
гемолиз
*недостаточная глюкуронизация
сгущение крови
холестаз

Гипотрофией 1 ст. принято считать дефицит массы
до 5%
*от 10 до 20%
от 20 до 30%
более 30%.

Карпопедальный спазм характерен для
дефицита железа
гипофосфатемии
*гипокальциемии
фебрильных судорог

Из перечисленных клинических признаков для клеточной дегидратации
наиболее характерны
мышечная гипотрофия
*жажда
судороги
отеки

Состояние алкалоза характерно для
рахита
сахарного диабета
*опухоли мозга с рецидивирующей рвотой
массивной пневмонии

Гипертонической воддефицитной дегидратации соответствует
выбухающий родничок
гипонатриемия
понижение АД
*сухость слизистых

При остром пиелонефрите у детей грудного возраста ведущим признаком
будет
*общая интоксикация
дизурические явления
синдром срыгивания
болевого синдром

Объем мочевого пузыря у новорожденного

от 10 до 15 мл

*от 30 до 50 мл

от 100 до 150 мл

от 100 до 200 мл

Железodefицитная анемии по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является

нормохромной

гиперхромной

*гипохромной

нормохромной или гиперхромной

Костномозговое кроветворение при железodefицитной анемии характеризуется

гипоплазией

аплазией

*напряженностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в периферической крови

напряженностью эритропоэза с отсутствием ретикулоцитоза в периферической крови

Императивные позывы на мочеиспускание и ночное недержание мочи у больных железodefицитной анемией связаны

с инфекцией мочевыводящих путей

*с мышечной слабостью

с поражением отделов центральной нервной системы

с полиурией

У детей раннего возраста наиболее часто встречается

инфекционная форма аллергии

*пищевая аллергия

лекарственная аллергия

ингаляционная аллергия

Дефицит массы тела при 1 степени постнатальной гипотрофии составляет 5-8%

5-15%

*10-20%

20-30%

Дефицит массы тела при 2 степени постнатальной гипотрофии составляет 5-8%

5-15%

10-20%

*20-30%

Дефицит массы тела при 3 степени постнатальной гипотрофии составляет 5-8%

10-20%

20-30%

*30% и более

Основной причиной угнетения иммунологической реактивности при гипотрофии является нарушение обмена

*белков
липидов
углеводов
белков и липидов

Нарушение свертывания крови при гипотрофии соответствует

гипокоагуляции
*гиперкоагуляции
тромбоцитопатии
тромбоцитопении

Деформация костей грудной клетки, черепа, мышечная гипотония, содержание кальция в крови 2,12 ммоль/л, фосфора в крови 1,71 ммоль/л характерны для рахита

периода разгара
начального
рецидива
*реконвалесценции

Причиной судорог при спазмофилии является

гипофосфатемия
*гипокальциемия
снижение активности щелочной фосфатазы
гиперкальциемия

Спазмофилия встречается

у новорожденных детей
*у детей грудного возраста
в пубертатном периоде
у детей дошкольного возраста

Скрытая тетания характерна

для рахита
для гипervитаминоза D
*для спазмофилии
для эпилепсии

При спазмофилии симптом Хвостека можно выявить у ребенка

*в состоянии покоя
при плаче
при бодрствовании
при физической нагрузке

Фенилкетонурия возникает при недостатке или отсутствии фермента

сфингомиелиназы
*фенилаланин 4 - гидроксилазы
глюкозо-6-фосфатазы
д-глюкозидазы

В этиологии внебольничной (домашней) пневмонии у детей в возрасте от 1 до 5 лет ведущее значение имеет

*пневмококк
пиогенный стрептококк
стафилококк
клебсиелла

Ведущий клинический симптом в диагностике пневмонии

одышка
ослабленное дыхание
*локальная крепитация
втяжение уступчивых мест грудной клетки

Гипертермия и озноб в первые часы заболевания типична для пневмонии

хламидийной
микоплазменной
пнеумоцистной
*пневмококковой

Внебольничную пневмонию у детей в возрасте старше 5 лет чаще вызывают

стафилококки
микоплазмы
*пневмококки
грибы

Пиоторакс чаще развивается при пневмонии

пневмококковой
пнеумоцистной
легионеллезной
*стафилококковой

Затяжная пневмония диагностируется при отсутствии разрешения

пневмонического процесса в сроки

от 3 недель до 4 недель
от 3 недель до 5 недель
от 5 недель до 6 недель
*от 6 недель и более

Для экссудативного плеврита характерно

укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в больную сторону
коробочный характер перкуторного звука над экссудатом
усиленное голосовое дрожание и выраженная бронхофония над экссудатом
*укорочение перкуторного звука и смещение органов средостения в здоровую сторону

Внебольничная пневмония у детей в возрасте старше 5 лет реже вызывается

микоплазмой
пневмококком
*клебсиеллой
гемофильной палочкой

Внебольничная пневмония у детей в возрасте от 1 до 5 лет реже вызывается
*синегнойной палочкой
пневмококком
микоплазмой
гемофильной палочкой

Экспираторная одышка возникает при
фарингите
ларингите
*обструктивном бронхите
рините

Междолевой выпот можно выявить на
УЗИ средостения
*рентгенограмме в боковой проекции
бронхоскопии
рентгенограмме в прямой проекции

Для бронхоэктатической болезни характерны
непостоянные влажные хрипы
*влажные хрипы постоянной локализации
проводные хрипы
сухие рассеянные хрипы

Для гемосидероза легких характерно
*наличие сидерофагов в мокроте
высокий уровень железа сыворотки крови
ржавая мокрота
эозинофильный легочный инфильтрат

Для бронхиальной астмы не характерны
приступы бронхоспазма с экспираторной одышкой
*повышение хлоридов в поте и моче
гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты
рассеянные непостоянные сухие, свистящие хрипы

Редко встречаемая форма бронхиальной астмы у детей
атопическая
неатопическая
астма напряжения
*аспириновая астма

Объем форсированного выдоха за 1 сек (FEV), форсированная жизненная емкость (FCV) и максимальная скорость выдоха (PEF) у детей в возрасте старше 5 лет позволяют оценить
степень аллергизации организма
степень выраженности инфекционного процесса
тяжесть бронхиальной астмы
*степень бронхиальной обструкции

С помощью пикфлоуметра измеряется

общая емкость выдоха
жизненная емкость легких
остаточный объем легких
*максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF)

Целесообразно применять для купирования развития приступа
бронхиальной астмы
бета-2-адреномиметики длительного действия
кромогликат
недокромил
*бета-2-адреномиметики короткого действия

Укажите наиболее частый побочный эффект ингаляционных
стероидов
*кандидоз полости рта
синдром Иценко-Кушинга
остеопороз
гипергликемия

При тяжелой бронхообструкции у детей чаще бывают
осложнения
*ателектаз
пноторакс
абсцесс
напряжённый пневмоторакс

Развитию бронхообструкции у детей препятствуют
узкие воздухоносные пути
мягкость хрящей гортани, трахеи, бронхов
обильная васкуляризация слизистой дыхательных путей
*носовое дыхание

Клеточный состав экссудата лимфоциты 80%, нейтрофилы
15%, эритроциты 5%, характерен для плеврита
гнойного
*серозного
геморрагического
серозно-геморрагического

Наиболее частой причиной экссудативного плеврита у детей
является
пневмония
*туберкулез
опухоли
травма

Наиболее вероятная причина экссудативного плеврита у
ребенка 3 лет, в плевральной жидкости которого
преобладают сегментоядерные лейкоциты
*пневмония
туберкулез
перелом ребра

обструктивный бронхит

Наиболее информативным исследованием для выявления туберкулёза внутригрудных лимфоузлов является

обзорная рентгенография легких

бронхография

*компьютерная томография лёгких

бронхоскопия

При диссеминированном туберкулезе частой внелёгочной локализацией процесса являются

кости и кожа

*гортань и серозные оболочки

глаза и половые органы

почки и мозговые оболочки

Укажите наиболее частый клинический признак острого бронхита

синдром нейротоксикоза

*кашель

одышка

коробочный оттенок перкуторного звука

Для бронхиальной астмы не характерны

одышка с затрудненным выдохом «экспираторным компонентом»

*деформация дистальных фаланг в виде «часовых стекол»

отхождение прозрачной, стекловидной мокроты в конце приступа

рассеянные сухие свистящие хрипы

Достоверным рентгенологическим признаком пневмонии является

усиление легочного рисунка

*наличие инфильтративных теней

вздутие легких

расширение корней легких

Легочные осложнения пневмонии у детей

ДВС - синдром

острая почечная недостаточность

*пиопневмоторакс

инфекционно-токсический шок

Внелегочные осложнения пневмонии у детей

метапневмонический плеврит

абсцесс легкого

пиопневмоторакс

*инфекционно-токсический шок

Не отражают тяжесть пневмонии

степень токсикоза

степень дыхательной недостаточности
*обильные сухие хрипы
нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, СОЭ более 20 мм/час

На деятельность почечных канальцев непосредственно влияет гормон
*альдостерон
тироксин
гонадотропин
андрогены

Кислотно-щелочное состояние удерживается путем задержки щелочных валентностей канальцами электролитов крови
выделения кислых валентностей канальцами
*выделения кислотных валентностей и задержки щелочных валентностей канальцами

Повышение артериального давления на ранних стадиях характерно для наследственного нефрита
*гломерулонефрита
дизметаболической нефропатии
тубулопатий

Преобладание нейтрофилов в мочевом осадке более характерно для
*пиелонефрита
тубулоинтерстициального нефрита
гломерулонефрита
наследственного нефрита

Гиперлипидемия наиболее характерна для
*гломерулонефрита нефротической формы
гломерулонефрита гематурической формы
пиелонефрита
тубулоинтерстициального нефрита

Выраженная фибриногемия наблюдается при
*гломерулонефрите нефротической формы
цистите
наследственном нефрите
дизметаболической нефропатии

У ребенка 8 месяцев рвота, температура 39 °С беспокоен, часто мочится. В моче следы белка, эритроциты - 20 в поле зрения, лейкоциты до 80 в поле зрения. Ваш диагноз
нефритический синдром
острый нефрит
*пиелонефрит
хронический цистит

При мультикистозе почка эхографически выглядит как

«мишень»
«слоеный пирог»
*«гроздь винограда»
«голова медузы»

При тромбоваскулите неинформативно
определение фибриногена
фибринолитическая активность
*исследование гемоглобина
подсчет тромбоцитов

При гемофилии наиболее информативно исследование
*определение плазменных факторов свертывания
определение времени кровотечения
определение времени свертывания
подсчет тромбоцитов

Фактор, выделяясь сосудистой стенкой, препятствует тромбообразованию
тромбоксан
серотонин
тромбоспондин
*простациклин

Состояния, при которых нарушается внешний путь активации гемостаза
коагулопатия разведения
тромбоцитопатии
ДВС-синдром
*дефицит VII фактора

Наиболее точный метод диагностики гипергомоцистеинемии
коагулограмма
тромбоцитограмма
определение уровня гомоцистеина в крови
*ДНК диагностика (ПЦР)

Повышение числа лейкоцитов при инфекционных заболеваниях чаще всего
связано с увеличением
эозинофилов
лимфоцитов
*нейтрофилов
моноцитов

Из перечисленных симптомов повышения внутричерепного давления
выберите рентгенологические признаки
обызвествление
*расхождение черепных швов
застойные явления на глазном дне
смещение м-ЭХО при эхоэнцефалоскопии

Укажите основные компоненты первичного туберкулезного комплекса
*первичный легочный аффект, лимфаденит, лимфангоит
лимфангоит, лимфаденит

первичный легочный аффект
лимфангоит

К группе хромосомных заболеваний не относится
болезнь Дауна
*синдром Альпорта
синдром Шерешевского-Тернера
синдром Патау

К наследственным нарушениям обмена билирубина не относится
болезнь Криглера-Найяра
болезнь Жильбера
болезнь Ротера
*прегнановая желтуха

Достоверное определение пола при вирильной форме адреногенитального синдрома возможно путем:
пальпации яичек
определения 17-оксикортикостероидов
определения полового хроматина
*определения кариотипа

Для гипертиреоза характерна:
макроглоссия
затяжная желтуха
склонность к гипотермии
*склонность к гипертермии

При фенилкетонурии доминирует:
поражение кишечника и нарастающая гипотрофия
депрессия гемопоза
*неврологическая симптоматика
экзема и альбинизм

При синдроме Шерешевского-Тернера не наблюдается:
мужской кариотип по данным анализа на хроматин
аменорея
*высокий рост
порок развития сердечно-сосудистой системы

Для адреногенитального синдрома у мальчиков на 1-м году жизни характерно:
замедление роста
задержка окостенения (костный возраст отстает от паспортного)
*увеличение полового члена
нарушение нервно-психического развития

Для вирильной формы адреногенитального синдрома у девочек не характерно :
увеличение клитора и половых губ
наличие гипертрихоза
увеличение в моче содержания 17-кетостероидов

*увеличение печени и селезёнки

Для атопических заболеваний характерно увеличение уровня:
секреторного иммуноглобулина А
иммуноглобулина G
иммуноглобулина М
*иммуноглобулина Е

К показателям гуморального иммунитета относят:
*уровни иммуноглобулинов А, М, G, Е
параметры фагоцитоза
количество нормальных киллерных клеток (СД 16)
показатели комплемента

Для дефицита клеточного иммунитета характерны:
частые вирусные инфекции
грибковые заболевания
*частые бактериальные инфекции
аутоиммунные заболевания

К иммунодефицитным состояниям относятся:
синдром Альпорта
*синдром Луи-Бар (атаксия-телеангиоэктазия)
синдром Марфана
синдром де Тони-Дебре-Фанкони

Для третьей фазы воспаления характерны:
отек, набухание ткани
альтерация
*фиброз, склероз, апоптоз
диапедез

Механизм истинной аллергической реакции не включает:
увеличение содержания циркулирующих иммунных комплексов в крови
повышенную выработку иммуноглобулина Е
сенсibilизацию лимфоцитов
*увеличенное выделение гистамина без участия антител

Псевдоаллергическая реакция не реализуется за счет:
*атопических антител
субстанции Р
анафилатоксинов С5а, С3а
физических факторов

Для диагноза аллергической реакции 1-го типа решающее значение имеют:
эозинофилия крови
повышенный уровень циркулирующих иммунных комплексов
повышенное количество гистамина в моче
*высокий уровень иммуноглобулина Е в сыворотке крови

При псевдоаллергической реакции отмечают:
местную эозинофилию

высокий уровень Ig E
положительную кожную пробу с "виновным" антигеном
*прямо пропорциональную зависимость реакции от количества введенного в организм вещества

Наиболее часто вызывают пищевую аллергию ягоды:

черника
*клубника
смородина
крыжовник

Наиболее часто вызывают пищевую аллергию овощи:

кабачки
огурцы
капуста цветная
*томаты

Наиболее часто вызывают пищевую аллергию фрукты:

яблоки зеленого цвета
груши зеленого цвета
*апельсины
персики

Редко вызывает пищевую аллергию мука:

гречневая
*рисовая
овсяная
соевая

При пищевой аллергии не развивается:

*себорейный дерматит
крапивница
атопический дерматит
отек квинке

Для врожденного токсоплазмоза более характерен:

*хориоретинит
менингит
миокардит
геморрагический синдром

Почасовой прирост общего билирубина считается критическим:

более 3,2 мкмоль/час
*более 6,8 мкмоль/час
более 4,8 мкмоль/час
более 4,6 мкмоль/час

Буллезный эпидермолиз – это:

гнойно-воспалительное заболевание
*наследственное заболевание
аутоиммунный процесс
переходное состояние

Нормальные показатели чрезкожной пульсоксиметрии новорожденных:
99 – 100%
*88 – 95%
74 – 90%
66 – 79%

В норме в ликворе определяются:
*лимфоциты
нейтрофилы
эритроциты
астроциты

При гнойном менингите в ликворе определяются:
лимфоциты
*нейтрофилы
эритроциты
эпителиоциты

Количество глюкозы в ликворе на фоне гнойного менингита:
увеличивается
*уменьшается
не меняется
зависит от тяжести состояния

Количество белка в ликворе на фоне гнойного менингита:
*увеличивается
уменьшается
не меняется
зависит от этиологии менингита

Исследование фосфолипидов в околоплодных водах служит для определения:
пороков развития плода
*зрелости легких
Rh- конфликта
фетоплацентарной недостаточности

Низкая оценка по шкале Апгар может быть не связана с асфиксией в случае:
при запоздалых родах
при преждевременных родах
на фоне преждевременной отслойки плаценты
*при медикаментозной депрессии

У мальчика 5 лет утомляемость, усиление пульсации левого желудочка, дрожание во 2-ом межреберье, на ЭКГ - перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме - гипертрофия левого желудочка, увеличение левого желудочка.
Ваш предварительный диагноз:
стеноз легочной артерии
дефект межжелудочковой перегородки
коарктация аорты

*открытый артериальный проток

При одышечно-цианотическом приступе у ребенка с тетрадой Фалло к неотложным мероприятиям не относятся:

*введение строфантина

кислородотерапия

введение β -блокаторов (анаприлин, обзидан)

введение промедола

При отеке легких не наблюдается:

одышка

ортопноэ

большое количество влажных хрипов в легких

*учащенное мочеиспускание

К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности не относятся:

бледность кожных покровов

нитевидный пульс

падение артериального давления

*гиперемия кожи

Для артериальной гипотензии не характерно:

повышенная утомляемость

головная боль

боль в области сердца

*повышенный аппетит

В раннем и дошкольном возрасте артериальная гипертензия может быть проявлением:

*коарктации аорты

гипофункции щитовидной железы

сахарного диабета 2 типа

хронического пиелонефрита

В план обследования детей с артериальной гипертензией не входит:

рентгенография органов грудной клетки

биохимический анализ крови

*ЭКГ

ЭКГ

Для выявления вазоренальной гипертензии наиболее информативным исследованием является:

цистография

УЗИ сосудов почек

внутривенная урография

*ренальная ангиография

Из перечисленных пороков протекает с артериальной гипертензией:

дефект межжелудочковой перегородки

стеноз легочной артерии

*коарктация аорты

дефект межпредсердной перегородки

При неотложном состоянии у ребенка наибольшее диагностическое значение имеет:

фонокардиограмма

эхокардиограмма

*ЭКГ

реокардиограмма

Синусовая тахикардия на ЭКГ не отмечается при:

миокардите

тиреотоксикозе

лихорадке

*вирусном гепатите

Ребенку с впервые выявленной частой экстрасистолией следует рекомендовать:

ограничение физической активности

кардиотрофическую терапию

*госпитализацию для обследования

проведение холтеровского мониторирования амбулаторно

Для диагностики пароксизмальной тахикардии срочным исследованием является:

*ЭКГ

рентгенография органов грудной клетки

исследование калия в крови

ЭХО-кардиография

При пароксизмальной тахикардии наиболее характерным симптомом является:

частота сердечных сокращений 120 в минуту

*частота сердечных сокращений более 160-180 в минуту, ритмичность сердечных сокращений

частота сердечных сокращений 140 в минуту

перебои (выпадения) сердечных сокращений

Для желудочковой формы пароксизмальной тахикардии характерными ЭКГ - признаками являются:

ритм 130 в минуту, регулярный, узкий комплекс QRS

ритм более 180 в минуту, регулярный, суправентрикулярный комплекс QRS

*ритм 160 в минуту, регулярный, резко деформированный комплекс QRS

ритм 150 в минуту, нерегулярный, узкий комплекс QRS

Первоочередным мероприятием при подозрении на приступ:

пароксизмальной тахикардии является

*снятие ЭКГ

проведение ЭИТ (электроимпульсная терапия)

проведение вагусных проб

введение адреналина внутривенно

К проявлениям синдрома слабости синусового узла (СССУ) относятся:

синусовая брадикардия
*синдром «брадикардии-тахикардии»
синоатриальная блокада
паузы ритма при проведении суточного мониторирования ЭКГ более 2-3 секунд

На приеме девочка 10 лет с жалобами на боли в сердце. клинически патологии не выявлено. ей необходимо назначить:

*ЭКГ, ЭХО-кардиографию
реокардиограмму
пробу с физической нагрузкой
рентгенографию

Для гипертрофической кардиомиопатии при ультразвуковом исследовании сердца характерно:

*гипертрофия межжелудочковой перегородки
увеличение полости левого желудочка
гипертрофия предсердий
аномальное крепление митральных хорд

Для дилатационной кардиомиопатии характерно:

гипертрофия левого желудочка
*увеличение полостей желудочков
гипертрофия правого желудочка
гипертрофия межжелудочковой перегородки

Интервал PQ при синдроме преждевременного возбуждения желудочков (синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта) составляет:

0,14
*0,10 с
0,18 с
0,22 с

Снижение зубца T на ЭКГ не может быть вызвано:

*гиперкалиемией
гипокалиемией
инфекционно-токсической кардиопатией при пневмонии
миокардитом

Дети с синдромом преждевременного возбуждения желудочков на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению:

ревматизма
гипертрофической кардиомиопатии
*пароксизмальной тахикардии
поствирусного миокардита

Наиболее информативным исследованием для диагностики пролапса митрального клапана является:

ЭКГ
*Эхо-КГ
рентгенограмма сердца
велозргометрия

Для дифференциальной диагностики недостаточности митрального клапана наиболее достоверным является:

ЭКГ
рентгенография
векторкардиография
*Эхо-КГ

Предиктором внезапной сердечной смерти является:

*авариабельный ритм
синусовая аритмия
AV-блокада I степени
экстрасистолия

У ребенка 10 лет на фоне полного здоровья в бассейне остро возникло состояние, которое проявлялось ощущением нехватки воздуха, сердцебиением, резкой слабостью, бледностью кожных покровов, однократной рвотой, тревогой. мальчик в сознании. предполагаемый диагноз:

менингококковая инфекция
кишечная инфекция
сотрясение головного мозга
*пароксизмальная тахикардия

Самой частой причиной развития мерцательной аритмии у детей является:

*врожденный кардит
врожденные пороки сердца «синего» типа
синдром WPW
пароксизмальная тахикардия

При системной красной волчанке наибольшую диагностическую значимость имеет:

повышение иммуноглобулинов
*LE-клетки
увеличение СОЭ
изменения в моче

Для дифференциальной диагностики поражения коленного сустава ревматоидной и туберкулезной природы наиболее информативны:

высокое СОЭ
*рентгенологические данные
определение иммуноглобулинов
утолщение костальной плевры

Этиологический фактор ревматической лихорадки:

пневмококк
*бета -гемолитический стрептококк группы А
менингококк
стафилококк

Характерные для острой ревматической лихорадки кожные проявления:

*кольцевидная эритема

буллезные высыпания
розеолы
крапивница

Для острой ревматической лихорадки характерны:
постоянные боли в суставах, особенно по ночам
*летучие боли в крупных суставах
боли в суставах при ходьбе
боли в суставах после приема мясной пищи, алкоголя
утренняя скованность

Наиболее типичные симптомы геморрагического васкулита:
*кожные высыпания
Пневмония
миокардит
гломерулонефрит

Для выявления выпота в полости перикарда наиболее информативны:
радиоизотопное сканирование сердца
ЭКГ
коронароангиография
*ЭХО - КГ

Наиболее частой причиной болезни Рейтера является:
бета-гемолитический стрептококк
золотистый стафилококк
*хламидийная инфекция
микобактерии туберкулеза

Совокупность симптомов, характерных для болезни Рейтера:
*артрит, уретрит, конъюнктивит
артрит, плеврит, нефрит
артрит, поражение кожи, серозиты
артрит, поражение кожи, синдром Рейно

Высокий риск развития патологии пищевода при:
*недостаточности эзофагокардиального отдела
спастическом запоре
гепатите
дисфункции билиарного тракта

При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести:
*рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с проведением водно-сифонной пробы
гастрофибродуоденоскопию
внутрижелудочную рН-метрию
рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием

Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным исследованием является:
*гастрофибродуоденоскопия

рентгенография ЖКТ с барием
исследование кала на скрытую кровь
внутрижелудочная рН-метрия

Для эзофагита характерно:

*боли за грудиной
метеоризм
жидкий стул
тошнота

Наличие изжоги свидетельствует о:

*забросе желудочного содержимого в пищевод
повышении кислотности желудочного содержимого
язвенной болезни желудка
гастродуодените

Для рвоты при кетоацидозе наиболее характерно:

жидкий стул
боли в животе
*ацетонурия
метеоризм

При кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на:

*сахар
протромбин
билирубин
креатинин

Для халазии характерен следующий симптом:

боли в правом подреберье
запоры
боли натошак в эпигастрии
*рецидивирующая рвота

Для выявления халазии необходимо провести:

холецистографию
*рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой
ирригоскопию
колоноскопию

Ахалазия сопровождается:

*рвотой непереваренной пищей
рвотой с примесью желчи
рвотой переваренной пищей
изжогой

Боли за грудиной связаны:

с гиперацидностью
*с раздражением слизистой оболочки пищевода при рефлюкс-эзофагите
с метеоризмом
со спазмом сфинктера Одди

Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием:

*гастроэзофагорефлюксной болезни
панкреатита
язвенной болезни
гастрита

Каковы показания для определения рН желудочного сока у детей:

дизурические явления
*тощаковые боли в эпигастральной области
дисфагия
запоры

Для язвенно-подобной диспепсии характерно:

изжога
рвота
*тощаковые боли
отрыжка

Для гиперацидности характерны:

рвота
боль в правом подреберье, диарея
отрыжка
*изжога, тощакотая боль, запор

Для хеликобактериоза характерно наличие:

гиперплазии слизистой оболочки пилорической зоны
эрозивно—язвенного процесса
гиперацидности
*специфических эндоскопических симптомов нет

Качественный метод диагностики хеликобактериоза:

при обнаружении микроба в слюне методом ПЦР
при положительном уреазном тесте с биоптатом
*при выделении чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата
при клиничко-эндоскопическом исследовании

Наиболее информативным исследованием при гастрите является:

*эндоскопия с биопсией
рентгеноконтрастное исследование
УЗИ
иридодиагностика

Клинический симптомокомплекс, обусловленный недостаточностью кардии:

пилороспазм
*рецидивирующая рвота
раздраженный желудок
метеоризм

Для недостаточности привратника характерно:

затруднение дефекации

разжижение стула
запоры
*боли во время еды и позывы на дефекацию во время еды

Дуоденогастральные рефлюксы способствуют развитию:
дивертикула желудка
перегиба желудка
ГЭРБ
*антрального гастрита

Для выявления дуоденогастрального рефлюкса наименее информативны:
примесь желчи в рвотных массах
обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке
*гиперацидность
антральный гастрит

Наиболее информативным методом диагностики артерио-мезентериальной компрессии является:
*рентгеноконтрастное исследование с барием полипозиционное
эндоскопия
УЗИ
копрограмма

При подозрении на артерио-мезентериальную компрессию показано:
Re-исследование в вертикальной позиции
Re-исследование в горизонтальной позиции
*Re-исследование в вертикальном, а затем - коленно-локтевом положении
Re-исследование в коленно-локтевом положении

Для диагностики дуоденита информативны данные:
*эндоскопии с биопсией
рентгеноскопии
УЗИ желудка, 12-перстной кишки с жидкостью
биохимического анализа крови

Недостоверным эндоскопическим признаком обострения дуоденита является:
отечность
*гиперсекреция слизи
картина "булыжной мостовой"
феномен "манной крупы"

С течением дуоденита связана патология:
хронический тонзиллит
колиты
*синдром билиарной дисфункции
эзофагит

Наиболее достоверным клиническим признаком язвенной болезни является:
сезонность болей
тощачковые боли в эпигастрии
*кровотечение из выявленной язвы

изжога

При подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки следует проводить рН- метрию:

колоноскопию

*ЭФГДС

рентгеноконтрастное исследование

Особенно предрасполагают к развитию холепатии:

*заболевания 12-перстной кишки

гастрит

пневмония

панкреатит

Показатели копрограммы, связанные с патологией поджелудочной железы:

измененные мышечные волокна

*нейтральный жир

лейкоциты

иглы жирных кислот

Условия выполнения дыхательного хелик-теста для диагностики нр:

натошак, не чистить зубы

*почистить зубы, натошак

после приема стакана воды

после еды

Синдромом панкреатической недостаточности сопровождается:

*муковисцидоз

лактазная недостаточность

экссудативная энтеропатия

гепатит

При установлении диагноза целиакия показаны:

увеличение белка в рационе питания

ограничение жира в рационе питания

*аглиадиновая, низколактозная диета

специфическая диета не требуется

Сроки манифестации синдрома мальабсорбции при целиакии:

с рождения

0-1 мес.

*через 1-2 месяца после введения глиадин-содержащего прикорма

после отмены грудного вскармливания

Стул на фоне приема молока ухудшается при:

муковисцидозе

*лактазной недостаточности

мальтазной недостаточности

сахарозной недостаточности

Изменения в копрограмме, характерные для нарушения желчеотделения:

нейтральный жир

зерна крахмала
*иглы жирных кислот
мышечные волокна

Методы контроля за эффективностью эрадикационной терапии нр-ассоциированного гастрита:

ФГДС
*дыхательный хелик-тест
ИФА
ПЦР

Какие исследования являются «золотым стандартом» для подтверждения диагноза целикия у детей:

ЭФГДС
определение антител к тканевой трансаминазе
*гистологическое исследование слизистой тонкой кишки
исследование антиаглиадиновых IgA и IgG

Лабораторные критерии холестаза:

повышение уровня АСТ, АЛТ
повышение уровня холестерина
повышение конъюгированного билирубина
*повышение уровня ЩФ, ГГТ

Снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера:

мясные продукты
*цитрусовые, томаты, кофе, шоколад, жиры
молоко, творог, кефир
капуста, огурцы, кабачки, яблоки, сливы

Показатели копрограммы, связанные с патологией толстой кишки:

мышечные волокна
*слизь, лейкоциты, эритроциты
крахмал, мыла, нейтральный жир
положительная реакция Грегерсена

Диагностические критерии функционального запора у детей:

задержка опорожнения кишечника в течение 2 -3х дней
*задержка стула в течение 2 -3х дней, нормализация опорожнения кишечника при соблюдении режима питания и водной нагрузки
задержка опорожнения кишечника 5-7 дней
стул ежедневно на фоне слабительных

Показанием к проведению колоноскопии являются:

*жидкий стул с примесью крови
колитический синдром в копрограмме
стеаторея 2 типа
стул по типу «мелены»

Первым признаком передозировки эуфиллина является:

падение артериального давления
*головная боль, боли в животе, тошнота, рвота

нарушение сердечного ритма
одышка

При остром обструктивном ларинготрахеите не отмечается:
изменение голоса
грубый лающий кашель
втяжение уступчивых мест грудной клетки
*экспираторная одышка

При использовании венозных катетеров наиболее часто возникает осложнение:
*флебит
травма катетером сердца
эмболия
сепсис

Мальчик 6 лет, вялый, бледный, распространенные отеки. Врач "СМП" должен выяснить:
снижен ли аппетит
*сколько выделяет мочи
какие перенес детские инфекции
какая температура в течение последней недели

При острой почечной недостаточности в стадии олигурии наиболее часто развивается:
*гиперкалиемия
гипернатриемия
гиперкальциемия
гипонатриемия

К наиболее ранним признакам острой почечной недостаточности относятся
*повышение мочевины крови
увеличение плотности мочи
повышение кальция крови
повышение натрия в крови

Наименее информативен для оценки противошоковой терапии показатель:
*нормализации артериального давления
устранение тахикардии
нормальный уровень центрального венозного давления
ликвидация метаболического ацидоза

Наиболее простой метод определения баланса воды в организме при проведении инфузионной терапии заключается:
*в регулярном взвешивании ребенка

в сборе суточной мочи
в определении величины гематокрита
в определении ОЦК

При отравлении бледной поганкой развивается:
судорожный синдром
острая почечная недостаточность
*острая печеночная недостаточность
геморрагический синдром

Продолжительность латентного периода при отравлении бледной поганкой составляет:
15 - 30 мин
1 – 2 ч
*12-24 ч
24-48 часов

Гиперемия кожных покровов, галлюцинации, расширение зрачков наблюдаются при отравлении ядовитыми растениями:
ландыш майский
*дурман (белена)
вех ядовитый
наперстянка

Наиболее частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста:
гнойный менингит
*энцефалитические реакции при вирусных инфекциях
эпилепсия
травма головного мозга

При отравлении атропиноподобными веществами наблюдается:
саливация, бронхоспазм, сужение зрачков
угнетение сознания, сужение зрачков
*гиперемия кожи, сухость слизистых, расширение зрачков
неукротимая рвота

При метаболическом ацидозе в организме ребенка происходит
расширения капилляров
*спазм капилляров и снижение эффекта адреналина
снижение сократительной способности капилляров
нарушение проницаемости капилляров

Для врожденного первичного гипотиреоза не характерно
задержка психомоторного развития

длительно существующая желтуха новорожденных

сухость кожи

*диарея

Для больного сахарным диабетом не характерно

жажда

учащенное мочеиспускание

похудание

*плаксивость

При сольтеряющей форме врожденной дисфункции надпочечников не характерно

вялость

мышечная гипотония

жидкий стул

*запоры

У больных с врожденным первичным гипотиреозом не отмечается

*высокий уровень гормона роста

снижение вольтажа на ЭКГ

повышение уровня ТТГ

снижение уровня свободного Т4

Для больного сахарным диабетом не характерно

жажда

полиурия

*экзофтальм

сухость кожи

При сольтеряющей форме врожденной дисфункции надпочечников не характерно

*гипергликемия

гиперкалиемия

высокий заостренный зубец Т на ЭКГ

обезвоживание

У девочки 14 лет высокорослость, булимия, жажда, ожирение III степени, розовые стрии на коже молочных желез, бедер, плеч, живота. артериальное давление - 140/80 мм. рт. ст., ваш предварительный диагноз:

конституционально-экзогенное ожирение

*гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена

артериальная гипертензия

вазореальная гипертензия

Девочка 10 лет, ожирение 1-2 степени без признаков гиперкортицизма.

Родители с избыточной массой. Невропатолог патологии не выявил. Ваш

предварительный диагноз

*конституционально-экзогенное ожирение

гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена

церебральное ожирение

болезнь Иценко-Кушинга

Для дифференциального диагноза острого аппендицита и абдоминального синдрома у больного с кетоацидотической прекомой сахарного диабета следует учитывать

наличие глюкозурии

*лейкоцитоз

наличие ацетонурии

наличие ацидоза

У девочки 3-х лет полиурия, дефицит веса 10%, кожа и язык сухие, гиперемия щек, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, печень *3см.

Гликемия натощак - 12,8 ммоль/л. В моче 6% сахара при суточном диурезе 2,5 л. Ваш предварительный диагноз

почечная глюкозурия

*сахарный диабет 1 типа

несахарный диабет

нарушение толерантности к углеводам

При хронической надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона) наблюдается

тремор рук

судороги

*гиперпигментация кожи

желтушность кожи

У девочки 12-ти лет задержка роста, множественные малые аномалии, короткая шея с крыловидными складками, отсутствие вторичных половых признаков. ваш предварительный диагноз

церебрально-гипофизарный нанизм

болезнь Дауна

*синдром Шерешевского - Тернера

синдром Альпорта

Метаболический синдром у подростков, помимо артериальной гипертензии и ожирения, характеризуется

гиперинсулинемией, гиперурикемией, гипогликемией

гипертриглицеридемией, гипербилирубинемией, гипохолестеринемией

*гиперинсулинемией, гиперлипидемией, снижением толерантности к глюкозе

нормохромной анемией, гипергликемией, гиперкреатининемией

При гипертоническом кризе у подростков жалобы на головную боль и «мушки» перед глазами сочетаются с абдоминальным синдромом и нарушением кожной чувствительности
*тахикардией и витальным страхом
схваткообразными болями в животе и водянистой диареей
головокружением и болезненными мочеиспусканиями

Патогенетической основой развития гипертоксической формы дифтерии является развитие:

миокардита
*инфекционно-токсического шока
острой почечной недостаточности
энцефалита

Для подтверждения диагноза менингококкового менингита не используют данный метод исследования цереброспинальной жидкости:

определения цитограммы
определения уровня глюкозы
*выделения культуры вируса
Бактериоскопии

Типичным осложнением токсической дифтерии является:

пневмония
*миокардит
гломерулонефрит
менингит

Синдром, не характерный для скарлатины:

интоксикация
ангина
*гепатоспленомегалия
экзантема

Для краснушной инфекции характерны симптомы:

*умеренная интоксикация
лающий кашель
осиплость голоса
синдром крупа

По типу развития диарейного синдрома к «инвазивным» не относится:

шигеллез Зонне
сальмонеллез энтеритидис
клостридиоз перфрингенс
*холера Эль-Тор

Звено патогенеза, обуславливающее тяжесть течения холеры:

интоксикация
*дегидратация

инвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечника
метеоризм, вздутие живота

Паратонзиллярный абсцесс:
является осложнением ангины и не сопровождается температурой и
ускорением СОЭ

не является осложнением ангины и сопровождается высокой температурой и
повышением СОЭ

*является осложнением ангины и сопровождается высокой температурой и
повышением СОЭ

не является осложнением ангины и не сопровождается высокой
температурой и повышением СОЭ

При локализованной форме дифтерии ротоглотки:
температура свыше 40°C

резкая боль при глотании

отек клетчатки шеи

*налеты, не выходящие за пределы миндалин

Морфологической основой фульминантной формы гепатита В и D является:

баллонная дистрофия

*массивный некроз

цирроз

жировой гепатоз

При респираторно-синцитиальной инфекции у детей 1 года жизни
отмечается:

*бронхиолит

менингит

высыпания на коже

кардит

Кашель с репризами характерен для:

кори

синдрома крупа

*коклюша

пневмонии

Наиболее частой формой герпеса у старших детей и взрослых является:
офтальмогерпес

*поражение кожи и слизистых

стоматит

энцефалит

Сывороточным маркером периода разгара острого гепатита в не является следующий показатель ИФА:

анти-НВс IgM

НВеAg

*анти – НCV

НВsAg

Гепатит с подтверждается обнаружением в крови:

анти-СMV

*анти-НCV

анти-НВс IgG

НВs- антигена

Об эффективности противовирусной терапии при хронических вирусных гепатитах судят по:

нормализации показателей сулемовой пробы

*нормализации уровня сывороточных трансаминаз

понижению уровня гипербилирубинемии

нормализации щелочной фосфатазы

Развитие синдрома Уотерхауса-Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения:

стафилококкового менингита

пневмококкового менингита

менингита, вызванного вирусом Коксаки

*менингококцемии

При пальпации печени у больного гепатитом А никогда не выявляется:

*бугристая поверхность

увеличение размеров

плотно- эластическая консистенция

болезненность

При менингите паротитной этиологии данный симптом не выявляется:

лихорадка

*геморрагическая сыпь

головная боль

менингеальные знаки

Сыпь при краснухе:

*мелко-пятнистая, розового цвета на неизменном фоне кожи

уртикарная, неправильной формы

папулезно- везикулезная

геморрагическая

При субклинической форме гепатита А отмечается:

увеличение печени

иктеричность склер и кожи

*повышение активности АлАт в сыворотке крови

гипербилирубинемия за счет прямого билирубина

		<p>Круп характерен для:</p> <ul style="list-style-type: none"> *дифтерии менингококковой инфекции энтеровирусного заболевания риновирусной инфекции <p>Характерным клиническим показателем типичного гепатита А в периоде разгара является:</p> <ul style="list-style-type: none"> желтуха гепатомегалия увеличение показателя АлАт *увеличения сулемовой пробы <p>Ранним осложнением тяжелой дифтерии является:</p> <ul style="list-style-type: none"> энцефалит гепатит *миокардит септический эндокардит <p>Дифтеритическое воспаление развивается на:</p> <ul style="list-style-type: none"> *слизистой носа коже слизистой гортани слизистой трахеи <p>Для «скарлатинозного» сердца характерны:</p> <ul style="list-style-type: none"> тахикардия + снижение АД *брадикардия + снижение АД тахикардия + повышение АД брадикардия +повышение АД
К	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи
Ф	Б/02.8	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И		ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)
Т		<p>Тестовые задания</p> <p>У ребенка в возрасте 2 дней обнаружен четко выраженный краниотабес, необходимо</p> <ul style="list-style-type: none"> сделать люмбальную пункцию *ограничиться наблюдением сделать рентгенограмму черепа сразу назначить витамин D до 5000 МЕ в сутки

При внезапно возникшей макрогематурии диагностический поиск целесообразно начать с

*ультразвукового исследования мочевого системы
радионуклидное исследование почек
цистографии
компьютерной томографии

для приготовления пищи при глютен - индуцированной целиакии
рекомендуется использовать
пшеничную муку
ржаную муку
овсяные хлопья
*кукурузную крупу

Продолжительность периода определения толерантности к
пище при гипотрофии 1 степени составляет

*1-2 дня
3-7 дней
10 дней
до 14 дней

Продолжительность периода определения толерантности к
пище при гипотрофии 2 степени составляет

1-2 дня
*3-7 дней
10 дней
до 14 дней

Объем питания при постнатальной гипотрофии 1 степени в
период определения толерантности к пище составляет

* $2/3$ от нормы
 $1/2$ от нормы
 $1/3$ от нормы
80% от нормы

Объем питания при постнатальной гипотрофии 2 степени в
период определения толерантности к пище составляет

$2/3$ от нормы
* $1/2$ от нормы
 $1/3$ от нормы
80% от нормы

Объем питания при постнатальной гипотрофии 3 степени в
период определения толерантности к пище составляет

$2/3$ от нормы
 $1/2$ от нормы
* $1/3$ от нормы
80% от нормы

При гипотрофии расчет питания по жирам производится

*на фактическую массу ребенка
на долженствующую массу ребенка

на приблизительно должствующую массу ребенка
расчет зависит от возраста ребенка

При лечении пневмоцистной пневмонии целесообразно
использовать

*триметоприм/сульфаметоксазол (ко-тримоксазол)

макролиды

полусинтетические пенициллины, потенцированные
клавулановой кислотой или сульбактамом

цефалоспорины 2-го поколения

К лекарственным препаратам, контролирующим течение
бронхиальной астмы, относятся

бета-2-адреномиметики короткого действия

ингаляционные холинолитики

*ингаляционные глюкокортикостероиды

антигистаминные средства

Бронходилататором короткого действия является

эуфилонг

салметерол

теопэк

*беродуал

При «аспириновой» бронхиальной астме противопоказан

тавегил

эуфиллин

*ибупрофен

интал

Противокашлевым эффектом обладает

амбробене

амброксол

бромгексин

*либексин

Обструктивным бронхолегочным заболеванием является

экзогенный аллергический альвеолит

эозинофильная пневмония

фиброзирующий альвеолит

*бронхиальная астма

Для приступного периода при бронхиальной астме не
характерно

нарушение подвижности грудной клетки

вздутие грудной клетки

*увеличение лимфоузлов средостения

усиление сосудистого рисунка

Решающее значение для диагностики хронического бронхита
имеет

рентгенография грудной клетки
физикальные данные: стойкие локальные изменения дыхания
и наличие влажных хрипов
исследование функции внешнего дыхания
*бронхография

В основе хронического облитерирующего бронхиолита лежит
преходящий бронхоспазм
*облитерация бронхиол и артериол одного или нескольких
участков легкого
транзиторный отек слизистой бронхов
кратковременная гиперпродукция бронхиального секрета

Достоверный метод верификации хронического бронхита
Общеклинические физикальные исследования
рентгенография органов грудной клетки
посев мокроты
*бронхоскопия с цитологическим и бактериологическим
исследованием бронхиального содержимого

К ингаляционным бронходилататорам не относится
сальбутамол
фенотерол
ипратропиум бромид
*интал (кромогексал натрия)

К основным лечебным мероприятиям в остром периоде
обструктивного бронхита вирусной этиологии не относятся
бронхолитики
отхаркивающие
вибрационный массаж грудной клетки и кинезиотерапия
*антибиотики

Препаратом выбора для эмпирической антибактериальной
терапии при внебольничной пневмонии не является
пенициллин
амоксиклав
*гентамицин
цефалоспорины II поколения

Селективность протеинурии определяют для оценки
состояния
петли Генле
эпителия дистальных канальцев
*мембраны клубочков
эпителия проксимальных канальцев

Торпидное течение характерно для
нефротической формы гломерулонефрита
пиелонефрита
волчаночного нефрита
*наследственного нефрита

Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о нарушении обмена кальция
нарушении обмена щавелевой кислоты
атопическом дерматите
*нарушении обмена пуринов

Мальчику 6 лет, у которого сегодня появились отеки век, голеней, мало мочится целесообразно назначить диету
стол гипохлоридный
стол вегетарианский
*стол без соли, мяса
стол с ограничением белка

Лечение пневмонии в домашних условиях возможно, если неосложненная форма у ребенка в возрасте до 1 года
пневмония, осложненная сердечно-сосудистым синдромом
*неосложненная форма пневмонии у ребенка 4 лет
пневмония у ребенка из социально неблагополучной семьи

Антибиотики при ветряной оспе назначают при тяжелой форме
*при появлении гнойных осложнений
при энцефалите
с целью профилактики осложнений

Длительный и стабильный эффект при лечении пищевой аллергии дают мембраностабилизирующие препараты
элиминационная диета
*специфическая гипосенсибилизация
энтеросорбенты

Искусственное вскармливание ребенка первого года жизни тяжелой формой atopического дерматита с сенсибилизацией к белку коровьего молока целесообразно проводить адаптированными смесями на основе козьего молока соевыми смесями
смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки
*смесями на основе аминокислот

Для консервативного лечения ОАП (открытого артериального протока) применяется препарат вазaproстан
*ибупрофен
парацетамол
сурфактант

Активность лимфоцитов и плазматических клеток подавляет: супрастин

*метилпреднизолон
дигоксин
трентал

К врожденным порокам сердца, которые лечатся оперативно на первом году жизни ребенка не относят:

тетрада Фалло
коарктация аорты
транспозиция крупных сосудов
*открытое овальное окно

Осложнения со стороны крови могут возникнуть при использовании:

*диклофенака
папаверина
тавегила
супрастина

У ребенка с анемией не применяется препарат:

пенициллин
*левомицетин
цеклор
макропен

При дистрофии миокарда показано назначение:

ацетилсалициловой кислоты
диклофенака
*кардиотрофиков
капотена

Более быстрое диуретическое действие оказывает:

гипотиазид
*лазикс
диакарб
верошпирон

Агрегацию тромбоцитов не уменьшает:

продектин
тиклид
*строфантин
дипиридамол

К нестероидным противовоспалительным препаратам не относится:

пироксикам
*десферал
лорноксикам (ксефокам)
диклофенак

У детей для стимуляции секреции целесообразно использовать:

гистамин

*мясной бульон
хлеб с водой
кофеин

При хеликобактериозе не эффективен:

де-нол
препараты висмута
*спазмолитик
макролид

Эвакуацию из желудка замедляет:

Жидкости
мясные блюда
щелочное питье
*кефир

При недостаточности привратника целесообразно назначать:

мезим-форте
фестал
*мебеверин
креон

При недостаточности привратника рекомендуется:

*начинать еду с кислого
Фосфалюгель
запивать пищу водой
креон

Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является:

*кровотечение
перфорация
пенетрация в поджелудочную железу
малигнизация

При непрерывно рецидивирующем течении язвенной болезни наименее эффективна:

гипербарическая оксигенация
лазеротерапия
эндоскопическая санация
*акупунктура

При язвенной болезни с повышенной кислотностью показаны:

свежий хлеб
картофельное пюре
молочные кисели, слизистые супы
*белковые продукты, пюреобразные супы, каши размазни

Механизм действия гиосцина бутилбромид (бускопан):

*действует на гладкую мускулатуру желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря

снимает спазм без развития гипотонии гладкой мускулатуры кишечника
оказывает ганглиоблокирующее действие
действует как прокинетики

Терапевтические мероприятия при функциональных запорах:
прием пищи 5 раз в день, Диета № 3
диета №3, двигательный режим, очистительные клизмы в течение 3-х недель, формирование рефлекса на дефекацию
диета №5, прием слабительных 3-4 недели, формирование рефлекса на дефекацию, опорожнение кишечника в одно и то же время
*прием пищи 5 раз в день, диета № 3, достаточный прием жидкости, двигательный режим, опорожнение кишечника в одно и то же время

Режим назначения антацидов:
*через 1-1,5 часа после еды, при болях
за 20 мин до еды
сразу после еды
на ночь

Терапевтические мероприятия при срыгиваниях у детей раннего возраста:
успокоить родителей, смеси с гидролизатами
кормить по требованию
смеси с пре- и пробиотиками
*постуральная терапия, исключить перекорм, аэрофагию, использовать загустители, антирефлюксные смеси

Детям с реактивным панкреатитом следует рекомендовать следующие дозы панкреатических ферментов (креон):
2000 - 6000 ЕД/кг/сутки
4000-6000 ЕД/кг/сутки
2500 – 3000 ЕД/ кг/сутки
*500-1000-2000 ЕД/кг/ сутки

Расслаблению желчного пузыря способствует:
*умеренное раздражение блуждающего нерва
выброс секретина
раздражение симпатического нерва
прием углеводов

Механизм действия гимекромона (одестона):
действует на гладкую мускулатуру желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря
снимает спазм без развития гипотонии гладкой мускулатуры кишечника
оказывает ганглиоблокирующее действие
*оказывает избирательное спазмолитическое действие на сфинктер Одди и сфинктер желчного пузыря, усиливает образование и отделение желчи

При стенозе гортани III степени ингаляции следует проводить:

30 мин

2 ч

каждые 3 часа по 10 минут

*до появления продуктивного кашля

Основная задача начального этапа инфузионной терапии при заключается в:

восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости

*восстановлении объема циркулирующей плазмы

дезинтоксикации

восстановлении объема циркулирующих эритроцитов

Увеличивает текучесть крови в большей степени препарат:

10 % раствор альбумина

раствор Рингера

нативная плазма

*реополиглюкин

Оптимальным раствором для обеспечения организма ионами калия является:

1% раствор хлорида калия

раствор фосфата калия

*смесь 20% раствора глюкозы и 7,5% раствора хлорида калия

10% раствора хлористого калия

Оптимальным раствором для замещения потерь жидкости из желудочно-кишечного тракта на начальном этапе инфузионной терапии при кишечных инфекциях является:

10% раствор хлорида натрия

0,9% раствор хлорида натрия

*раствор Рингера

глюкоза 40%

Метаболический ацидоз при травматическом шоке купируется прежде всего путем:

проведения искусственной вентиляции легких

адекватного обезболивания

*ликвидации дефицита ОЦК

введения раствора гидрокарбоната натрия

После отравления кислотами промывание желудка в первые часы целесообразнее проводить:

*4 % раствором гидрокарбоната натрия

теплой водой

0,1 % раствором марганцовокислого калия

раствором Рингера

При лечении больных с подвязочным отеком голосовых связок лучший эффект дает применение:

диуретиков

симпатомиметиков

*ингаляционных кортикостероидов

ингаляционных β -2-агонистов

При расчёте общего объема жидкости при проведении инфузионной терапии не учитываются:

состояние и функции органов кровообращения

*уровень сахара крови

наличие патологических потерь воды и ионов из организма

физиологических потребностей организма в воде

У детей грудного возраста рекомендуется применять в качестве жаропонижающего:

анальгин

диклофенак

*ибупрофен

ацетилсалициловую кислоту

«Стационар на дому» при лечении детей с острыми кишечными инфекциями «секреторного» типа не предусматривает назначение данной терапии:

ферментотерапия

*иммунотерапия

оральной регидратация

диетотерапии

При кишечных инфекциях у детей с целью энтеральной детоксикации используют:

*регидрон

креон

фосфоглив

линекс

В остром периоде кишечных инфекций в рационе питания детей используют:

*молочно-кислые продукты (кефир, нежирный творог).

рисовая каша на цельном молоке

цитрусовые (апельсины, мандарины)

мясные и рыбные бульоны

В рацион питания детей с кишечными инфекциями в остром периоде запрещены:

		<p>*жирные сорта мяса, рыбы, птицы консервы для детского питания фруктовые йогурты и ряженки молочно-кислые продукты</p>
К	ПК-8	<p>готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>
Ф	Б/03.8	<p>Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>
И		<p>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</p>
Т		<p>Тестовые задания</p> <p>Антагонистом витамина D является *витамин А витамин В6 витамин В12 витамин Е</p> <p>Продолжительность курса лечения азитромицином при лечении пневмонии составляет 1-2 дня *3 или 5 дней 7-10 дней 11-14 дней</p> <p>При лечении бронхиальной астмы серьезные побочные эффекты развиваются чаще при длительном применении ингаляционных кортикостероидов кромогликата *пероральных кортикостероидов b-2-адреноблокаторов</p> <p>При лечении пневмонии, вызванной бета-лактамаз продуцирующими штаммами пневмококка, целесообразно использовать феноксиметилпенициллин *амоксициллин, потенцированный клавулановой кислотой амоксициллин азитромицин</p> <p>При лечении микоплазменной пневмонии целесообразно использовать природные и полусинтетические пенициллины *макролиды аминогликозиды цефалоспорины 1-го поколения</p> <p>Из осложнений острого постинфекционного гломерулонефрита чаще наблюдается</p>

*гипертоническая энцефалопатия

отек легких

кровотечение

сердечная недостаточность

Капотен относится к

β -адреноблокаторам

ганглиоблокаторам

*ингибиторам ангиотензин-превращающего фермента

α -адреноблокаторам

Снижает артериальное давление путем изменения водно-электролитного баланса

*гипотиазид

дибазол

натрия нитропруссид

ганглиоблокаторы

Ингибитором синтеза ангиотензина-II является

пропранолол

апресин

*эналаприл

верапамил

Показанием к назначению глюкокортикостероидов является

*нефротическая форма гломерулонефрита

гематурическая форма гломерулонефрита

тубулоинтерстициальный нефрит

дизметаболическая нефропатия

Глюкокортикостероиды

*повышают содержание глюкозы в крови

увеличивают количество лимфоцитов в крови

увеличивают синтез белков

являются иммуностимуляторами

При почечной недостаточности противопоказан

klarитромицин

лазикс

оксациллин

*гентамицин

К непрямым антикоагулянтам относится

гепарин

*фенилин

дипиридамол

трентал

Из диуретиков для получения быстрого эффекта целесообразно применять

верошпирон

верошпирон в сочетании с гипотиазидом

*лазикс

		<p>Триампур</p> <p>При назначении хлорбутина исследование общего анализа крови необходимо проводить один раз в 20 дней *один раз в 7-10 дней 1 раз в 3 дня 1 раз в месяц</p> <p>Чаше возникает остеопороз при назначении *триамцинолона трентала лазикса верошпирона</p> <p>Не улучшает микроциркуляцию трентал курантил *гентамицин эуфиллин</p> <p>При гемофилии А следует вводить гемопрепарат прямое переливание крови от матери *концентрат VIII фактора прямое переливание крови «отмытые» эритроциты</p> <p>Отсутствие эффекта гепаринотерапии геморрагического васкулита обусловлено высоким уровнем ЦИК *дефицитом антитромбина III гиперлипидемией гипопротенемией</p>
К	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Ф	Б/05.8	Проведение медицинских экспертиз
И		ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)
Т		<p>Тестовые задания</p> <p>Среди факторов, определяющих развитие хронического пиелонефрита, ведущую роль играют генетическая предрасположенность *нарушение уродинамики иммунокомплексный процесс метаболические нарушения</p> <p>Содержание гемоглобина у детей до 6 лет в норме равно (г/л): 90-150</p>

		<p>*120-140 130-150 190-215</p> <p>Уровень тромбоцитов здорового ребёнка старше года составляет (109/л) 100-150 50-100 100-200 *150-400</p> <p>Артериальное давление на руках можно измерить с 3 лет с 1 года с периода новорожденности *в любом возрасте</p> <p>Правильное соотношение артериального давления следующее АД на руках и ногах одинаково АД на руках выше, чем на ногах АД на ногах выше, чем на руках, но не более 10-15 мм рт. ст. *АД на ногах выше, чем на руках на 20-30 мм рт. ст.</p>
К	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)
Т		<p>Тестовые задания</p> <p>Под неонатальной смертностью подразумевают число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 живорожденных число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 родившихся живыми и мертвыми *число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 часа 59 мин) жизни из 1000 живорожденных число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 часа 59 мин) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>Под ранней неонатальной смертностью подразумевают число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 часа 59 минут) жизни из 1000, родившихся живыми и мертвыми *число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 часа 59 минут) жизни из 1000 живорожденных число детей, умерших в течение первых полных 3 суток (2 дней 23 часа 59 минут) жизни из 1000 живорожденных</p>

		<p>число детей, умерших в течение первых полных 14 суток (13 дней 23 часа 59 минут) жизни из 1000, родившихся живыми и мертвыми</p> <p>Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране уровень рождаемости уровень смертности количество врачей на душу населения *младенческая смертность</p>
К	ПК-13	готовностью к раннему выявлению злокачественных новообразований у детей и подростков, разработке программ лечения, наблюдения и реабилитации
Ф	Б/02.8	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И		ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)
Т		<p>Тестовые задания</p> <p>Лейкопения наблюдается при узелковом полиартериите *волчаночном нефрите дисметаболической нефропатии гломерулонефрите</p> <p>Нехарактерные изменения периферической крови при остром лейкозе ретикулоцитопения *ретикулоцитоз нейтропения тромбоцитопения</p> <p>Для верификации диагноза острого лейкоза наиболее достоверно исследование анализ периферической крови *производство миелограммы биохимическое исследование крови определение уровня ферритина крови</p> <p>При остром лейкозе не являются абсолютно необходимыми исследования рентгенография грудной клетки клинический анализ крови *цистография стерильная пункция</p> <p>Правильная тактика ведения после постановки диагноза острого лейкоза *госпитализация в специализированное гематологическое отделение госпитализация в соматическое отделение</p>

		<p>консультация гематолога консультация онколога</p> <p>Наиболее информативным методом диагностики апластической анемии является клинический анализ крови коагулограмма стерильная пункция *трепанобиопсия</p> <p>Апластические анемии у детей чаще проявляются единичными клетками гранулоцитов в мазках крови *содержание гранулоцитов менее $0,5 \times 10^9/\text{л}$ содержание гранулоцитов выше $0,5 \times 10^9/\text{л}$ содержание гранулоцитов выше $1,5 \times 10^9/\text{л}$</p> <p>Основными причинами смерти при тотальной форме гипопластической анемии гепатоспленомегалия *кровотечения в жизненно важные органы инфекционно-воспалительные процессы дыхательных путей полиорганная дистрофия</p> <p>Наиболее предпочтительным методом лечения приобретённой гипопластической анемии является спленэктомия витамин В12 анаболики *трансплантация костного мозга</p> <p>Гиперлейкоцитоз ($50-200 \times 10^9/\text{л}$) характерен для пневмонии артрита *лейкоза карбункула</p> <p>Наиболее достоверный диагностический признак острого лейкоза геморрагический синдром обнаружение клеток Боткина-Гумпрехта *бластные клетки в миелограмме более 30% анемический синдром</p> <p>Лейкемоидная реакция – это повышение количества лейкоцитов более $20 \times 10^9/\text{л}$ *повышение количества лейкоцитов более $40 \times 10^9/\text{л}$ повышение количества лейкоцитов более $30 \times 10^9/\text{л}$ повышение количества лейкоцитов более $10 \times 10^9/\text{л}$</p>
К	УК-3	<p>готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном</p>

		федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.
Ф	Б/05.8	Проведение медицинских экспертиз
Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)
Т		<p>Тестовые задания</p> <p>К инструментам контроля качества успеваемости студентов не относится: *показатели посещаемости устные ответы тесты устный опрос</p> <p>Комплекс основных характеристик образования, организационно-педагогических условий, который представлен в виде учебного плана, календарного учебного графика, рабочих программ учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), иных компонентов, а также оценочных и методических материалов, относится к: учебному пособию *учебно – методическому комплексу учебному предмету программе дисциплины</p> <p>Уровень знаний, умений, навыков и компетенции, характеризующий подготовленность к выполнению определенного вида профессиональной деятельности, это: грамотность компетентность *квалификация Способность</p> <p>Для синдрома "кошачьего крика" характерно *делеция плечика 5-й пары хромосом транслокация 21-й хромосомы кольцевидная хромосома 18-й пары отсутствие X-хромосомы</p> <p>Опасность брака между родственниками заключается в бесплодии возникновении мутации *повышенной вероятности встречи двух рецессивных генов формировании инфекционной эмбриопатии</p> <p>У женщины 36 лет родился ребенок с типичной болезнью Дауна. для генетической консультации важен фактор *возраст матери</p>

	<p>генотип отца состояние здоровья матери повышенный радиационный фон</p> <p>Ожидаемый результат внедрения обучающих программ состоит в * снижении числа обострений, осложнений и уменьшении степени тяжести заболевания получении родителями детей среднего медицинского образования формировании мотивации здорового образа жизни; развитии личности, способной к самореализации усиленном занятии спортом; формировании мотивации здорового образа жизни развитии личности, способной к самореализации</p> <p>Необходимые данные при направлении на медико-социальную экспертизу (МСЭ) ребенка с адреногенитальным синдромом исключают * данные биопсии печени неонатальный скрининг дефицита 21-гидроксилазы (уровень 17-гидроксипрогестерона) рентгенограмму кисти (определение «костного возраста») суточное мониторирование ритма и артериального давления</p> <p>Определение факта и причин инвалидности ребёнка передано в компетенцию * медико-социальной экспертизы общеобразовательных учреждений комиссии по делам несовершеннолетних центров социального обслуживания населения</p> <p>Основным методом проблемно-целевого обучения детей с хронической патологией и членов семьи является * организация специализированных медицинских школ по профилю заболеваний самостоятельное изучение литературы родителями пациентов оказание самостоятельной медицинской помощи получение среднего медицинского образования родителями детей</p>
--	---

Шкала оценивания

«Отлично» - 91-100% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Хорошо» - 81-90% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Удовлетворительно» - 71-80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

3.2. Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Педиатрия
К	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи
Ф	Б/01.7	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
Ф	Б/02.7	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
Ф	Б/05.7	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у		Девочка 12 месяцев массой 10 кг в сопровождении матери доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмный покой детской больницы. Мать жалуется на затруднённое дыхание у ребёнка, частый кашель, повышение температуры до 37,5°C. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел впервые. Заболевание началось 3 дня назад с повышения температуры, заложенности носа. Затем появился кашель. Лечился в поликлинике, получал Лазолван и Називин. Накануне вечером у девочки произошло ухудшение состояния: появилась одышка, усилился кашель. Родители обратились в скорую помощь. Врачом скорой медицинской помощи была проведена

		ингаляция Сальбутамола с помощью спейсера, после чего одышка несколько уменьшилась, ребёнок доставлен в стационар. Состояние ребёнка врачом приёмного покоя расценено как тяжёлое, одышка вновь усилилась. ЧДД – 60 в минуту. Выдох шумный, слышен на расстоянии. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При перкуссии над лёгкими коробочный звук. При аускультации – жёсткое дыхание, множество сухих свистящих хрипов. Были проведены рентгенографическое исследование грудной клетки и клинический анализ крови. Клинический анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $5,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 18%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 68%, моноциты – 9%, СОЭ – 16 мм/час. Рентгенография грудной клетки: повышенная прозрачность лёгочных полей, усиление лёгочного рисунка, особенно в области корней лёгких, за счёт сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.
В	1	Ваш предварительный диагноз?
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Каким бронхолитическим препаратам надо отдать предпочтение при лечении данного ребёнка?
В	4	Окажите неотложную помощь. Ваша тактика лечения.
В	5	Дайте рекомендации родителям ребёнка по профилактике у него данного заболевания после выписки из стационара

Оценочный лист к ситуационной задаче № 1

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-1 ПК-5 ПК-6	<p>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1).</p> <p>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией</p>

		<p>болезней и проблем, связанных со здоровьем (<u>ПК-5</u>).</p> <p>Г готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков (<u>ПК-6</u>).</p>
Ф	Б/01.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
Ф	Б/02.8	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
Ф	Б/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Девочка 12 месяцев массой 10 кг в сопровождении матери доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмный покой детской больницы. Мать жалуется на затруднённое дыхание у ребёнка, частый кашель, повышение температуры до 37,5°C. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел впервые. Заболевание началось 3 дня назад с повышения температуры, заложенности носа. Затем появился кашель. Лечился в поликлинике, получал Лазолван и Називин. Накануне вечером у девочки произошло ухудшение состояния: появилась одышка, усилился кашель. Родители обратились в скорую помощь. Врачом скорой медицинской помощи была проведена ингаляция Сальбутамола с помощью спейсера, после чего одышка несколько уменьшилась, ребёнок доставлен в стационар. Состояние ребёнка врачом приёмного покоя расценено как тяжёлое, одышка вновь усилилась. ЧДД – 60 в минуту. Выдох шумный, слышен на расстоянии. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При перкуссии над лёгкими коробочный звук. При аускультации – жёсткое дыхание, множество сухих свистящих хрипов. Были проведены рентгенографическое исследование грудной клетки и клинический анализ крови. Клинический анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $5,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $10,9 \times 10^9 /л$, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 18%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 68%, моноциты – 9%, СОЭ – 16 мм/час. Рентгенография грудной клетки: повышенная прозрачность лёгочных полей, усиление лёгочного рисунка, особенно в области корней лёгких, за счёт сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.</p>
В	1	Ваш предварительный диагноз

Э		1. Острый бронхит тяжелой степени. Бронхообструктивный синдром.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	Хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный. «Удовлетворительно»: ответ не полный: диагноз указан без использования классификации острого бронхита. Не указан Бронхообструктивный синдром
P0	неудовлетворительно	Диагноз поставлен не верно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Клинический диагноз «острый обструктивный бронхит» выставлен на основании анамнеза заболевания – заболевание началось с ОРВИ, состояние ухудшилось к 4 дню за счёт нарастания бронхиальной обструкции; на основании данных объективного осмотра – признаки нарушения проходимости бронхов (учащённое дыхание с затруднённым выдохом, множество сухих свистящих хрипов при аускультации лёгких, уменьшение одышки после применения бронхолитика), признаки вздутия лёгких (увеличение переднезаднего размера грудной клетки, коробочный звук при перкуссии лёгких); на основании рентгенографического исследования – усиление лёгочного рисунка за счёт сосудистого компонента и перибронхиальных изменений, повышенная прозрачность лёгочных полей; данных клинического анализа крови – незначительный лейкоцитоз с лимфоцитарным сдвигом, ускорение СОЭ.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: не назначено 1,2 пункта. «Удовлетворительно»: не сказано 3-4 пункта
P0	неудовлетворительно	Не может обосновать диагноз
В	3	Каким бронхолитическим препаратам надо отдать предпочтение при лечении данного ребёнка?
Э		Для купирования бронхообструкции у данного ребёнка предпочтение следует отдать β2-агонистам короткого действия (Сальбутамол,

		Фенотерол), которые вызывают расслабление гладкой мускулатуры бронхов, снижают проницаемость сосудистой стенки, усиливают мукоцилиарный клиренс или препарату из группы М-холинолитиков – Ипратропиума бромида (Атровент). Причём при добавлении к β_2 -агонистам Ипратропиума бромида достигается синергический эффект. Поэтому бывает наиболее эффективным использование фиксированной комбинации Фенотерола и Ипратропиума бромида (Беродуала).
P2	отлично	Ответ полный
P1	хорошо/удовлетворительно	«хорошо»: ответ не полный, не указан один пункт «удовлетворительно»: ответ не полный, не указаны два пункта
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать описание бронхолитических препаратов
B	4	Окажите неотложную помощь. Ваша тактика лечения.
Э		Успокоить ребёнка. Беродуал (Berodual) 10 капель растворить в 3 мл физиологического раствора хлорида Натрия, ввести путём ингаляции через небулайзер. При отсутствии эффекта ингаляцию можно повторить еще дважды через 20 минут. Пульмикорт (Pulmicort) 0,25 мг растворить в 3 мл физиологического раствора, ввести путём ингаляции через небулайзер через 15-20 мин после ингаляции Беродуала. Если эффект от вышеперечисленной терапии не наступил, то внутривенно ввести 1,3 мл 0,4% раствора Дексаметазона (Sol. Dexametasoni) из расчёта 0,5 мг/кг и 1,7 мл 2,4% раствора Эуфиллина (Sol. Euphyllini) из расчёта 4 мг/кг, лучше в/в капельно, предварительно растворив в 20 мл 0,9% раствора Натрия хлорида.
P2	отлично	Ответ полный
P1	хорошо/удовлетворительно	«хорошо»: ответ не полный, не указаны 1-2 пункта «удовлетворительно»: ответ не полный, не указаны 3-4 пункта
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может указать критерии качества оказания помощи в стационаре.
B	5	Дайте рекомендации родителям ребёнка по профилактике у него данного заболевания после выписки из стационара.
Э		Респираторные вирусные инфекции, вызывающие обструктивный бронхит и бронхиолит у детей раннего возраста, весьма контагиозны и распространяются не только воздушно-капельным, но и контактным

		путём. Инфекция может переноситься руками после контакта с секретами дыхательных путей. Поэтому распространение вирусов уменьшает частое мытьё рук ухаживающих за ребёнком лиц. Родителям рекомендуется ограничить пребывание ребёнка раннего возраста в людных местах, в том числе в детских учреждениях, исключить возможность пассивного курения, переохлаждений в эпидемический сезон инфекции (зима-весна). Проводить закаливание ребёнка.
P2	отлично	Ответ полный
P1	хорошо/удовлетворительно	«хорошо»: ответ не полный, не указаны 1-2 пункта «удовлетворительно»: ответ не полный, не указаны 3-4 пункта
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может указать основные рекомендации
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Доцент института Григорян Л.А.

Ситуационная задача № 2

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	ПК-6	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков (ПК-6).
Ф	Б/01.7	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза

Ф	Б/02.7	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
Ф	Б/07.7	Оказание экстренной медицинской помощи
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мальчик родился от матери 23 лет. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные в 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребёнок с массой 3250 г, ростом 50 см с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте тяжёлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон; сердцебиение – 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи – гримаса неудовольствия. Оценка по шкале Апгар – 6 баллов.
В	1	Поставьте диагноз
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз.
В	3	Окажите неотложную помощь новорождённому.
В	4	Проведите дифференциальную диагностику.
В	5	Какова тактика ведения новорождённого?

Оценочный лист к ситуационной задаче № 2

Ви д	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-5 ПК-6	<p>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем <u>(ПК-5)</u>.</p> <p>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков <u>(ПК-6)</u>.</p>
Ф	Б/01.7	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
Ф	Б/02.7	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или)

		состояниями контроль его эффективности и безопасности
Ф	Б/07.7	Оказание экстренной медицинской помощи
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мальчик родился от матери 23 лет. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные в 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребёнок с массой 3250 г, ростом 50 см с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте тяжёлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон; сердцебиение – 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи – гримаса неудовольствия. Оценка по шкале Апгар – 6 баллов.
В	1	Асфиксия новорождённого средней степени тяжести
Э		
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный – неправильно указана степень тяжести «Удовлетворительно»: ответ не полный неправильно указан диагноз
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может сформулировать основные принципы защиты населения в чрезвычайных ситуациях.
В	2	Обоснуйте диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании данных течения родов (обвитие пуповины вокруг шеи новорождённого), клинических проявлений (состояние тяжёлое, акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия), оценки по шкале Апгар (6 баллов).
Р2	отлично	Ответ полный
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указано, что травма грудной клетки открытая. «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указан травматический шок.

Р0	неудовлетворительно	Диагноз поставлен не верно.
В	3	Окажите неотложную помощь новорожденному.
Э		Не пережимая пуповину, предотвратить потерю тепла; придать новорождённому положение со слегка запрокинутой головой, «поза для чихания»; освободить дыхательные пути (очистить рот и нос от слизи); провести тактильную стимуляцию дыхания; ИВЛ маской (масочная ИВЛ воздухом); оценить состояние новорождённого. При адекватном дыхании и сердечной деятельности закончить реанимационные мероприятия.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указаны 1-2 пункта. «Удовлетворительно»: не указаны ИВЛ, стимуляция дыхания
Р0	неудовлетворительно	Не может объяснить принципы оказания неотложной помощи
В	4	Дифференциальный диагноз
Э		Дифференциальная диагностика проводится с острыми кровопотерями, внутричерепными кровоизлияниями, пороками развития мозга, болезнями сердца, лёгких, диафрагмальной грыжей, внутричерепной родовой и спинальными травмами.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: не названы 2 пункта «Удовлетворительно»: не названо 3-4 заболевания
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может назвать заболевания, с которыми нужно проводить диф. диагностику
В	5	Какова тактика ведения новорождённого?
Э		После проведения реанимационных мероприятий новорождённого для дальнейшего наблюдения (клинический, аппаратный и лабораторный

		мониторинг для профилактики ранних осложнений), перевести в ПИТ.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: Не указан один из видов помощи «Удовлетворительно»: неправильно указана тактика ведения
P0	неудовлетворительно	Не дал ответа по вопросу.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Доцент института Григорян Л.А.

Ситуационная задача № 3

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
		готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
	ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или

		абилитации инвалидов
Ф	Б/04.8	Проведение медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мать с мальчиком 4 лет обратилась к врачу-нефрологу поликлиники с жалобами на повышение температуры тела, недомогание, слабость, снижение аппетита, периодические боли в животе у ребёнка. При анализе амбулаторной карты выявлено, что в течение года у ребёнка отмечались подъёмы температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и ЛОР-органов. Однако расценивались указанные симптомы как проявления ОРВИ, по поводу чего получал противовирусные препараты, жаропонижающие препараты, а также неоднократно короткие курсы пероральных антибактериальных средств. УЗИ почек на первом году жизни без патологии. Анализы мочи в течение последнего года до настоящего обращения не исследовались. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,3°C, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД – 100/60 мм рт.ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, тёплые. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края нёбных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в лёгких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный слева. Мочеиспускание – 4-5 раз в сутки по 150-200 мл, свободное, периодически отмечается беспокойство при мочеиспускании. Стул оформленный, со склонностью к запорам (1 раз в 1-3 дня). Результаты амбулаторного обследования: общий анализ крови: эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $15,2 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/час; общий анализ мочи: белок – 0,3 г/л, лейкоциты – 170-180 в поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, реакция щелочная; по данным диагностической тест-полоски –</p>

		бактериурия ++. УЗИ почек: выявлено уплотнение стенок ЧЛС, пиелэктазия слева (лоханка 9 мм на наполненный мочевой пузырь, 14 мм – после микции).
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Укажите необходимое визуализирующее исследование для уточнения диагноза и определения тактики ведения (проводимое после достижения ремиссии заболевания).
В	4	Антибактериальные препараты каких групп наиболее часто используются при этом заболевании?
В	5	Укажите препарат нитрофуранового ряда, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания.

Оценочный лист к ситуационной задаче № 3

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-2 ПК-8 ПК-9	<p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (<u>ПК-2</u>).</p> <p>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (<u>ПК-8</u>).</p> <p>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (<u>ПК-9</u>).</p>
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	Б/04.8	Проведение медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому

		просвещению населения
Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э		Хронический пиелонефрит, обострение. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс слева?
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный «Удовлетворительно»: ответ не полный
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать ответ
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании: подъёмов температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и ЛОР-органов в течение последнего года, боли в животе, лейкоцитоз нейтрофильного характера, увеличение СОЭ, протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, микрогематурия. Диагноз «пузырно-мочеточниковый рефлюкс» предположен в связи с наличием пиелоэктазии слева, с увеличением объёма лоханки после микции (по данным УЗИ).
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан один из пунктов «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указаны три и более пункта
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может ответить

В	3	Укажите необходимое визуализирующее исследование для уточнения диагноза и определения тактики ведения (проводимое после достижения ремиссии заболевания).
Э		Микционная цистография для подтверждения пузырно-мочеточникового рефлюкса и уточнения его степени.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан один из пунктов. «Удовлетворительно»: не точно указан диагноз
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать ответ.
В	4	Антибактериальные препараты каких групп наиболее часто используются при этом заболевании?
Э		Цефалоспорины (Цефотаксим, Цефтриаксон, Цефиксим), ингибиторзащищенные пенициллины (Амоксициллин/Клавуланат).
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: Не указаны все антибактериальные препараты «Удовлетворительно»: помимо правильно указанных антибиотиков, назвал препараты не использующиеся
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может осуществить диспансерное наблюдение
В	5	Укажите препарат нитрофуранового ряда, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания.
Э		Фуразидин.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный указан препарат того же ряда, указано торговое название.

		«Удовлетворительно»: не правильно указан препарат
Р0	неудовлетворительно	Не ответил на вопрос
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Доцент института Григорян Л.А.

Ситуационная задача № 4

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
	ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
	ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	Б/04.8	Проведение медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>У девочки 11 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, которые появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приёмом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участковому неделю назад, после амбулаторной ЭФГДС повторно пришла на приём к врачу-педиатру участковому. У матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Характер – эмоциональна. Осмотр: рост – 148 см, масса – 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Де-Жардена и Мейо-Робсона. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии. Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, цветовой показатель – 0,9, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $7,2 \times 10^9 /л$; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачная, рН – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в поле зрения; лейкоциты – 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза – 100 Ед/л (норма – 10-120), билирубин – 15 мкмоль/л, их них связанный – 3 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отёчная, на задней стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки – 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка – 21 мм (норма – 18), тело – 15 мм (норма – 15), хвост – 22 мм (норма – 18), эхогенность головки и хвоста снижена. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента.
В	4	На основе каких препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии?
В	5	Подберите необходимую диету для больного.

Оценочный лист к ситуационной задаче № 4

Ви д	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными <u>(ПК-2)</u> .
	ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении <u>(ПК-8)</u> .
	ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <u>(ПК-9)</u> .
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	Б/04.8	Проведение медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

		ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>У девочки 11 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, которые появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приёмом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участковому неделю назад, после амбулаторной ЭФГДС повторно пришла на приём к врачу-педиатру участковому. У матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Характер – эмоциональна. Осмотр: рост – 148 см, масса – 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положительн в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области, также болезненность в точке Де-Жардена и Мейо-Робсона. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии. Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, цветовой показатель – 0,9, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $7,2 \times 10^9 /л$; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачная, pH – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в поле зрения; лейкоциты – 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза – 100 Ед/л (норма – 10-120), билирубин – 15 мкмоль/л, их них связанный – 3 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отёчная, на задней стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки – 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка – 21 мм (норма – 18), тело – 15 мм (норма – 15), хвост – 22 мм (норма – 18), эхогенность головки и хвоста снижена. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение. <i>H. pylori</i>

		(+).
P2	отлично	Ответ полный.
P1	Хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указано в диагнозе чем ассоциировано заболевание
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать ответ
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании типичных жалоб: голодные, «поздние» и «ночные» боли в эпигастрии, купирующиеся приёмом пищи, отягощённая наследственность по гастроэнтерологической патологии, данных объективного осмотра: положительный симптом Менделя, болезненность при пальпации эпигастральной и пилородуоденальной зоны, болезненность при пальпации в точках Де-Жардена и МейоРобсона, эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки, УЗИ органов брюшной полости и положительного биопсийного теста на НР-инфекцию.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан один из пунктов «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указаны два пункта
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может ответить
B	3	Составьте план дополнительного обследования пациента.
Э		Пациенту рекомендовано: исследование кала на скрытую кровь. Копрограмма.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан один из пунктов. «Удовлетворительно»: указаны неправильные доп. обследования
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может ответить

	орительно	
В	4	На основе каких препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии?
Э		Однонедельную тройную терапию на основе ингибиторов протонной помпы, висмута трикалия дицитрат и антибактериального препарата.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: Не указан период лечения «Удовлетворительно»: не указан 1 препарат из тройной терапии
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может рассказать схему первой линии
В	5	Подберите необходимую диету для больного.
Э		Стол № 1 (4-5 кратный приём пищи).
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный. «Удовлетворительно»: неправильно указан номер диеты
P0	неудовлетворительно	Ординатор не ориентируется в лечебных диетах
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Доцент института Григорян Л.А.

Ситуационная задача № 5

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
	ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
	ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	Б/04.8	Проведение медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мальчик 25 дней осмотрен врачом-педиатром участковым. Жалобы на усиление желтухи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, судороги во время осмотра. Анамнез: матери 20 лет. Студентка ветеринарного факультета. Беременность первая протекала с угрозой прерывания, многоводием. В сроке 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов. Выявлены IgM «+» и IgG «+» к токсоплазме. Срочные первые роды в 38 недель. Предлежание головное. Оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. Вес при рождении – 2900 г, рост – 51 см, окружность головы – 35 см, окружность груди – 34 см.

		<p>К груди приложен в течение первого часа после рождения. Совместное пребывание матери и ребёнка в родильном доме. У ребёнка желтуха со вторых суток жизни. Вакцинация п/гепатита и БЦЖ. В роддоме проведено обследование. Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$/л, лейкоциты – 18×10^9 /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лейкоциты – 17%, моноциты – 8%, тромбоциты - 112×10^9 /л, общий билирубин – 156 мкмоль/л, прямой – 63 мкмоль/л. СРБ – 60 мг/л, АЛТ – 230 МЕ/л, АСТ – 180 МЕ/л. Нейросонография: повышение эхогенности перенхимы, увеличение размеров боковых желудочков (S – 14 мм, D – 16 мм), множественные гиперэхогенные тени в подкорковой зоне. При осмотре состояние тяжёлое. Температура тела – 37,6°C. Ребёнок беспокойный. Негативная реакция на осмотр. Тактильная гиперестезия. Тремор рук и подбородка. Вес – 3200 г. Голова гидроцефальной формы, окружность – 39 см, большой родничок – 4×4 см, напряжён. Выражена венозная сеть на коже головы. Голова запрокинута назад. Симптом Грефе. Кожные покровы желтушные с серым оттенком. Дыхание над всеми полями лёгких пуэрильное, хрипов нет. ЧДД – 45 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 138 ударов в минуту, АД – 76/43 мм рт.ст. Живот слегка поддут, мягкий при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Стул жёлтый, кашицеобразный. Мочевыделение не нарушено.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	4	Определите тактику антибактериальной терапии.
В	5	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Оценочный лист к ситуационной задаче № 5

Ви д	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-2 ПК-8	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2).

	ПК-9	<p>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8).</p> <p>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)</p>
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	Б/04.8	Проведение медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мальчик 25 дней осмотрен врачом-педиатром участковым. Жалобы на усиление желтухи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, судороги во время осмотра. Анамнез: матери 20 лет. Студентка ветеринарного факультета. Беременность первая протекала с угрозой прерывания, многоводием. В сроке 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов. Выявлены IgM «+» и IgG «+» к токсоплазме. Срочные первые роды в 38 недель. Предлежание головное. Оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. Вес при рождении – 2900 г, рост – 51 см, окружность головы – 35 см, окружность груди – 34 см. К груди приложен в течение первого часа после рождения. Совместное пребывание матери и ребёнка в родильном доме. У ребёнка желтуха со вторых суток жизни. Вакцинация п/гепатита и БЦЖ. В роддоме проведено обследование. Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$/л, лейкоциты – 18×10^9/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лейкоциты – 17%, моноциты – 8%, тромбоциты - 112×10^9 /л, общий билирубин – 156 мкмоль/л, прямой – 63 мкмоль/л. СРБ – 60 мг/л, АЛТ – 230 МЕ/л, АСТ – 180 МЕ/л. Нейросонография: повышение эхогенности перенхимы,</p>

		увеличение размеров боковых желудочков (S – 14 мм, D – 16 мм), множественные гиперэхогенные тени в подкорковой зоне. При осмотре состояние тяжёлое. Температура тела – 37,6°С. Ребёнок беспокойный. Негативная реакция на осмотр. Тактильная гиперестезия. Тремор рук и подбородка. Вес – 3200 г. Голова гидроцефальной формы, окружность – 39 см, большой родничок – 4×4 см, напряжён. Выражена венозная сеть на коже головы. Голова запрокинута назад. Симптом Грефе. Кожные покровы желтушные с серым оттенком. Дыхание над всеми полями лёгких пуэрильное, хрипов нет. ЧДД – 45 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 138 ударов в минуту, АД – 76/43 мм рт. ст. Живот слегка подвздут, мягкий при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Стул жёлтый, кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		1. ВУИ. Токсоплазмоз. Менингоэнцефалит. Гипертензионно-гидроцефальный синдром.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	Хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный «Удовлетворительно»: ответ не полный
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может выставить диагноз
В	2	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Серологическое обследование крови матери и ребёнка на титр антител к внутриутробным инфекциям (ИФА) или ПЦР для идентификации возбудителя инфекции. Спинномозговая пункция для выявления воспалительных изменений в ликворе в результате поражения мозговых оболочек и вещества головного мозга. УЗИ органов брюшной полости для выявления возможной патологии. ЭКГ и Эхо-КГ для выявления эмбриопатий со стороны сердечно-сосудистой системы. Консультация врача-офтальмолога и врача-невролога, так как для токсоплазмоза характерно поражение глаз и головного мозга.
P2	отлично	Ответ полный.

P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан 1-2 из пунктов «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указано серологическое обследование.
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может назвать основные методы диагностики.
B	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э		Диагноз ВУИ (токсоплазмоз, менингоэнцефалит, гипертензионногидроцефальный синдром, гепатит) установлен на основании данных анамнеза (в 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов, положительными данными ИФА к токсоплазме), данных клинического осмотра (субфебрилитет, неврологическая симптоматика в виде беспокойства ребёнка, судорог, развития гипертензионногидроцефального синдрома, нарастающая желтуха, гепатоспленомегалия), данных лабораторного обследования (наличие воспалительных изменений в анализе крови, анемия, тромбоцитопения, повышение уровня прямого билирубина и трансаминаз, СРБ, выявление при НСГ гидроцефалии и кальцинатов).
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан 1-2 из пунктов. «Удовлетворительно»: не указаны 3 и более пункта
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать обоснование
B	4	Определите тактику антибактериальной терапии
Э		Лечение токсоплазмоза у новорождённого с учётом активности воспалительного процесса: Пириметамин 1 мг/кг/сутки (на 2 приёма) 5 дней + Сульфасалазин 50-100 мг/кг/сутки (в 3-4 приёма) 7 дней. При непереносимости сульфаниламидов возможно назначение Клиндамицина по 10-40 мг/кг/сутки в 3 введения. Проводят 3 курса с интервалами 7-14 дней + Фолиевая кислота 1-5 мг 1 раз в 3 дня всего курса лечения с целью устранения побочных действий антифолатов.
P2	отлично	Ответ полный.

P1	хорошо/ удовлетвори тельно	«Хорошо»: Не указана периодичность плановых осмотров «Удовлетворительно»: не учтены диспансерные группы.
P0	неудовлетво рительно	Обучающийся не может осуществить диспансерное наблюдение
B	5	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
Э		Цитомегаловирусная инфекция, врождённая краснуха, листериоз.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удо влетворител ьно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан 1 пункт. «Удовлетворительно»: неправильно указаны 1-2 заболеваний
P0	неудовлетво рительно	Ординатор не может ответить на поставленный вопрос.
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора- составителя	Доцент института Григорян Л.А.

Ситуационная задача № 6

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
C	31.08.19	Специальность Педиатрия
K	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
	ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-

		курортном лечении
	ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	Б/04.8	Проведение медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>На приёме повторно мать с девочкой 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела. Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный. При дополнительном расспросе установлено, что отец ребёнка плохо переносит молоко. Из анамнеза жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии лёгкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении - 3100 г, длина - 52 см, оценка по шкале Апгар - 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез не отягощён. Объективно: состояние средней тяжести, масса тела - 3500 г, длина - 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отёков нет. Большой родничок - 1,0×1,0 см, не напряжён. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранён. Стул от 2 до 5 раз в</p>

		сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.
В	4	Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания?
В	5	Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью.

Оценочный лист к ситуационной задаче № 6

Ви д	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными <u>(ПК-2)</u> .
	ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении <u>(ПК-8)</u> .
	ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <u>(ПК-9)</u> .
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	Б/04.8	Проведение медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>На приёме повторно мать с девочкой 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела. Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный. При дополнительном расспросе установлено, что отец ребёнка плохо переносит молоко. Из анамнеза жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии лёгкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении - 3100 г, длина - 52 см, оценка по шкале Апгар - 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез не отягощён. Объективно: состояние средней тяжести, масса тела - 3500 г, длина - 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отёков нет. Большой родничок - 1,0×1,0 см, не напряжён. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранён. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Первичная лактазная недостаточность. Вакцинация проводится согласно календарю прививок, но в периоде клинико-лабораторной ремиссии, или по эпидемическим показаниям.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный «Удовлетворительно»: ответ не полный

P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать ответ
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: жалоб родителей на неустойчивый стул, отставание в физическом развитии; данных анамнеза (с первых дней жизни у ребёнка частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью; вскармливание до 2 месяцев грудное, затем в питание добавлена смесь «НАН», после чего стул улучшился; отец ребёнка плохо переносит молоко); наличия клинических проявлений синдрома мальабсорбции, белково-энергетической недостаточности - дефицит массы тела 15%, анемический, диспепсический, умеренный миотонический синдром.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан один из пунктов «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указаны два пункта и более
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не дал ответа
B	3	Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента
Э		Общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ); биохимический анализ крови (о. белок, альбумин, глюкоза, показатели обмена железа); определение уровня экскреции углеводов с калом; копрологическое исследование; водородный дыхательный тест; анализа кала на микрофлору; УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства; консультация врачом-генетиком.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан один из пунктов. «Удовлетворительно»: не указаны определение уровня экскреции углеводов с калом
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может перечислить дополнительные методы

	рительно	исследования
В	4	Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания?
Э		Лактазная недостаточность не является показанием для перевода ребёнка на искусственное вскармливание. Обеспечение ферментации 100 мл молока (в каждое кормление грудным молоком): «Лактаза Бэби» (1 капсула = 7 мг = 700 ед. лактазы), «Лактазар». Сцедить 20-30 мл молока. Добавить в молоко фермент (от 1 до 4 капсул в зависимости от состояния ребёнка, уровня углеводов в кале). Оставить молоко при комнатной температуре на 10 минут. Дать ребёнку ферментированное молоко. Приложить ребёнка к груди.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ неполный, не указаны «Удовлетворительно»: не учтены диспансерные группы.
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может осуществить диспансерное наблюдение
В	5	Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью.
Э		Вакцинация проводится согласно календарю прививок, но в периоде клинико лабораторной ремиссии, или по эпидемическим показаниям.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный «Удовлетворительно»: не указаны условия вакцинации
P0	неудовлетворительно	Ответ не дан
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О.	Доцент института Григорян Л.А.

	автора-составителя	
--	--------------------	--

Ситуационная задача № 7

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (<u>ПК-2</u>).
	ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (<u>ПК-8</u>).
	ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (<u>ПК-9</u>).
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	Б/04.8	Проведение медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		На профилактическом приеме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком четырех месяцев. Масса тела – 6100 г, длина – 63 см, окружность головы – 41, окружность грудной клетки – 41 см, большой родничок – 2,5×3,0 см, ЧСС – 128 ударов в минуту, ЧДД – 42 в минуту. НПР: узнает мать, следит за игрушкой, хватает висящую игрушку, гулит, смеется. В положении на животе хорошо и долго удерживает

		<p>головку вертикально. Социальный анамнез: матери 38 лет, образование средне-специальное. Вредных привычек не имеет. Отцу 53 года, брак не зарегистрирован, с семьей не живёт. Проживает в общежитии, комната 14 м², психологический климат в семье неустойчивый. Из биологического анамнеза: от 3 беременности (2 предыдущие – медицинский аборт), протекавшей на фоне токсикоза, анемии, ОРВИ в сроке 22 недели, острый пиелонефрит в 30 недель. Роды в 35 недель, преждевременное излитие околоплодных вод. 1 период - 8 часов, 2 период - 15 минут. Закричал сразу, по Апгар 7/8 баллов. Масса при рождении – 2340, рост – 43 см, окружность груди – 32, окружность головы – 33 см. В роддоме получил вакцинацию против гепатита и туберкулеза. Исключительно на грудном вскармливании, витамин Д в профилактической дозе. Не болел. Профилактические прививки по возрасту. Жалобы матери на снижение аппетита у ребёнка последние 10 дней. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые. Подкожно жировой слой развит удовлетворительно. Тургор тканей не снижен, гипотония мышц живота. Края большого родничка податливые. Очаговый краниотабес в области затылочной кости. Дыхание пуэрильное, тоны ритмичные, короткий систолический шум на верхушке. Живот мягкий безболезненный, печень выступает на 2 см по среднеключичной линии. Стул 3 раза, кашицеобразный, без патологических примесей. Мочится до 12 раз в сутки. В анализах: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 102 г/л, MCN < 24 pg, лейкоциты – $6,9 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 4%, сегментоядерные – 32%, лимфоциты – 58%, моноциты – 6%, СОЭ – 9 мм/ч. Анализ мочи без патологии. УЗИ скрининг в 2 месяца – патологии не выявлено. Осмотрен врачом-хирургом, врачом-офтальмологом, врачом-неврологом, врачом-ортопедом, врачом-кардиологом: патологии не выявлено.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз.
В	2	Обоснуйте выставленный диагноз.
В	3	Дайте комплексную оценку состояния здоровья.
В	4	Назначьте медикаментозную терапию согласно выставленному диагнозу.
В	5	Дайте рекомендации по питанию ребёнка.

Оценочный лист к ситуационной задаче № 7

Ви д	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-2 ПК-8 ПК-9	<p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2).</p> <p>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8).</p> <p>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).</p>
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	Б/04.8	Проведение медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>На профилактическом приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком четырех месяцев. Масса тела – 6100 г, длина – 63 см, окружность головы – 41, окружность грудной клетки – 41 см, большой родничок – 2,5×3,0 см, ЧСС – 128 ударов в минуту, ЧДД – 42 в минуту. НПР: узнает мать, следит за игрушкой, хватает висящую игрушку, гулит, смеется. В положении на животе хорошо и долго удерживает головку вертикально. Социальный анамнез: матери 38 лет, образование средне-специальное. Вредных привычек не имеет. Отцу 53 года, брак не зарегистрирован, с семьей не живёт. Проживает в общежитии, комната 14 м², психологический климат в семье неустойчивый. Из биологического</p>

		<p>анамнеза: от 3 беременности (2 предыдущие – медицинский аборт), протекавшей на фоне токсикоза, анемии, ОРВИ в сроке 22 недели, острый пиелонефрит в 30 недель. Роды в 35 недель, преждевременное излитие околоплодных вод. 1 период - 8 часов, 2 период - 15 минут. Закричал сразу, по Апгар 7/8 баллов. Масса при рождении – 2340, рост – 43 см, окружность груди – 32, окружность головы – 33 см. В роддоме получил вакцинацию против гепатита и туберкулеза. Исключительно на грудном вскармливании, витамин Д в профилактической дозе. Не болел. Профилактические прививки по возрасту. Жалобы матери на снижение аппетита у ребёнка последние 10 дней. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые. Подкожно жировой слой развит удовлетворительно. Тургор тканей не снижен, гипотония мышц живота. Края большого родничка податливые. Очаговый краниотабес в области затылочной кости. Дыхание пуэрильное, тоны ритмичные, короткий систолический шум на верхушке. Живот мягкий безболезненный, печень выступает на 2 см по среднеключичной линии. Стул 3 раза, кашицеобразный, без патологических примесей. Мочится до 12 раз в сутки. В анализах: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 102 г/л, МСН < 24 pg, лейкоциты – $6,9 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 4%, сегментоядерные – 32%, лимфоциты – 58%, моноциты – 6%, СОЭ – 9 мм/ч. Анализ мочи без патологии. УЗИ скрининг в 2 месяца – патологии не выявлено. Осмотрен врачом-хирургом, врачом-офтальмологом, врачом-неврологом, врачом-ортопедом, врачом-кардиологом: патологии не выявлено.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э		Основной диагноз: анемия, железодефицитная, легкая. Сопутствующий: рахит, острое течение, разгар.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указано второе заболевание, не указана степень
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать ответ
В	2	Обоснуйте выставленный диагноз.
Э	-	Анемия: из анамнеза - наличие анемии во время беременности,

		токсикоз, роды недоношенным ребенком, жалобы на снижение аппетита, объективных данных – бледность кожи, короткий систолический шум на верхушке, в анализе крови Hb ниже 110 г/л, низкий цветовой показатель. Рахит: особенности остеогенеза у недоношенных детей, податливость краев большого родничка, краниотабес плоских костей, гипотония мышц живота, увеличение размеров печени
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан один из пунктов «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указаны два пункта и более
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может обосновать диагноз
B	3	Дайте комплексную оценку состояния здоровья.
Э		Физическое развитие нормальное при средней длине тела. НГР 1 группа, нормальное развитие. Резистентность хорошая. Диагноз основной: анемия, железодефицитная, легкая. Сопутствующий: рахит 2, острое течение, разгар Группа здоровья 2Б. Группа риска по патологии ЦНС, расстройствам питания, развитию аномалий прикуса, тимомегалии.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан один – два из пунктов. «Удовлетворительно»: не указаны три пункта и более
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать оценку физического развития
B	4	Назначьте медикаментозную терапию согласно выставленному диагнозу.
Э		Назначить препарат железа в лечебной дозе: Феррум Лек – 5 мг/кг/сутки, всего 30,5 мг/сутки = 12 капель в три приёма. При достижении лечебного эффекта, дозу снизить в 2 раза и продолжать приём препарата еще 2 месяца – для создания депо. Назначить витамин Д3 водный – в суточной дозе 5000 МЕ – 10 капель, в течение 1 месяца, затем принимать профилактическую дозу 2 капли 1000 МЕ.

P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: не указан период лечения «Удовлетворительно»: не полностью расписано лечение
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может расписать лечение
B	5	Дайте рекомендации по питанию ребёнка.
Э		Продолжить грудное вскармливание, перейти к режиму через 4 часа, ввести прикорм монокомпонентной безмолочной кашей промышленного производства, разведённой грудным молоком, с 1-2 ложек, постепенно заменяя целое кормление до 150,0 г. Через 2 недели ввести овощное пюре, монокомпонентное, промышленного производства. До 6 месяцев ввести мясное пюре.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указаны 1-2 пункта «Удовлетворительно»: не указаны правила прикорма
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может расписать диету.
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Доцент института Григорян Л.А.

Ситуационная задача № 8

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
	ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
	ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	Б/04.8	Проведение медицинских экспертиз
Ф	Б/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		На приёме у врача-педиатра участкового мальчик 14 лет с жалобами на затруднённое носовое дыхание через левую половину носа, выделения гнойного характера из левой половины носа и через носоглотку, головную боль в вечернее время, температуру тела 37,3-37,6°С. Из анамнеза известно, что ребёнок страдает хроническим левосторонним гнойным верхнечелюстным синуситом, за последние 5 лет было 8 обострений, во время лечения выполняли пункции левой верхнечелюстной пазухи. 2 месяца назад ребёнок принимал цефалоспорины в течение недели. Врачом-оториноларингологом был поставлен диагноз «искривление перегородки носа влево», дана

		рекомендация планового хирургического лечения – риносептумпластики, от которой пациент и родители воздержались. Настоящие жалобы появились 2 дня назад. Объективно: состояние больного удовлетворительное, температура тела – 37,3°C. ЧД – 20 в 1 минуту, ЧСС – 78 ударов в 1 минуту. Носовое дыхание затруднено через левую половину носа, мальчик с трудом высмаркивает гнойное отделяемое из левой половины носа. Пальпация передней стенки левой верхнечелюстной пазухи умеренно болезненная. При фарингоскопии: задняя стенка глотки розовая, по ней стекает гной, небные миндалины I степени, в лакунах патологический секрет отсутствует.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Составьте план лечения.
В	5	Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Оценочный лист к ситуационной задаче № 8

Ви д	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-2 ПК-8 ПК-9	<p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (<u>ПК-2</u>).</p> <p>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (<u>ПК-8</u>).</p> <p>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (<u>ПК-9</u>).</p>
Ф	Б/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	Б/04.8	Проведение медицинских экспертиз

Ф	Б/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	Б/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		На приёме у врача-педиатра участкового мальчик 14 лет с жалобами на затруднённое носовое дыхание через левую половину носа, выделения гнойного характера из левой половины носа и через носоглотку, головную боль в вечернее время, температуру тела 37,3-37,6°С. Из анамнеза известно, что ребёнок страдает хроническим левосторонним гнойным верхнечелюстным синуситом, за последние 5 лет было 8 обострений, во время лечения выполняли пункции левой верхнечелюстной пазухи. 2 месяца назад ребёнок принимал цефалоспорины в течение недели. Врачом-оториноларингологом был поставлен диагноз «искривление перегородки носа влево», дана рекомендация планового хирургического лечения – риносептумпластики, от которой пациент и родители воздержались. Настоящие жалобы появились 2 дня назад. Объективно: состояние больного удовлетворительное, температура тела – 37,3°С. ЧД – 20 в 1 минуту, ЧСС – 78 ударов в 1 минуту. Носовое дыхание затруднено через левую половину носа, мальчик с трудом высмаркивает гнойное отделяемое из левой половины носа. Пальпация передней стенки левой верхнечелюстной пазухи умеренно болезненная. При фарингоскопии: задняя стенка глотки розовая, по ней стекает гной, небные миндалины I степени, в лакунах патологический секрет отсутствует.
		Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
В	1	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
Э		Обострение левостороннего хронического гнойного верхнечелюстного синусита. Искривление перегородки носа.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	Хорошо/ удовлетвор	«Хорошо»: ответ не полный «Удовлетворительно»: выставлен неправильный диагноз

	ительно	
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать ответ
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании жалоб больного на затруднённое носовое дыхание через левую половину носа, выделения гнойного характера из левой половины носа и через носоглотку, головную боль в вечернее время, температуру тела 37,3 – 37,6°С, анамнеза заболевания (ребёнок страдает хроническим левосторонним гнойным верхнечелюстным синуситом последние 5 лет было 8 обострений, во время лечения выполняли пункции левой верхнечелюстной пазухи, усиление симптомов появилось 2 дня назад), объективных данных (температура тела 37,3°С, носовое дыхание затруднено через левую половину носа, с трудом мальчик высмаркивает гнойное отделяемое из левой половины носа. Пальпация передней стенки левой верхнечелюстной пазухи умеренно болезненная, по задней стенке глотки стекает гной). Диагноз «искривление перегородки носа» установлен на основании жалоб пациента на затруднённое носовое дыхание через левую половину носа и анамнестических данных (диагноз установлен врачомоториноларингологом).</p>
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/удовлетворительно	<p>«Хорошо»: ответ не полный, не указан один-два из пунктов</p> <p>«Удовлетворительно»: ответ не полный, не указаны три и более пунктов</p>
P0	неудовлетворительно	Обучающийся не может обосновать диагноз
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э		<p>Консультация врача-оториноларинголога для установки диагноза и определения тактики лечения больного. Рентгенография или компьютерная томография околоносовых пазух для визуализации состояния околоносовых пазух и полости носа. Общий анализ крови для определения характера воспаления. Мазок из левой половины носа на бактериологическое исследование и чувствительность к антибиотикам для назначения рациональной антибактериальной терапии.</p>

P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/уд овлетворит ельно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан один-два из пунктов. «Удовлетворительно»: не указаны три и более пункта
P0	неудовлетв орительно	Обучающийся не может дать план дополнительного обследования.
B	4	Составьте план лечения.
Э		Антибиотики: макролиды. Выбор препарата из этой группы основан на информации об основных возбудителях хронического гнойного синусита и сведениях о приёме антибиотиков цефалоспоринового ряда 2 месяца назад. Солевые растворы (стандартизированные) в полость носа в качестве элиминационной терапии. Мукорегуляторы для улучшения дренажной функции. Топические назальные глюкокортикостероиды (Мометазона фуорат) в качестве противовоспалительной и противоотечной терапии.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/ удовлетвор ительно	«Хорошо»: Не указаны симптоматические препараты «Удовлетворительно»: не указаны мукорегуляторы, ГКС
P0	неудовлетв орительно	Обучающийся не может назначить лечение.
B	5	Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э		Наблюдение совместно с врачом-оториноларингологом. Плановая риносептумпластика для восстановления носового дыхания и нормализации дренажной функции полости носа.
P2	отлично	Ответ полный.
P1	хорошо/уд овлетворит ельно	«Хорошо»: ответ не полный, не указано оперативное лечение. «Удовлетворительно»: не может обосновать тактику ведения пациента
P0	неудовлетв орительно	Обучающейся не знает дальнейшую тактику ведения пациента

О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Доцент института Григорян Л.А.

Ситуационная задача №9

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-1	-готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
	ПК-2	- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
	ПК-5	-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	ПК-6	-готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи
	ПК-8	-готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
Ф	ПК-9	-готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
	Б/01.8	-Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	Б/02.8	-Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
	Б/03.8	-Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	Б/05.8	-Проведение и контроль эффективности мероприятий по

		профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>На профилактический осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мама с девочкой в возрасте 3 месяцев. На последнем приёме были в возрасте 1 месяца 15 дней.</p> <p>Жалобы на урежение мочеиспусканий, беспокойное поведение, особенно после кормления.</p> <p>Анамнез заболевания: за последние 2 недели девочка стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, в связи с чем мама давала ей сахарный сироп и кефир. В дальнейшем у ребенка снизился аппетит, мочеиспускания стали редкими. В форме 112/у ранее зафиксирована низкая прибавка в весе. У матери – гипогалактия.</p> <p>Анамнез жизни: девочка от 4-й доношенной беременности, 3 срочных родов. Вес при рождении 3000 граммов, длина 49,0 см. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии. Семья социально-неблагополучная. Ребёнок на исключительно грудном вскармливании. Получает профилактическую дозу витамина Д.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. В сознании. Беспокойная, капризная. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо. Менингеальные знаки и реакция на tragus отрицательные. Большой родничок не напряжен. Температура тела 36,8°C. Дефицит массы 16,2%, рост соответствует норме. Кожа бледная, сухая, эластичность сохранена. Заеды в углах рта. Волосы тусклые, ломкие. Подкожный жировой слой истончен на животе и конечностях. Тургор тканей снижен незначительно. В зеве и носоглотке катаральных явлений нет. Периферические лимфоузлы интактные. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Одышки нет. ЧДД 38 в 1 минуту. Аускультативно в лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторно лёгочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 142 в 1 минуту. Слизистые полости рта бледные. Живот мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребёнка. Печень +1,5 см от края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Стул кашицеобразный, разжижен, жёлтый, без патологических примесей, 2-3 раза в день. Мочеиспускания урежены, свободные.</p> <p>Обследована:</p> <p>В общем анализе крови: Hb 98 г/л, Eг 3,8x10¹²/л, L 7,3x10⁹/л, СОЭ 3 мм/ч.</p> <p>В общем анализе мочи: удельный вес 1005, белок и сахар отрицательные, L 0-2-1 в п.зр.</p> <p>В копрограмме: увеличение жирных кислот, мыл, непереваренной клетчатки, вне- и внутриклеточного крахмала, при добавлении йода – голубая окраска.</p> <p>В биохимическом анализе крови: кальций 2,58 ммоль/л, фосфор 1,8 ммоль/л, активность щелочной фосфатазы в норме, сахар крови 3,7</p>

		ммоль/л. Рентгенологически остеопороз трубчатых костей не выявлен.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Укажите факторы, способствующие формированию заболевания.
В	3	Тактика врача при данном патологическом состоянии у ребенка. Каковы сроки наблюдения?
В	4	Перечислите критерии эффективности лечения при данной патологии.
В	5	Назовите правила введения докорма.

Оценочный лист к ситуационной задаче №9

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-1	-готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
	ПК-2	
	ПК-5	-готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
	ПК-6	-готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи
	ПК-8	-готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
	ПК-9	-готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Ф	Б/01.8	-Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	Б/02.8	-Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности -Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской

	<p>Б/03.8</p> <p>Б/05.8</p>	<p>реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>-Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению</p>
И		<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p>
У		<p>На профилактический осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мама с девочкой в возрасте 3 месяцев. На последнем приёме были в возрасте 1 месяца 15 дней.</p> <p>Жалобы на урежение мочеиспусканий, беспокойное поведение, особенно после кормления.</p> <p>Анамнез заболевания: за последние 2 недели девочка стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, в связи с чем мама давала ей сахарный сироп и кефир. В дальнейшем у ребенка снизился аппетит, мочеиспускания стали редкими. В форме 112/у ранее зафиксирована низкая прибавка в весе. У матери – гипогалактия.</p> <p>Анамнез жизни: девочка от 4-й доношенной беременности, 3 срочных родов. Вес при рождении 3000 граммов, длина 49,0 см. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии. Семья социально-неблагополучная. Ребёнок на исключительно грудном вскармливании. Получает профилактическую дозу витамина Д.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. В сознании. Беспокойная, капризная. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо. Менингеальные знаки и реакция на tragus отрицательные. Большой родничок не напряжен. Температура тела 36,8°C. Дефицит массы 16,2%, рост соответствует норме. Кожа бледная, сухая, эластичность сохранена. Заеды в углах рта. Волосы тусклые, ломкие. Подкожный жировой слой истончен на животе и конечностях. Тургор тканей снижен незначительно. В зеве и носоглотке катаральных явлений нет. Периферические лимфоузлы интактные. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Одышки нет. ЧДД 38 в 1 минуту. Аускультативно в лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторно лёгочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 142 в 1 минуту. Слизистые полости рта бледные. Живот мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребёнка. Печень +1,5 см от края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Стул кашицеобразный, разжижен, жёлтый, без патологических примесей, 2-3 раза в день. Мочеиспускания урежены, свободные.</p> <p>Обследована:</p> <p>В общем анализе крови: Hb 98 г/л, Eг 3,8x10¹²/л, L 7,3x10⁹/л, СОЭ 3</p>

		<p>мм/ч.</p> <p>В общем анализе мочи: удельный вес 1005, белок и сахар отрицательные, L 0-2-1 в п.зр.</p> <p>В копрограмме: увеличение жирных кислот, мыл, непереваренной клетчатки, вне- и внутриклеточного крахмала, при добавлении йода – голубая окраска.</p> <p>В биохимическом анализе крови: кальций 2,58 ммоль/л, фосфор 1,8 ммоль/л, активность щелочной фосфатазы в норме, сахар крови 3,7 ммоль/л.</p> <p>Рентгенологически остеопороз трубчатых костей не выявлен.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Белково-энергетическая недостаточность алиментарного генеза (или хроническое расстройство питания по типу гипотрофии I степени тяжести). Анемия лёгкой степени тяжести, алиментарного генеза.
P2	отлично	Дан полный ответ
P1	Хорошо/ удовлетворительно	<p>Хорошо: Не указан сопутствующий диагноз</p> <p>Удовлетворительно: Нет ответа по степени БЭН</p>
P0	неудовлетворительно	Диагноз не выставлен
В	2	Укажите факторы, способствующие формированию заболевания.
Э	-	Гипогалактия у матери, несбалансированное питание ребёнка, социально-неблагополучная семья.
P2	отлично	Ответ правильный, полный
P1	хорошо/удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: не указан один из факторов риска</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: нет пояснений по факторам риска</p>
P0	неудовлетворительно	Ответ отсутствует
В	3	Тактика врача при данном патологическом состоянии у ребенка. Каковы сроки наблюдения?
Э		<p>Осмотр врачом-педиатром участковым 2 раза в месяц до нормализации массы тела, а затем ежемесячно до года.</p> <p>Осмотр специалистов: в декретированные сроки – врач-эндокринолог, врач-гастроэнтеролог – по показаниям.</p> <p>Лабораторно-диагностическое обследование: общие анализы крови и</p>

		<p>мочи – при взятии на учёт, в дальнейшем – не реже 1 раза в 6 месяцев, по показаниям – чаще; копрограмма – при взятии на учёт, контроль в динамике – по показаниям; кал на яйца гельминтов (во 2 полугодии жизни) – при взятии на учёт, контроль в динамике – по показаниям; исследование кала на дисбактериоз – по показаниям.</p> <p>Сроки наблюдения: дети данной группы состоят на диспансерном учёте до года и при условии нормализации показателей массы в 1 год могут быть сняты с учёта.</p>
P2	отлично	Полный ответ
P1	хорошо/удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: не указаны декретированные сроки</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: не указан план обследования ребенка</p>
P0	неудовлетворительно	Нет ответа
B	4	Перечислите критерии эффективности лечения при данной патологии.
Э		Нормализация аппетита, возрастное увеличение массы тела, улучшение показателей нервно-психического развития, восстановление показателей копрограммы.
P2	отлично	Полный ответ
P1	хорошо/удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо» - не указаны общие критерии</p> <p>Для оценки «удовлетворительно» - нет пояснений для какой цели необходима нормализация питания</p>
P0	неудовлетворительно	Ответа нет
B	5	Назовите правила введения докорма.
Э		При введении докорма используются адаптированные молочные смеси, увеличение объёма докорма постепенное (3–5 дней), докорм даётся всегда в конце кормления, после кормления грудью.
P2	отлично	Ответ полный
P1	хорошо/удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: не указаны объёмы докорма</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: нет пояснений в смесях и правилах введения докорма</p>
P0	неудовлетворительно	Ответ отсутствует

О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Григорян Л.А.

Ситуационная задача №10

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-1 ПК-5 ПК-6	- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи
Ф	Б/01.8 Б/02.8 Б/04.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мать с девочкой 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9°C, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи. Врач скорой медицинской помощи диагностировал ОРВИ, дан Нурофен, ребёнок оставлен дома с рекомендацией обратиться к врачу-педиатру участковому. Сегодня состояние ребёнка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой

		<p>навязчивый кашель, повторный подъём температуры до 38,8°C. Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Развитие соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРВИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРВИ два месяца назад, по поводу чего получала Флемоксин соллютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой инфекции не привита. При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налётов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул был вчера оформленный. Диурез не снижен.</p>
В	1	Поставьте предположительный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Показана ли ребёнку госпитализация? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Назовите и обоснуйте группу препаратов, используемых для этиотропной терапии данного заболевания. Какова доза и длительность назначения данного препарата?
В	5	<p>Через день получены результаты дополнительного обследования: на рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции описано наличие очагов инфильтрации справа в S6. В клиническом анализе крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$/л, тромбоциты – 223×10^9 /л, лейкоциты – $16,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 17%, моноциты – 6%, эозинофилы – 0%, СОЭ – 20 мм/ч. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте необходимость повторного обследования</p>

Оценочный лист к ситуационной задаче №10

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-1	- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение

	ПК- 5 ПК- 6	<p>вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи</p>
Ф	Б/01.8 Б/02.8 Б/04.8	<p>Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза</p> <p>Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности</p> <p>Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мать с девочкой 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9°С, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи. Врач скорой медицинской помощи диагностировал ОРВИ, дан Нурофен, ребёнок оставлен дома с рекомендацией обратиться к врачу- педиатру участковому. Сегодня состояние ребёнка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъём температуры до 38,8°С. Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Развитие соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРВИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРВИ два месяца назад, по поводу чего получала Флемоксин солютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой инфекции не привита. При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый,</p>

		нёбные миндалины гипертрофированы до II степени, налётов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул был вчера оформленный. Диурез не снижен.
В	1	Поставьте предположительный диагноз.
Э		Внебольничная пневмония, правосторонняя, средней степени тяжести ДНО
Р2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Указано не менее 4-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно»: Указано не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
Р0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз «внебольничная пневмония» поставлен на основании жалоб на повышение температуры тела до фебрильных цифр, снижение аппетита, слабость, головную и мышечную боль, сухой кашель; анамнеза заболевания (заболела остро, фебрильная температура сохраняется в течение 3 дней); анамнеза жизни (ребёнок с момента начала посещения ДОО часто болеет ОРВИ), против пневмококковой инфекции не привита; на основании физикальных данных (бледность кожного покрова, повышенная температура тела, ЧД:ЧСС = 1:4, асимметричность объективных данных: справа в нижних отделах отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы.
Р2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Указано не менее 7-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно»: Указано не менее 3-х дескрипторов правильного ответа
Р0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа

	рительно	
В	3	Показана ли ребёнку госпитализация? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э		Госпитализация не показана, так как нет клинических (признаки осложнений), социальных (благополучная семья) и эпидемиологических (ребёнок живет в семье) показаний. Для окончательной постановки диагноза необходимо рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Клинический анализ крови.
P2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Указано не менее 4-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно»: Указано не менее 3-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
В	4	Назовите и обоснуйте группу препаратов, используемых для этиотропной терапии данного заболевания. Какова доза и длительность назначения данного препарата?
Э		Препаратом выбора для этиотропной терапии являются антибиотики из группы: защищённые пенициллины (Амоксициллина Клавуланат), цефалоспорины 1-2 поколения, так как внебольничная пневмония у ребёнка 4 лет, как правило, обусловлена пневмококком и ребёнок два месяца назад уже получал антибиотик – Флемоксин солютаб (Амоксициллин). Тяжесть состояния не требует парентерального введения антибиотика, поэтому можно назначить формы выпуска для перорального приёма (суспензия, диспергируемые таблетки). Так как у ребёнка нет факторов риска резистентности пневмококка к пенициллину, то необходимо выбрать дозу 40-50 мг/кг/сут (по Амоксициллину) внутрь в три приёма. Препарат отменяется после трёх дней нормальной температуры тела, но не ранее 7 дней от начала приёма.
P2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо» - Указано не менее 4-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно» - Указано не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
В	5	Через день получены результаты дополнительного обследования: рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции описано наличие очагов инфильтрации справа в S6. В клиническом

		анализе крови: гемоглобин 138 г/л, эритроциты 4,4 Т/л, тромбоциты 223 Г/л, лейкоциты 16,6 Г/л, палочкоядерные нейтрофилы 7%, сегментоядерные нейтрофилы 70%, лимфоциты 17%, моноциты - 6%, эозинофилы - 0%, СОЭ 20 мм/ч. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте необходимость повторного обследования.
Э		<p>Результаты рентгенологического обследования соответствуют клиническим данным, характерным для правосторонней внебольничной пневмонии средней степени тяжести (инфильтрация в S6 правого лёгкого), в клиническом анализе крови лейкоцитоз с преобладанием гранулоцитов, умеренно ускоренная СОЭ).</p> <p>Диагноз окончательный «внебольничная пневмония правосторонняя, средней степени тяжести (S6 сегмент)».</p> <p>При нормализации температуры тела, улучшении самочувствия, купирования дыхательных расстройств и завершения курса антибактериальной терапии повторного рентгенологического обследования и исследования показателей периферической крови не требуется.</p> <p>После перенесённой острой пневмонии 4-летний ребёнок должен наблюдаться врачом-педиатром в течение первых 12 мес. 1 раз в 3 месяца, лабораторные анализы, осмотр ЛОР-врачом и стоматологом - 1 раз в 6 месяцев. Затем в течение еще 4 лет активный осмотр 1 раз в 6 месяцев и по показаниям. Общеоздоровительные мероприятия. Плановая вакцинация против пневмококковой инфекции через месяц после перенесённого заболевания. Неспецифическая профилактика респираторных инфекций.</p>
P2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо / удовлетвори тельно	<p>Для оценки «хорошо»: Указано не менее 5-х дескрипторов правильного ответа</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: Указано не менее 3-х дескрипторов правильного ответа</p>
P0	неудовлетво рительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора- составителя	Григорян Л.А.

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК- 5 ПК- 6	- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи
Ф	Б/01.8 Б/02.8 Б/07.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мальчик 16 лет после сдачи экзамена в школе пожаловался на «пронзительную головную боль» затылочной локализации, появилась тошнота, рвота, боли в животе. Больной отмечает «мелькание мушек перед глазами», «звон в ушах», потливость, покраснение лица, частое обильное мочеиспускание. Сознание сохранено. Ребёнок осмотрен врачом-педиатром участковым - АД 160/100 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что дома мама измеряла ребёнку давление, которое составляло от 165/85 до 155/75 мм рт. ст. У врача-педиатра участкового не обследовался и не наблюдался.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Назовите основные критерии диагностики предполагаемого заболевания.
В	3	Назначьте дополнительные методы обследования после купирования острого состояния.
В	4	Назовите принципы неотложной терапии.
В	5	Составьте план дальнейшего лечения

Оценочный лист к ситуационной задаче №11

Ви д	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК- 5 ПК- 6	- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в

		оказании педиатрической медицинской помощи
Ф	Б/01.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	Б/02.8	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
	Б/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мальчик 16 лет после сдачи экзамена в школе пожаловался на «пронзительную головную боль» затылочной локализации, появилась тошнота, рвота, боли в животе. Больной отмечает «мелькание мушек перед глазами», «звон в ушах», потливость, покраснение лица, частое обильное мочеиспускание. Сознание сохранено. Ребёнок осмотрен врачом-педиатром участковым - АД 160/100 мм рт.ст.</p> <p>Из анамнеза известно, что дома мама измеряла ребёнку давление, которое составляло от 165/85 до 155/75 мм рт.ст. У врача-педиатра участкового не обследовался и не наблюдался.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Гипертонический криз. Артериальная гипертензия.
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа
		Для оценки «удовлетворительно»: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
В	2	Назовите основные критерии диагностики предполагаемого заболевания.
Э	-	Диагностика АД у детей и подростков состоит из следующих этапов: вычисление средних значений САД и ДАД на основании трёх измерений АД, проведённых с интервалом 2-3 минуты с последующим сопоставлением средних значений САД и ДАД пациента, полученных по результатам трехкратного измерения АД на одном визите, с 90- м и 95-м перцентилями АД,

		соответствующими полу, возрасту и процентилю роста пациента (по специальным таблицам); сравнение средних значений САД и ДАД, зарегистрированных у пациента на трёх визитах с интервалом между ними 10-14 дней, с 90-м и 95-м перцентилями АД, соответствующими полу, возрасту и процентилю роста пациента. В случае если три средних значения САД и ДАД, определённые на трёх визитах с интервалом 10-14 дней, соответствуют критериям нормального АД (95-го перцентиля), устанавливается соответствующий диагноз.
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно»: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
B	3	Назначьте дополнительные методы обследования после купирования острого состояния.
Э		Клинико-anamнестическое и генеалогическое обследование, измерение АД на руках и ногах с оценкой по перцентильному распределению, ЭКГ, обследование глазного дна, консультация врача-детского кардиолога.
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно»: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
B	4	Назовите принципы неотложной терапии.
Э		Для экстренного снижения АД лучше применить Каптоприл, вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо» - Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно» - Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа

P0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
B	5	Составьте план дальнейшего лечения
Э		Немедикаментозное лечение (режим дня, диета, отказ от вредных привычек, контроль массы тела). Лечение начинают с минимальной дозы и только одним лекарственным препаратом ингибиторы АПФ длительного действия. При неэффективности монотерапии возможно применение сочетаний нескольких лекарственных препаратов. При адекватно подобранной терапии после 3 месяцев непрерывного лечения возможно постепенное снижение дозы препарата вплоть до полной его отмены с продолжением немедикаментозного лечения при стабильно нормальном АД.
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно»: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Григорян Л.А.

Ситуационная задача №12

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
C	31.08.19	Специальность Педиатрия
K	ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	-готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками

		<p>-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>-готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи</p> <p>-готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>
Ф	<p>Б/01.8</p> <p>Б/02.8</p> <p>Б/03.8</p>	<p>-Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза</p> <p>-Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности</p> <p>-Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мать с мальчиком 11 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание ребёнка в физическом развитии (масса тела – 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.</p> <p>Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.</p> <p>При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастеральной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жёсткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется.</p> <p>Дополнительные данные исследования по cito:</p> <p>общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма – 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,91, лейкоциты – $6,1 \times 10^9 /л$, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 30%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 60%, моноциты – 6%, СОЭ – 2 мм/час;</p> <p>общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет.</p>
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.

В	2	Обеднение какого круга кровообращения характерно для данных пороков сердца?
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации.
В	4	Какие изменения возможны на рентгенограмме?
В	5	Необходимо ли назначение сердечных гликозидов у данного больного до осмотра врачом-кардиологом?

Оценочный лист к ситуационной задаче №12

Ви д	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-1	-готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
	ПК-2	-готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
	К-5	-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	ПК-6	-готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи
	ПК-8	-готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
Ф	Б/01.8	-Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	Б/02.8	-Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
	Б/03.8	-Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том

		числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у		<p>Мать с мальчиком 11 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание ребёнка в физическом развитии (масса тела – 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.</p> <p>Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.</p> <p>При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой среднеключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жёсткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется.</p> <p>Дополнительные данные исследования по cito:</p> <p>общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма – 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,91, лейкоциты – $6,1 \times 10^9 /л$, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 30%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 60%, моноциты – 6%, СОЭ – 2 мм/час;</p> <p>общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет.</p>
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э		Врожденный порок сердца, по синему типу.
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	Хорошо/	Для оценки хорошо: Указывается не менее 3-х дескрипторов

	удовлетворительно	правильного ответа Для оценки удовлетворительно: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
B	2	Обеднение какого круга кровообращения характерно для данных пороков сердца?
Э	-	Характерно обеднение малого круга кровообращения.
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки хорошо: Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа Для оценки удовлетворительно: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
B	3	Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации.
Э		Измерение АД: на правой руке и любой ноге; ЭКГ; Рентгенография органов грудной клетки; ЭХО-КГ; Консультация врача-детского кардиолога.
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки хорошо: Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа Для оценки удовлетворительно: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
B	4	Какие изменения возможны на рентгенограмме?
Э		Рентгенологическое исследование органов грудной полости позволяет выявить характерную для этого порока картину: повышенная прозрачность легочных полей за счёт обеднения лёгочного рисунка; форма сердечной тени, не увеличенной в размерах, глубокая талия сердца.
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо/	Для оценки хорошо: Указывается не менее 3-х дескрипторов

	удовлетворительно	правильного ответа Для оценки удовлетворительно: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
B	5	Необходимо ли назначение сердечных гликозидов у данного больного до осмотра врачом-кардиологом?
Э		Применение сердечных гликозидов до осмотра врачом-детским кардиологом не показано, так как может усиливать одышечно-цианотичные приступы.
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки хорошо: Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа Для оценки удовлетворительно: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Григорян Л.А.

Ситуационная задача №13

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
C	31.08.19	Специальность Педиатрия
K	ПК- 1 ПК- 5	- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической

	ПК- 6 ПК- 8 ПК-9	классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Ф	Б/01.8 Б/02.8 Б/05.8 Б/07.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности Проведение медицинских экспертиз Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мальчик 6 лет. Жалобы: на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.</p> <p>Anamnesis morbi: заболел 3 дня назад с повышения температуры тела до 38,2С°, насморка, чихания. Anamnesis vitae: ребенок от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Период новорожденности протекал гладко. На искусственном вскармливании с 4 мес., с 5 мес. страдает атопическим дерматитом. В 2 г 6 мес. во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола в течение 4 часов. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в 3-4 мес., были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых. В последние 6 мес. приступы удушья участились до 1-2 раз в неделю, снимаются сальбутамолом. Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма, у матери – экзема. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,7С°, приступообразный кашель, дыхания свистящее с удлиненным выдохом. ЧД 32 в мин., слизистая зева гиперемирована, зерниста. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС – 88 в мин. ПСВ – 220 л/мин. Sa O2 97%. Общий анализ кров: эритр. – $4,6 \times 10^{12}$ г/л, Нв – 120г/л, лей – $4,8 \times 10^9$/л, э – 8%, п/я – 3%, с/я – 51%, л – 28%, м – 10%, СОЭ – 5 мм/ч. Общий анализ мочи: количество 120 мл, цвет – светло-желтый, удельный вес 1018, белок – нет, глюкоза – нет, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет. Rg-графия грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет. Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз на основе клинико-лабораторных

		данных.
В	2	Нуждается ли пациент в неотложной помощи? Если да – в какой?
В	3	Какие симптомы доказывают наличие заболевания?
В	4	Какое лечение необходимо соответственно диагнозу.
В	5	Какова тактика наблюдения и вакцинации данного ребенка в детской поликлинике?

Оценочный лист к задаче №13

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК- 1	- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
	К- 5	- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	ПК- 6	- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи
	ПК- 8	- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
	ПК-9	- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Ф	Б/01.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	Б/02.8	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности

	Б/05.8 Б/07.8	Проведение медицинских экспертиз Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мальчик 6 лет. Жалобы: на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.</p> <p>Anamnesis morbi: заболел 3 дня назад с повышения температуры тела до 38,2С°, насморка, чихания. Anamnesis vitae: ребенок от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Период новорожденности протекал гладко. На искусственном вскармливании с 4 мес, с 5 мес страдает атопическим дерматитом. В 2 г 6 мес. во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола в течение 4 часов. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в 3-4 мес., были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых. В последние 6 мес. приступы удушья участились до 1-2 раз в неделю, снимаются сальбутамолом. Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма, у матери – экзема. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,7С°, приступообразный кашель, дыхания свистящее с удлиненным выдохом. ЧД 32 в мин., слизистая зева гиперемирована, зерниста. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС – 88 в мин. ПСВ – 220 л/мин. Sa O₂ 97%. Общий анализ кров: эритро. – 4,6x10¹² г/л, Нв – 120г/л, лей – 4,8x10⁹/л, э – 8%, п/я – 3%, с/я – 51%, л – 28%, м – 10%, СОЭ – 5 мм/ч. Общий анализ мочи: количество 120 мл, цвет – светло-желтый, удельный вес 1018, белок – нет, глюкоза – нет, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет. Rg-графия грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет. Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз на основе клинико-лабораторных данных.
Э		Бронхиальная астма, персистирующая, легкой степени тяжести, приступный период. Приступ средней степени тяжести. ДН 0-1. ОРВИ. Острый трахеобронхит.
Р2	отлично	Бронхиальная астма, персистирующая, легкой степени тяжести, приступный период. Приступ средней степени тяжести. ДН 0-1. ОРВИ. Острый трахеобронхит.

P1	хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: диагноз правильный, не указана степень тяжести и/или сопутствующее заболевание Для оценки «удовлетворительно»: на первом месте в диагнозе – ОРВИ, затем бронхиальная астма без указания степени тяжести заболевания и приступа
P0	неудовлетворительно	Диагноз не верен
B	2	Нуждается ли пациент в неотложной помощи? Если да – в какой?
Э		Правильный ответ: β 2- агонисты ДАИ через спейсер или аэроchамбер - сальбутамол 1 доза 100 мкг или комбинированный препарат беродуал 2 дозы (1доза фенотерол 50 мкг+ ипратропий 20 мкг), при неэффективности – повторить через 20 мин дважды в течение часа. Возможна замена на ингаляцию растворов бронхолитиков через небулайзер – сальбутамол 1 мл или беродуал 10 кап (+4 мл физиологического раствора). Повторять 4 раза/день до купирования бронхообструкции. Дополнительно – можно назначить будесонид суспензия или раствор 500 мкг 2 раза в день 5-7 дней через небулайзер, если ребенок не получает базисную терапию.
P2	отлично	Ответ правильный, полный
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Препаратом 1 выбора указан β 2-агонист, неверно указаны дозировки Для оценки «удовлетворительно»: не указаны дозировки и способ введения бронхолитиков, указаны торговые названия
P0	неудовлетворительно	Лечение неверное
B	3	Какие симптомы доказывают наличие заболевания и его тяжесть?
Э		Жалобы на кашель и одышку, указания в анамнезе на неоднократные приступы удушья при ОРВИ и употреблении в пищу аллергенов, отягощенный аллергологический (атопический дерматит с 5 мес.) и семейный анамнез (у отца и деда – БА, у матери- экзема). Данные осмотра: свистящее дыхание с удлиненным выдохом, ЧД-32/мин, грудная клетка вздута, бочкообразной формы, эластичность грудной клетки снижена, при перкуссии – звук с коробочным оттенком, при аускультации – сухие свистящие и разнокалиберные влажные хрипы. В крови – эозинофилия. Rg-графия – картина бронхита, исключена пневмония Д-з Бронхиальная астма. Эпизодические приступы БА, 1-2 р/нед, - БА персистирующая, неконтролируемая

		ЧД 32/мин(N-20-25), ПСВ 220 (менее 60%)-приступ средней тяжести; ЧД 32/мин, отсутствие цианоза –сатурация крови кислородом 97% (N более 95)- ДН 0-1
P2	отлично	Обоснование диагноза верное. Степень тяжести указана верно.
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: обоснование диагноза неполное - не обоснована степень тяжести приступа и степень контроля. Не дана оценка дополнительных методов обследования Для оценки «удовлетворительно»: допущены ошибки в обосновании диагноза
P0	неудовлетворительно	Диагноз не обоснован
B	4	Какое лечение необходимо соответственно диагнозу.
Э		Необходимо назначить базисную терапию БА – низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов ежедневно не менее 3мес. Возможно рассмотреть антилейкотриеновый препарат монтелукаст 5 мг ежедневно вечером не менее 3мес. с последующей оценкой эффективности
P2	отлично	Лечение верное
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: не указаны дозировки и курс лечения Для оценки «удовлетворительно»: указана 1 группа препаратов без указания дозировок
P0	неудовлетворительно	Базисная терапия не назначена
B	5	Какова тактика наблюдения и вакцинации данного ребенка в детской поликлинике?
Э		Диспансерное наблюдение педиатром. Консультация аллергологом 1 р/г, ЛОР-врачом, Стоматолог – 2 р/г Гипоаллергенный быт, диета с исключением шоколада и цитрусовых. Уточнение спектра сенсibilизации. Базисная терапия, возможно – АСИТ. Вакцинация – по календарю вне обострения
P2	отлично	Ответ полный
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: указана необходимость базисной терапии, контроля окружающей среды, не отмечена необходимость вакцинации Для оценки «удовлетворительно»: - не разработана индивидуальная диета, элиминация аллергенов в быту. Нет понятия о сенсibilизации и возможности АСИТ

Р0	неудовлетворительно	Не знает тактики наблюдения
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Григорян Л.А.

Ситуационная задача №14

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-1	<p>-готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>-готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками</p> <p>-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>-готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи</p>
	ПК-2	
	ПК-5	
	ПК-6	
Ф	Б/01.8	<p>-Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза</p> <p>-Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности</p> <p>-Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>
	Б/02.8	
	Б/03.8	
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мать с ребёнком 3 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на одышку у сына, недостаточную прибавку в весе.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребёнок от первой беременности, в 5 недель беременности мать перенесла ОРВИ. Ребёнок родился в срок с массой 3000 г, ростом 50 см, закричал</p>

		<p>сразу. К груди приложен в родовом зале, сосал вяло. Вскармливание естественное. Прибавки в весе составляют по 400–500 г в месяц. Ребёнок перенес бронхит в 2 месяца.</p> <p>Общее состояние тяжёлое. Ребёнок вялый, пониженного питания. Кожные покровы бледные, чистые. При плаче и кормлении отмечается цианоз носогубного треугольника. Ушные раковины аномальной формы, «готическое» нёбо, имеются и другие стигмы дизэмбриогенеза. ЧД – 56 в минуту в покое. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких. Верхушечный толчок пальпируется в 4–5 межреберье слева. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см кнаружи от края грудины, верхняя – второе межреберье, левая – на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС – 152 удара в минуту в покое. Тоны сердца громкие, ритмичные, во всех точках аускультации выслушивается систолический шум, проводящийся в межлопаточное пространство. Расщепление II тона над лёгочной артерией (ЛА). Живот мягкий, безболезненный, печень + 3,5 см. Отёчность голеней, лодыжек. Пульсация на бедренных артериях не определяется. АД на левой руке – 150/80 мм рт. ст., на левой ноге – 50/30 мм рт. ст.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте, поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.
В	4	Назовите технику измерения и методику оценки артериального давления у ребёнка 1 года жизни.
В	5	Обоснуйте ускоренный порядок направления ребёнка на оперативное лечение.

Оценочный лист к ситуационной задаче №14

Ви д	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-1	-готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
	ПК-2	
	ПК-5	
		-готовность к проведению профилактических медицинских осмотров,

	ПК-6	<p>диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками</p> <p>-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>-готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи</p>
Ф	Б/01.8 Б/02.8 Б/03.8	<p>-Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза</p> <p>-Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности</p> <p>-Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мать с ребёнком 3 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на одышку у сына, недостаточную прибавку в весе.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребёнок от первой беременности, в 5 недель беременности мать перенесла ОРВИ. Ребёнок родился в срок с массой 3000 г, ростом 50 см, закричал сразу. К груди приложен в родовом зале, сосал вяло. Вскармливание естественное. Прибавки в весе составляют по 400–500 г в месяц. Ребёнок перенес бронхит в 2 месяца.</p> <p>Общее состояние тяжёлое. Ребёнок вялый, пониженного питания. Кожные покровы бледные, чистые. При плаче и кормлении отмечается цианоз носогубного треугольника. Ушные раковины аномальной формы, «готическое» небо, имеются и другие стигмы дизэмбриогенеза. ЧД – 56 в минуту в покое. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких. Верхушечный толчок пальпируется в 4–5 межреберье слева. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см кнаружи от края грудины, верхняя – второе межреберье, левая – на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС – 152 удара в минуту в покое. Тоны сердца громкие, ритмичные, во всех точках аускультации выслушивается систолический шум, проводящийся в межлопаточное пространство. Расщепление II тона над лёгочной артерией (ЛА). Живот</p>

		мягкий, безболезненный, печень + 3,5 см. Отёчность голеней, лодыжек. Пульсация на бедренных артериях не определяется. АД на левой руке – 150/80 мм рт.ст., на левой ноге – 50/30 мм рт.ст.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Врожденный порок сердца. Коарктация аорты. НК (СН) Пб ст.
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	Хорошо/ удовлетв орительн о	Для оценки хорошо: Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа Для оценки удовлетворительно: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовле творител ьно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
В	2	Обоснуйте, поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз «врожденный порока сердца (ВПС), коарктация аорты», установлен на основании жалоб на одышку, недостаточные прибавки массы тела с рождения; анамнеза заболевания: мать во время беременности, на 5 неделе – период кардиоэмбриогенеза, перенесла ОРВИ. Данные клинического обследования: -множественные стигмы дизэмбриогенеза; - признаки гипотрофии; - симптомы левожелудочковой и правожелудочковой сердечной недостаточности Пб ст; наличие систолического шума, проводящегося за пределы сердца и расщепления II тона над лёгочной артерией; - отсутствие пульсации на бедренной артерии, повышение АД на верхних конечностях, снижение АД на нижних конечностях.
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо/ довлетво рительно	Для оценки хорошо: Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа Для оценки удовлетворительно: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовле творител ьно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.

Э		Пациенту рекомендовано: - консультация врача-детского кардиолога (для уточнения диагноза и тактики ведения ребёнка); - ЭКГ (может быть: отклонение электрической оси сердца вправо, признаки повышения нагрузки на правые отделы сердца, признаки гипертрофии правого желудочка); - рентгенограмма органов грудной полости (картина умеренного венозного застоя в лёгких, увеличение размеров сердца, «аортальная» или овоидная форма сердца; - ЭХО-КГ с доплером (на участке коарктации аорты визуализируется сужение просвета, может быть гипертрофия и дилатация желудочков).
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо/ довлетво рительно	Для оценки хорошо: Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа Для оценки удовлетворительно: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовле творител ьно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
В	4	Назовите технику измерения и методику оценки артериального давления у ребёнка 1 года жизни.
Э		Для измерения АД у ребёнка 1 года жизни используют механический тонометр (сфигмоманометр). При измерении артериального давления у детей прибор устанавливается так, чтобы нулевое деление манометра находилось на уровне измеряемой артерии, а измеряемая артерия в свою очередь должна находиться на уровне сердца, манжетку накладывают на плечо, чтобы локтевой сгиб оставался свободным, на 2 см выше локтевого сгиба; резиновым баллончиком накачивают воздух до исчезновения пульса на артерии; затем постепенно выпуская воздух из манжетки, замечают уровень на шкале в момент появления пульса (максимальное - систолическое давление); в момент исчезновения пульса получают результат минимального (диастолического) давления. До 1 года тах артериальное давление должно быть: $70 + n$ (где n - число месяцев жизни ребёнка). АД min = от 1/2 до 2/3 АД max.
P2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо/ удовлетв орительн о	Для оценки хорошо: Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа Для оценки удовлетворительно: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовле творител ьно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.

В	5	Обоснуйте ускоренный порядок направления ребёнка на оперативное лечение.
Э		Наличие сердечной недостаточности, артериальной гипертензии, гипотрофии у ребёнка.
Р2	отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Для оценки хорошо: Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа
		Для оценки удовлетворительно: Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
Р0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Григорян Л.А.

3.3. Чек-лист оценки практических навыков

Название практического навыка: Аускультация легких при заболеваниях ЖКТ

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Провести аускультацию легких спереди последовательно и озвучить аускультативную картину	1 балл	-1 балл

3.	Провести аускультацию легких по боковым поверхностям последовательно и озвучить аускультативную картину	1 балл	-1 балл
4.	Провести аускультацию легких по задней поверхности последовательно и озвучить аускультативную картину	1 балл	-1 балл
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Аускультация сердца при заболеваниях ЖКТ

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Провести аускультацию сердца в разных положениях ребенка: лежа на спине, на левом боку и стоя. Сравнить аускультативные данные в момент вдоха, а также при задержке дыхания; после физической нагрузки (у детей школьного возраста).	1 балл	-1 балл
3.	После выслушивания сердца аускультацию продолжают по всей области проекции сердца, а также в подмышечных, подключичных, надчревном участках и в паравертебральных областях.	1 балл	-1 балл
4.	Оценить частоту сердечного ритма, его регулярность. При нерегулярной сердечной деятельности сравнить частоту сердечных сокращений на сердце с частотой пульса на лучевой или сонной артерии либо с верхушечным толчком и устанавливают наличие дефицита пульса	1 балл	-1 балл
5.	Оценить тоны сердца, их соотношение в разных точках, после чего обратить внимание на наличие или	1 балл	-1 балл

	отсутствие шумов сердца. I тон лучше слышен на верхушке сердца, II тон - на основании сердца и магистральных сосудах. Дать заключение.		
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика измерения веса у ребенка старше 1 года

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие мамы/родителя на взвешивание ребенка. Пациент находится в положении стоя в спокойной обстановке.	1 балл	-1 балл
2.	Объясните маме/родителю ход и цель предстоящей процедуры и получите его согласие на её выполнение; Вымыть и осушить руки Подготовить весы к работе в соответствии с инструкцией	1 балл	-1 балла
3.	Установить весы на ровной, устойчивой поверхности, подготовить оснащение. Проверить правильность установки весов. Отрегулировать весы до нулевой отметки. Поставить ребенка на весы.	1 балл	-1 балла
4.	Зафиксировать показатели и снять ребенка с весов. Записать показатели массы тела в индивидуальной карте ребенка. Убрать пеленку с весов и лоток весов дезраствором.. Снять перчатки, сбросить в контейнер и вымыть руки	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение	1 балл	-1 балл

	Итого		
--	-------	--	--

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика измерения веса у ребенка младше 1 года

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие мамы/родителя на взвешивание ребенка. Пациент находится в положении стоя в спокойной обстановке.	1 балл	-1 балл
2.	Объясните маме/родителю ход и цель предстоящей процедуры и получите его согласие на её выполнение; Вымыть и осушить руки	1 балл	-1 балла
3.	Подготовить весы к работе в соответствии с инструкцией Положите салфетку/пеленку на площадку весов, включить их.	1 балл	-1 балла
4.	Отрегулировать весы до нулевой отметки. Уложить ребенка на весы. Зафиксировать показатели и снять ребенка с весов. Записать показатели массы тела в индивидуальной карте ребенка. Убрать пеленку с весов и обработать лоток весов дезраствором. Снять перчатки, сбросить в контейнер и вымыть руки	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика измерения пульса

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход манипуляции, получить его согласие. Вымыть, осушить руки. Приготовить все необходимое (<i>Обнащение</i> : секундомер (часы с секундной стрелкой), постовой температурный лист, ручка). Предложить пациенту занять удобное положение сидя (лежа).	1 балл	-1 балл
2.	Расположить кисти рук пациента на уровне сердца и охватить их своими руками так, чтобы 1-й палец располагался на локтевой (тыльной) стороне предплечья, а 2-й, 3-й, 4-й, 5-й пальцы на лучевой артерии в области лучезапястного сустава. Пальпировать лучевую артерию, слегка прижимая ее к лучевой кости.	1 балл	-1 балла
3.	Сравнить колебания стенок артерий на обеих руках (при одинаковом колебании – исследование пульса продолжить на одной руке; при разном колебании – на той руке, где колебания выражены лучше). Определить ритм пульса (по интервалам между пульсовыми колебаниями).	1 балл	-1 балла
4.	Подсчитать частоту пульса (при ритмичном пульсе – в течение 30 сек, результат умножить на 2; при аритмичном – в течение 1 мин). Определить напряжение пульса (по той силе, с которой вы должны прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратились ее пульсовые колебания). Определить наполнение пульса (характеризуется наполнением артерии кровью во время систолы и общим количеством крови в кровеносной системе).	1 балл	-1 балла

5.	Дать заключение	1 балл	-1 балла
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика измерения роста

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на осмотр. Пациент находится в положении стоя в спокойной обстановке.	1 балл	-1 балл
2.	Объясните пациенту ход и цель предстоящей процедуры: Вымыть и осушить руки Подготовить ростомер к работе в соответствии с инструкцией Положите салфетку на площадку ростомера (под ноги пациента) Попросите пациента снять обувь и головной убор Поднять планку ростомера выше предполагаемого роста	1 балл	-1 балла
3.	Попросите пациента встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком Установить голову пациента так, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии	1 балл	-1 балла
4.	Опустить планку ростомера на голову пациента Определить на шкале рост пациента по нижнему краю планки Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при	1 балл	-1 балла

	необходимости помочь сойти).		
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика определения отеков при патологии ЖКТ

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Определить положение больного (активное, пассивное, вынужденное)	1 балл	-1 балла
3.	Осмотр кожных покровов и видимых слизистых, определение цвета, влажности.	1 балл	-1 балла
4.	Определить наличие отеков (наличие асцита, анасарки, отеков нижних конечностей, отеков лица, мошонки (для мальчиков))	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Демонстрация симптомов прободения язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Симптом Дьелафуа — резкая боль, напоминающая «удар кинжала», в эпигастральной области	1 балл	-1 балла
3.	Напряжение мышц брюшной стенки («живот как доска»).	1 балл	-1 балла
4.	Симптом Кларка — исчезновение притупления перкуторного звука над печенью.	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Осмотр придатков кожи

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия
К	Код и наименование компетенции:

	<p>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками</p> <p>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков</p> <p>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Оценить состояние придатков кожи (ногтей, волос); их цвет, длину	1 балл	-1 балла
3.	При оценке волосяного покрова учитывают равномерность роста волос, обращая внимание на избыточный рост, внешний вид; оценить состояние ногтей, их форму, наличие койлонихий, лейконихий, наличие «часовых стекол»	2 балла	-2 балла
4.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Осмотр слизистых оболочек ротовой полости

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия
К	<p>Код и наименование компетенции:</p> <p>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками</p> <p>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и</p>

	подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Осмотр слизистых рта включает осмотр губ, слизистой оболочки полости рта, языка, зубов, зева и глотки, а также определение запаха изо рта.	1 балл	-1 балла
3.	Сначала обращают внимание на цвет губ, их влажность, наличие трещин, высыпаний (герпес), изъязвлений в углах рта (ангулярный хейлит).	1 балл	-1 балла
4.	Осмотр полости ротоглотки включает: оценку состояния слизистой оболочки полости рта, миндалин, нёбных дужек, задней стенки глотки. Обращают внимание на наличие высыпаний, афт (округлой формы эрозий, желтоватого или белесоватого цвета), лейкоплакий (участков ороговения эпителия слизистой оболочки щек), пятен Вельского-Филатова-Коплика (при кори), изменений десен (гингивит), поражений языка (глоссит)	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Поверхностная пальпация живота

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и

	<p>медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков</p> <p>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Пальпацию живота проводят у ребенка в положении лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка расположены вдоль туловища, голова на плоской поверхности без подушки	1 балл	-1 балл
2.	Врач садится с правой стороны от пациента и укладывает руку ладонной поверхностью на брюшную стенку, легкое надавливание осуществляет II, III, IV, V пальцем пальпируемой руки неглубокими круговыми движениями, начиная против часовой стрелки от левой подвздошной области к левому фланку, левому подреберью, затем к правому подреберью, правому фланку, правой подвздошной области. Затем пальпирующую руку устанавливают в собственно эпигастральную область, далее в околопупочную и надлобковую области	1 балл	-1 балла
3.	2 вариант проведения поверхностной ориентировочной пальпации живота проводится над симметричными участками живота, болезненную область осматривают в последнюю очередь, начиная с левой подвздошной области к правой подвздошной, от левого фланка к правому фланку, от левого подреберья к правому, далее надлобковая область, околопупочная и собственно эпигастральная.	1 балл	-1 балла
4.	При этом оценивают наличие болезненности, резистентности (напряжения мышц передней брюшной стенки), наличие грыжевых выпячиваний, состояние «слабых мест» передней брюшной стенки (апоневроз белой линии живота, состояние пупочного кольца, степень расхождения прямых мышц живота), значительное увеличение органов брюшной полости	1 балл	-1 балла

	(печени, селезенки) или наличие крупной опухоли.		
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Демонстрация симптома поколачивания

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Пациент находится в положении стоя. Определить наличие/отсутствие болезненности в области перкуссии. Оценить наличие отеков в области поясницы.	1 балл	-1 балл
3.	Приступить к перкуссии почек. Методика: левую руку врач кладет на область XII ребра поочередно справа и слева от позвоночника и ребром ладони (или кончиками согнутых пальцев) правой руки наносит по ней короткие, несильные удары.	1 балл	-1 балл
4.	После поколачивания по пояснице оценить симптом (он расценивается как отрицательный, слабоположительный, положительный и резко положительный (при выраженной болезненности)).	1 балл	-1 балл
5.	Дать заключение	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Демонстрация симптомов острого панкреатита

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Симптом Блисса — опоясывающая боль на уровне пупка.	1 балл	-1 балл
3.	Симптом Мейо-Робсона— иррадиация болей в левый реберно-позвоночный угол.	1 балл	-1 балл
4.	Симптом Воскресенского — отсутствие или ослабление пульсации брюшной аорты при пальпации надчревной области вследствие отека поджелудочной железы или инфильтрации вокруг нее.	1 балл	-1 балл
5.	Точка Дежардена — место впадения вирсунгова протока в двенадцатиперстную кишку. Располагается на расстоянии 6 см от пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной. При воспалении головки поджелудочной железы отмечается резкая болезненность при надавливании. Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Демонстрация симптомов при подозрении на язву желудка, осложненную кровотечением

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Симптом Бергмана — исчезновение боли в животе вслед за начавшимся желудочно-кишечным кровотечением.	1 балл	-1 балл
3.	Синдром кровотечения — отмечаются слабость, головокружение, обморок, коллапс. Кожные покровы бледнеют, покрываются холодным липким потом.	1 балл	-1 балл
4.	Развивается тахикардия, пульс слабеет, артериальное давление снижается.	1 балл	-1 балл
5.	Возникает рвота по типу «кофейной гущи», при массивном кровотечении из язвы желудка возникает кровавая рвота (haemotemesis), которая может быть со сгустками, но без пены. При кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки отмечается жидкий дегтеобразный стул черного цвета (melena). Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Демонстрация симптомов раздражения брюшины (4 основных симптома)

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Симптом Щеткина–Блюмберга-медленно и осторожно плашмя пальцами надавливают на переднюю брюшную стенку, а через 3–5 с быстро отнимают руку. Этим движением вызывается сотрясение брюшной стенки, и при наличии воспаления брюшины больной испытывает резкую боль	1 балл	-1 балл
3.	Симптом Ровзинга — появление болей в правой подвздошной области при выполнении толчков в левой подвздошной области в зоне нисходящей кишки. Сигмовидную кишку при этом придавливают кистью другой руки к задней стенке живота. Механизм симптома Ровзинга связывают с ретроградным перемещением газов по толстой кишке и растяжением ими слепой кишки.	1 балл	-1 балл
4.	Симптом Ортнера–Ситковского–Отта — поворот больного со спины на левый бок вызывает усиление боли в правой подвздошной области, что связано со смещением слепой кишки и червеобразного отростка, натяжением воспаленной брюшины.	1 балл	-1 балл
5.	Симптом Воскресенского (симптом «рубашки», симптом скольжения) — проводя рукой от мечевидного отростка вдоль брюшной стенки через рубашку больного наблюдается усиление болей.	1 балл	-1 балл

	Дать заключение.		
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Внешний осмотр живота

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Определить положение больного (активное, пассивное, вынужденное)	1 балл	-1 балл
2.	Осмотр кожных покровов определение цвета кожных покровов, влажности, оволосенения, наличие высыпаний, геморрагий, расчесов, шелушений, телеангиэктазий, стрий, рубцов; расширение венозной сети на передней брюшной стенке («голова Медузы») и боковых поверхностях живота	1 балл	-1 балл
3.	Осмотр живота проводят как в горизонтальном, так и в вертикальном положении больного, обращая внимание на форму, симметричность и размеры. В норме живот имеет округлую симметричную форму	1 балл	-1 балл
4.	Оценить степень участия мышц брюшной полости в акте дыхания. С этой целью больного просят надуть живот, а потом втянуть его в себя. При раздражении брюшины больной щадит при дыхании соответствующую область.	1 балл	-1 балл
5.	Дать заключение	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика измерения артериального давления при патологии ЖКТ

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на осмотр. Пациент находится в положении сидя в спокойной обстановке.	1 балл	-1 балл
2.	Нужная рука освобождается от одежды и кладется на ровную поверхность ладонью вверх. Манжета накладывается на плечо на уровне сердца, нижний край ее на 2 см выше локтевого сгиба. Манжета должна быть такого размера, чтобы покрывать 2/3 бицепса.	1 балл	-1 балла
3.	Определить место пульсации локтевой артерии. В это же время нужно накачивать манжету с помощью груши. Контролируя пульс, нужно продолжать накачивать манжету, следя за показаниями давления на манометре. При исчезновении пульсации необходимо поднять давление сверх того на 20мм.	1 балл	-1 балла
4.	Чувствительный элемент фонендоскопа (мембрана) прикладывается к локтевой артерии и начинается постепенное стравливание воздуха из манжеты. Скорость этого процесса не должна превышать 2мм в секунду. В этот момент нужно чутко следить за показаниями на манометре. При появлении пульсации в фонендоскопе регистрируется верхнее давление (систолическое).	1 балл	-1 балла
5.	Стравливание продолжается с той же скоростью, а в фонендоскопе ловится момент исчезновения шумов. Показания манометра при этом событии будут соответствовать нижнему давлению (диастолическому).	1 балл	-1 балла

	Если в одном из положений стрелка измерительного прибора находится между двумя отметками градации, предпочтение отдается верхней. Дальнейшее постепенное стравливание воздуха продолжается до достижения уровня на 20мм ниже диастолического показателя. После воздух спускается свободно. Дать заключение		
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика исследования кожи и подкожно-жировой клетчатки при патологии ЖКТ

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие на проведение методики. Объяснить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Пальпация кожного покрова. С помощью пальпации определяют: эластичность кожи; влажность; температуру; чувствительность кожи; состояние кровеносных сосудов (ломкость) - эндотелиальные пробы; дермографизм (вид, скорость появления и исчезновения). Для оценки подкожного жирового слоя требуется несколько более глубокая пальпация, чем при исследовании кожи: большим и указательным пальцами правой руки захватывают в складку не только кожу, но и подкожную жировую клетчатку. Определить толщину подкожного жирового слоя следует на нескольких участках, так как при патологии отложение жира в различных местах оказывается неодинаковым. В зависимости от толщины подкожного жирового слоя	1 балл	-1 балл

	говорят о нормальном, избыточном или недостаточном отложении жира.		
3.	<p>Определяют толщину подкожного жирового слоя в следующей последовательности: на животе - на уровне пупка и кнаружи от него; на груди - у края грудины; на спине - под лопатками; на конечностях - на внутренней поверхности бедра и плеча; на лице - в области щек (у детей раннего возраста). Толщина складки в 1-2 см на уровне пупка считается нормальным отложением жира. Для определения толщины лучше использовать калипер. При пальпации следует обращать внимание на консистенцию подкожного жирового слоя, которая может быть дряблой, плотной и упругой. В некоторых случаях подкожный жировой слой становится плотным. Следует обратить внимание на наличие отеков и их распространение (на лице, веках, конечностях, общий отек - анасарка, или локализованный).</p>	1 балл	-1 балл
4.	<p>Определение тургора мягких тканей (проводят путем сдавливания большим и указательным пальцами правой руки кожи и всех мягких тканей на внутренней поверхности бедра и плеча, при этом воспринимается ощущение сопротивления или упругости, называемое тургором).</p>	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балла
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика определения нижней границы желудка

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия
К	<p>Код и наименование компетенции:</p> <p>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками</p> <p>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков</p> <p>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>

Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции. Методика проводится в положении ребенка лежа на спине, на плотной поверхности, голову слегка приподнять, ноги свободно вытянуть, руки ребенка расположены вдоль туловища. Освободить исследуемую область от одежды	1 балл	-1 балл
2.	Метод аускультации. На эпигастральную область ставят стетофонендоскоп и одновременно с этим проводят легкие шрихообразные движения по передней брюшной стенке снизу вверх по направлению к желудку (слева от срединной линии). Движения наносят тихо одним пальцем. Граница желудка располагается по выслушиванию громкого звука.	1 балл	-1 балла
3.	Метод аускультации перкуссии. На эпигастральную область ставят стетофонендоскоп и одновременно с этим проводят легкие перкуторные удары по передней брюшной стенке снизу вверх по направлению к желудку (слева от срединной линии). Граница желудка располагается по выслушиванию громкого звука.	1 балл	-1 балла
4.	Врач рукой, расположенной несколько выше нижней границы желудка, проникает как можно глубже до позвоночника обычным способом или способом «двойной руки». Во время выдоха желудок поднимается кверху, и пальцами ощупывают большую кривизну в виде мягкой тонкой складки, расположенной выше пупка.	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балла
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Пальпация желчного пузыря

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-

	статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции. Методика проводится в положении ребенка лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка лежат вдоль туловища. Освободить исследуемую область от одежды	1 балл	-1 балл
2.	Желчный пузырь в норме не доступен для пальпации. Проекция желчного пузыря на переднюю брюшную стенку соответствует месту пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой (точка желчного пузыря). - Симптом Кера - появление резкой болезненности в точке желчного пузыря на высоте вдоха при обычной пальпации желчного пузыря). Точка образована путем построения биссектрисы от середины правой реберной дуги по направлению к пупочной области и составляет 2/3 ее длины	1 балл	-1 балл
3.	- Симптом Мерфи (сильная и резкая боль в момент вдоха при погружении пальцев руки врача в область проекции желчного пузыря, что заставляет больного прервать вдох).	1 балл	-1 балла
4.	- Симптом Ортнера - боль в правом подреберье при поколачивании краем с одинаковой силой поочередно по обеим реберным дугам).	1 балл	-1 балла
5.	- Симптом Георгиевского-Мюсси (френикус-симптом) - болезненность в точке поверхностного расположения правого диафрагмального нерва. Выявляют путем одновременного надавливания кончиками пальцев в промежутке между ножками обеих грудино-ключично-сосцевидных мышц над медиальными концами ключиц. Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика поверхностной (ориентировочной) пальпации живота

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.	1 балл	-1 балл
2.	Пальпацию живота проводят у ребенка в положении лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка расположены вдоль туловища, голова на плоской поверхности без подушки	1 балл	-1 балл
3.	Врач садится с правой стороны от пациента и укладывает руку ладонной поверхностью на брюшную стенку, легкое надавливание осуществляет II, III, IV, V пальцем пальпируемой руки неглубокими круговыми движениями, начиная против часовой стрелки от левой подвздошной области к левому фланку, левому подреберью, затем к правому подреберью, правому фланку, правой подвздошной области. Затем пальпирующую руку устанавливают в собственно эпигастральную область, далее в околопупочную и надлобковую области	1 балл	-1 балла
4.	2 вариант проведения поверхностной ориентировочной пальпации живота проводится над симметричными участками живота, болезненную область осматривают в последнюю очередь, начиная с левой подвздошной области к правой подвздошной, от левого фланка к правому фланку, от левого подреберья к правому, далее надлобковая область, околопупочная и собственно эпигастральная. При этом оценивают наличие	1 балл	-1 балла

	болезненности, резистентности (напряжения мышц передней брюшной стенки), наличие грыжевых выпячиваний, состояние «слабых мест» передней брюшной стенки (апоневроз белой линии живота, состояние пупочного кольца, степень расхождения прямых мышц живота), Значительное увеличение органов брюшной полости (печени, селезенки) или наличие крупной опухоли.		
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика пальпации лимфатических узлов при патологии ЖКТ

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции, объяснить ход манипуляции.	1 балл	-1 балл
2.	Для клинического обследования могут быть доступны 13 основных групп лимфатических узлов: затылочные, заушные, подбородочные, подчелюстные, переднешейные, заднешейные, надключичные, подключичные, подмышечные, торакальные, локтевые, паховые, подколенные. Пальпацию осуществляют симметрично, прижимая лимфатические узлы к подлежащей более плотной ткани (мышцам, костям) нежными, поглаживающими (поперечными, продольными, круговыми) движениями II, III и IV пальцем рук	1 балл	-1 балл

3.	<p>Методика пальпации основных групп периферических лимфатических узлов</p> <p>1. Затылочные - расположены по сторонам от затылочного бугра затылочной кости; собирают лимфу с кожи волосистой части головы и задней части шеи. При их пальпации лоб ребенка фиксируют большими пальцами, остальными пальцами ощупывают затылочный бугор.</p> <p>2. Заушные (сосцевидные) - расположены на сосцевидном отростке, собирают лимфу с теменной области, ушной раковины и наружного слухового прохода. Для их определения тщательно прощупывают область сосцевидного отростка.</p> <p>3. Подбородочные - собирают лимфу с кожи подбородка и нижней губы, десен, зубов, языка. Для их пальпации голову слегка наклоняют вперед и фиксируют левой рукой. Слегка согнутые пальцы правой руки располагают посередине подбородочной области так, чтобы кончики пальцев упирались в переднюю поверхность шеи. Затем, пальпируя по направлению к подбородку, пытаются прижать лимфатические узлы к краю нижней челюсти.</p> <p>4. Подчелюстные - собирают лимфу с кожи губ, подбородка, щек, носа, нижних век, слизистой оболочки носа, нёба, десен, а также с зубов, языка и слюнных желез, расположены в подчелюстной области. Для их пальпации голову ребенка несколько опускают, при наклоненной голове достигается максимальное расслабление диафрагмы, что способствует более точному результату.левой рукой врач фиксирует голову ребенка, пальцами правой пальпирует под</p> <p>10. Торакальные (грудные) - расположены под нижним краем большой грудной мышцы; собирают лимфу с кожи грудной клетки, париетальной плевры, отчасти легких и грудных желез. Пальпацию проводят по передней поверхности груди под нижним краем большой грудной мышцы. Для этого исследователь располагает руки по передней аксиллярной линии, а II, III и IV палец рук вводит под большую грудную мышцу и круговыми движениями продвигает к грудине.</p> <p>11. Локтевые (кубитальные) - собирают лимфу с медиальной и центральной части предплечья, тканей III, IV, V пальца кистей рук. Для исследования локтевых</p>	1 балл	-1 балла
----	---	--------	----------

	<p>лимфатических узлов необходимо одноименной рукой захватить кисть и предплечье пациента. Рука согнута в локтевом суставе под прямым углом. Указательным и средним пальцем другой руки продольными скользящими движениями прощупывают <i>sulcus bicipitalis medialis</i> на уровне локтя и нижних двух третей двуглавой мышцы плеча.</p> <p>12. Паховые - расположены под пупартовой связкой, где и пальпируются; собирают лимфу с нижних конечностей, нижней части живота, ягодицы, от половых органов, промежности и заднего прохода.</p> <p>13. Подколенные - расположены в подколенной ямке; собирают лимфу с задней поверхности и тканей голени, пяточной области. Для исследования лимфатических узлов ребенок ложится на живот, а пальпацию подколенной ямки проводят при согнутой в коленном суставе ноге под прямым углом. Старших детей пальпируют в положении стоя, расположив колено на кушетке или сиденье стула. Врач встает позади пациента и пальпирует подколенную ямку согнутой в коленном суставе конечности сначала одной, затем другой ноги.</p>		
4.	<p>Оценивать лимфатические узлы по определенным критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Локализация: в норме могут пальпироваться шейные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы (до 3 групп). Другие узлы пальпируются реже. • Количество: единичные (в каждой группе пальпируется 3 лимфатических узла и менее), множественные (более 3). У здоровых детей могут пальпироваться единичные узлы. • Размеры: оцениваются в миллиметрах или сантиметрах. Нормальной величиной является размер лимфатического узла до 0,5-1 см. При увеличении узлов оценивают поперечный и продольный размеры в сантиметрах. • Консистенция: у здоровых детей консистенция узлов эластическая (мягкоили плотноэластическая); при патологии может быть выявлено размягчение или уплотнение. • Подвижность: у здоровых детей узлы подвижные, при патологии - малоподвижные, неподвижные. • Болезненность или чувствительность: обычно лимфатические узлы при пальпации безболезненные. 	1 балл	-1 балла

	<p>При патологии может определяться болезненность.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отношение к другим тканям (спаянность с кожей и между собой); у здоровых детей лимфатические узлы не спаяны между собой и окружающими тканями. При патологии могут быть спаяны с кожей и между собой, тогда говорят о «пакетах» узлов. • Изменение кожи над лимфатическими узлами: в норме цвет и температура кожи над узлами не изменены. При патологии кожа над узлом может быть горячей на ощупь, гиперемирована. 		
4.	Дать заключение.	1 балл	-1 балла
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика пальпации мочевого пузыря при заболеваниях ЖКТ

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	<p>Код и наименование компетенции:</p> <p>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками</p> <p>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков</p> <p>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Пациент находится в положении лежа. Определить наличие/отсутствие болезненности в области пальпации.	1 балл	-1 балл
2.	Перед пальпацией необходимо уточнить, когда ребенок последний раз мочился. Уточнить особенности пальпации мочевого пузыря в зависимости от возраста (у детей старшего возраста пальпация мочевого пузыря возможна только при наполненном состоянии. Опорожненный мочевой пузырь расположен за лонем и недоступен пальпации. У детей раннего возраста в силу анатомо-физиологических особенностей возможна пальпация и пустого мочевого пузыря).	1 балл	-1 балла

3.	Перед пальпацией мочевого пузыря провести предварительную перкуссию границы мочевого пузыря по срединной линии от пупка вниз. Для определения верхней границы мочевого пузыря перкуссию проводят по средней линии живота от пупка вниз (тихо), палец-плексиметр располагают параллельно нижней границе живота. При наполненном мочевом пузыре получают притупление перкуторного звука тем выше над лобком, чем больше наполнение мочевого пузыря. При укорочении перкуторного звука перкуссию необходимо повторить после опорожнения мочевого пузыря.	1 балл	-1 балла
4.	Провести пальпацию мочевого пузыря (техника пальпации мочевого пузыря: ладонь исследуемый размещает продольно по средней линии в области пупка. Погружаясь в брюшную полость, рукой образуют кожную складку, направленную к пупку. На выходе из брюшной полости стараются соскользнуть с мочевого пузыря. Прием повторяют, постепенно продвигаясь вниз, к лонному сочленению.)	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение	1 балл	-1 балла
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Пальпация печени

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.	1 балл	-1 балл

2.	Методика проводится в положении ребенка лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка сложены на груди или под головой. Освободить исследуемую область от одежды	1 балл	-1 балла
3.	Перед пальпацией предварительно перкуторно определяют локализацию нижнего края печени по правой срединно-ключичной линии, начиная с правой подвздошной области.	1 балл	-1 балла
4.	При пальпации печени левой рукой врач охватывает правую половину груди в нижнем отделе. Правую руку устанавливают на 1,5-2,0 см ниже нижней границы печени, определенной ранее. Оставляя правую руку, глубоко введенную на выдохе в брюшную полость, просят ребенка глубоко вдохнуть. При вдохе пальпирующую руку выводят из брюшной полости в направлении вперед и вверх. У детей раннего возраста край печени обычно выступает из-под реберного края на 1—2 см, а у детей старше 5—7 лет он расположен на уровне реберной дуги. При пальпации нижнего края печени определяют его консистенцию, форму, болезненность (в норме — безболезненный, слегка заостренный, мягкоэластичный, у детей старшего возраста - плотноэластичный).	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балла
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Пальпация поджелудочной железы

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза

	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.	1 балл	-1 балл
2.	Методика проводится в положении ребенка лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки, согнутые в кулаках, лежат под поясницей. Освободить исследуемую область от одежды	1 балл	-1 балла
3.	Головка поджелудочной железы проецирована в зоне Шоффара—Риве, которая имеет форму прямоугольного треугольника, расположенного в правом верхнем квадранте пупочной области. Одна вершина этого треугольника лежит на пупке, один из катетов — срединная линия, а гипотенуза представляет внутреннюю треть линии, соединяющей пупок с правой реберной дугой и образующей со срединной линией угол 45°. Хвостовая часть поджелудочной железы проецирована в точке Мейо—Робсона, которая находится на биссектрисе левого верхнего квадранта живота, на 1/3 расстояния от края реберной дуги.	1 балл	-1 балла
4.	Пальпацию проводят двумя руками, положив пальцы левой руки на пальцы правой руки, поочередно пальпируя область головки, тела и хвостовой части поджелудочной железы, отмечая наличие или отсутствие болезненности в соответствующих областях	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балла
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика глубокой (методической, скользящей, топографической) пальпации поперечно-ободочной кишки по Образцову-Стражеско.

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками

	ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции. Пальпацию поперечно-ободочной кишки проводят у ребенка в положении лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка расположены вдоль туловища, голова на плоской поверхности без подушки	1 балл	-1 балл
2.	Для проведения пальпации восходящего отдела поперечно-ободочной кишки врач садится с правой стороны от пациента и укладывает левую руку со стороны спины пациента в качестве ложа, а правую руку ладонной поверхностью плашмя с несколько согнутыми пальцами на область правого фланка так, чтобы линия концевых фаланг была расположена параллельно длиннику восходящего отдела кишки. Поверхностным движением II, III, IV, V пальцев пальпируемой руки кожу сдвигают медленно, постепенно, на выдохе проникают вглубь живота до его задней стенки. Затем рукой скользят в направлении, перпендикулярном к продольной оси кишки. При этом необходимо охарактеризовать следующие свойства пальпируемого отдела: локализацию, форму, консистенцию, размер, подвижность, наличие урчания и болезненности.	1 балл	-1 балла
3.	Далее врач проводит пальпацию нисходящего отдела поперечно-ободочной кишки в том же положении пациента. Врач также сидит с правой стороны от пациента и укладывает левую руку со стороны спины пациента в качестве ложа, а правую руку ладонной поверхностью плашмя с несколько согнутыми пальцами на область левого фланка так, чтобы линия концевых фаланг была расположена параллельно длиннику нисходящего отдела кишки. Поверхностным движением II, III, IV, V пальцев пальпируемой руки кожу сдвигают медленно, постепенно, на выдохе проникают вглубь	1 балл	-1 балла

	живота до его задней стенки. Затем рукой скользят в направлении, перпендикулярном к продольной оси кишки. При этом необходимо охарактеризовать следующие свойства пальпируемого отдела: локализацию, форму, консистенцию, размер, подвижность, наличие урчания и болезненности.		
4.	Пальпацию поперечно-ободочной кишки проводят двумя руками. Их располагают от срединной линии живота на 2-3 см выше пупка. Пальцы устанавливают параллельно ходу кишки с двух сторон в области наружного края прямых мышц, несколько сдвигая их к центру и погружая пальцы вглубь брюшной полости на выдохе. В норме поперечно-ободочная кишка может не пальпироваться	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балла
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика пальпации селезенки

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.	1 балл	-1 балл
2.	Пальпацию селезенки проводят в положении больного на спине и на правом боку. Если пациент лежит на спине, он должен вытянуть руки и ноги. При этом изголовье койки должно быть низким. Если больного осматривают на правом боку, то ему стоит немного наклонить голову вперед, а левую руку согнуть. В то же время левую ногу следует согнуть, а правую —	1 балл	-1 балла

	вытянуть. Такое положение тела позволит добиться максимальной расслабленности пресса, немного сместить селезенку вперед.		
3.	Врач садится с правой стороны от пациента. Слегка согнутые пальцы правой руки располагают примерно напротив X ребра на 3-4 см ниже левой реберной дуги параллельно ей.	1 балл	-1 балла
4.	Попросить пациента сделать глубокий вдох. На вдохе селезенка больного (если она увеличена) выходит из-под края реберной дуги, наталкивается на пальпирующие пальцы и "соскальзывает" с них. В норме пальпировать селезенку не удастся, поскольку ее передний край не доходит до края реберной дуги приблизительно на 3-4 см. Селезенку можно прощупать при ее увеличении (спленомегалия) не менее чем в 1,5-2 раза. При пальпации селезенки оценивают ее форму, консистенцию, состояние поверхности, подвижность, болезненность. Затем пациента просят выдохнуть.	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балла
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика глубокой (методической, скользящей, топографической) пальпации сигмовидной и слепой кишки по Образцову-Стражеско

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено

1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.	1 балл	-1 балл
2.	Пальпацию сигмовидной кишки проводят у ребенка в положении лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка расположены вдоль туловища, голова на плоской поверхности без подушки	1 балл	-1 балла
3.	Врач садится с правой стороны от пациента и укладывает правую руку ладонной поверхностью плашмя с несколько согнутыми пальцами на левую подвздошную область так, чтобы линия концевых фаланг была расположена параллельно длиннику сигмовидной кишки. Поверхностным движением II, III, IV, V пальцев пальпируемой руки кожу сдвигают медленно, постепенно, на выдохе проникают вглубь живота до его задней стенки. Затем рукой скользят в направлении, перпендикулярном к продольной оси кишки. При этом необходимо охарактеризовать следующие свойства пальпируемого отдела: локализацию, форму, консистенцию, размер, подвижность, наличие урчания и болезненности.	1 балл	-1 балла
4.	Далее врач проводит пальпацию слепой кишки в том же положении пациента. Врач также сидит с правой стороны от пациента и укладывает правую руку ладонной поверхностью плашмя с несколько согнутыми пальцами на правую подвздошную область так, чтобы линия концевых фаланг была расположена параллельно длиннику слепой кишки. Поверхностным движением II, III, IV, V пальцев пальпируемой руки кожу сдвигают медленно, постепенно, на выдохе проникают вглубь живота до его задней стенки. Затем рукой скользят в направлении, перпендикулярном к продольной оси кишки. При этом необходимо охарактеризовать следующие свойства пальпируемого отдела: локализацию, форму, консистенцию, размер, подвижность, наличие урчания и болезненности.	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балла
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика перкуссии печени по Курлову (для детей старше 5 лет)

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	<p>Код и наименование компетенции:</p> <p>ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками</p> <p>ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков</p> <p>ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.	1 балл	-1 балл
2.	Методика проводится в положении ребенка лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки вдоль туловища или за головой. Освободить исследуемую область от одежды	1 балл	-1 балла
3.	<p>Определяют три перкуторных размера печени:</p> <p>- По правой среднеключичной линии производят перкуссию от пупка до нижней границы печени и от ясного лёгочного звука вниз по межреберьям до появления печёночной тупости (границу перехода ясного или тимпанического звука в тупой отмечают по наружному краю пальца – плессиметра, т.е. со стороны ясного или тимпанического звука). Соединив две точки, измеряют первый размер печени по Курлову. Обычно он составляет 9 ± 2 см. Верхнюю границу печёночной тупости используют для определения двух других размеров.</p>	1 балл	-1 балла
4.	- По срединной линии живота перкутируют вверх до появления печёночной тупости. Верхнюю границу по срединной линии определить сложно из-за расположения под кожей плотной грудины, гасящей перкуторные звуки, поэтому за верхнюю точку этого размера условно принимают точку, лежащую на одном уровне с верхней границей первого размера печёночной	1 балл	-1 балла

	тупости (через эту точку проводят горизонталь до пересечения со срединной линией). Соединив эти точки, измеряют второй размер печени по Курлову, обычно составляющий 8 ± 2 см.		
5.	- Третий размер печени по Курлову определяют при перкуссии вблизи левой рёберной дуги параллельно ей, начиная перкуссию приблизительно с передней подмышечной линии. Верхняя точка соответствует верхней точке второго размера печени по Курлову. Третий размер обычно составляет 7 ± 2 см. Если печень увеличена, то первый большой размер обозначают дробью, в числителе которой - общий размер по правой среднеключичной линии, а в знаменателе – его часть, соответствующая размеру, выходящему за рёберную дугу вниз. Дайте заключение	1 балл	-1 балла
	Итого		

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика перкуссии селезенки

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.	1 балл	-1 балл
2.	Перкуссию селезенки проводят в положении больного на правом боку. Если больного осматривают на правом боку, то ему стоит немного наклонить голову вперед, а левую руку согнуть. В то же время левую ногу следует	1 балл	-1 балла

	согнуть, а правую — вытянуть. Такое положение тела позволит добиться максимальной расслабленности пресса, немного сместить селезенку вперед. Для определения размера применяют тихую перкуссию, так как селезенка граничит с кишечником, дающим тимпанический перкуторный звук.																	
3.	Перкуссию слабой силы ведут от края реберной дуги непосредственно по X ребру. На месте появления притупленного звука ставят точку по краю пальца, обращенного к тимпаническому звуку. Затем палец-плессиметр переносят на заднюю подмышечную линию и располагают его перпендикулярно к X ребру, проводят также тихую перкуссию. При появлении притупленного перкуторного звука ставят отметку по краю пальца, который обращен к ясному перкуторному звуку. Таким образом определяют длинник селезенки.	1 балл	-1 балла															
4.	далее переходят к определению ее поперечника. Для этого длинник селезенки делят пополам, палец-плессиметр устанавливают параллельно X ребру, смещают его на два межреберья вверх и перкутируют по направлению к середине селезенки, отмечая границу по краю пальца, направленного в сторону ясного звука. По этой же вертикальной линии осуществляют перкуссию от края реберной дуги по направлению вверх к середине селезенки. Также отмечают границу по краю пальца, направленного в сторону ясного звука (иначе мы нарушаем общее правило перкуссии: идти от звука ясного к звуку тупому).	1 балл	-1 балла															
5.	<p>Дать заключение. Назвать нормы размеров селезенки в зависимости от возраста.</p> <table border="1" data-bbox="335 1444 1077 1747"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Линия измерения</th> <th colspan="3">Возраст</th> </tr> <tr> <th>дошкольники</th> <th>школьники</th> <th>подростки</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Длинник</td> <td>3-4</td> <td>5-7</td> <td>6-8</td> </tr> <tr> <td>Поперечник</td> <td>2-3</td> <td>3-5</td> <td>4-6</td> </tr> </tbody> </table> <p>Перкуторные размеры селезенки, см.</p>	Линия измерения	Возраст			дошкольники	школьники	подростки	Длинник	3-4	5-7	6-8	Поперечник	2-3	3-5	4-6	1 балл	-1 балла
Линия измерения	Возраст																	
	дошкольники	школьники	подростки															
Длинник	3-4	5-7	6-8															
Поперечник	2-3	3-5	4-6															
	Итого																	

Общая оценка:

3.4. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

НЕОНАТОЛОГИЯ

1. Геморрагический синдром у новорожденных.
2. Билирубиновая энцефалопатия у новорожденных.
3. Особенности обмена билирубина у плода и новорожденного.
4. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных.
5. Гемолитическая болезнь новорожденных.
6. Болезни кожи и подкожной клетчатки у новорожденных.
7. Синдром дыхательных расстройств у новорожденных.
8. Профилактика гнойно-септических заболеваний у новорожденных.
9. Основные патологические состояния и синдромы у недоношенных.
10. Поэтапное выхаживание недоношенных детей.
11. Заболевания пупочной ранки и сосудов у новорожденных.
12. Внутриутробные инфекции у новорожденных.
13. Неотложная помощь при асфиксии новорожденных.
14. Вскармливание недоношенных детей.
15. Принципы реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

РАННИЙ ВОЗРАСТ

1. Грудное вскармливание
2. Рациональное искусственное вскармливание. Лечебное питание.
3. Введение прикорма у детей
4. Питание детей от года до 3-х лет
5. Пневмонии у детей: классификация, критерии диагностики.
6. Нозокомиальная пневмония, диагностика. Протокол терапии.
7. Антибактериальная терапия нозокомиальных пневмоний.
8. Особенности пневмоний, вызванные «оппортунистической» флорой (пневмоцисты, микоплазмы, хламидии и др.).
9. Особенности лечения пневмонии у детей в домашних условиях.
10. Современные протоколы антибактериальной терапии пневмоний у детей раннего возраста.
11. Посиндромная терапия пневмоний.
12. Реабилитация, диспансеризация детей при пневмонии.
13. Бронхиты у детей: классификация, принципы терапии.
14. Дифференциальная диагностика анемического синдрома.
15. Профилактика, диагностика и принципы лечения железодефицитной анемии.
16. Гемолитические анемии у детей, критерии диагностики, лечение
17. Типы конституции у детей, риск развития патологических состояний.
18. Питание детей при различных типах (аномалиях) конституции.
19. Скрининг тест на муковисцидоз, тактика врача педиатра. Протоколы диагностики и лечения муковисцидоза.
20. Дифференциальный диагноз синдрома рвоты и срыгивания у детей первого года жизни.
21. Нарушение кишечного всасывания у детей, дифференциальная диагностика, принципы терапии.
22. Врожденный адено-генитальный синдром, диагностика, лечение.
23. Врожденные пороки сердца с обогащением малого круга кровообращения.
24. Врожденные пороки сердца с обеднением малого круга кровообращения.
25. Врожденные неревматические кардиты.
26. Алиментарно-зависимые состояния у детей. Задержка роста и физического развития
27. Организация лечебного питания в детских стационарах.

28. Рахит у детей, классификация, диагностика. Дифференциальная диагностика рахита. Лечение рахита Профилактика рахита у детей.
29. Рахитоподобные заболевания, диагностика, лечение.
30. Принципы лекарственной терапии в разные возрастные периоды.

СТАРШИЙ ВОЗРАСТ

1. Неревматические приобретенные кардиты у детей, дифференциальная диагностика.
2. Острая ревматическая лихорадка, критерии диагностики.
3. Принципы лечения острой ревматической лихорадки у детей.
4. Принципы лечения ревматических заболеваний у детей.
5. Кардиомиопатии у детей.
6. Дифференциальный диагноз кардиомиопатии у детей.
7. Пролапс митрального клапана, диагностика, врачебная тактика.
8. Принципы лечения хронической сердечной недостаточности у детей.
9. Синдром вегетативной дисфункции у детей. Классификация, методы обследования. Принципы лечения.
10. Организация лечебного питания в детских стационарах.
11. Пневмонии у детей старшего возраста. Особенности лечения пневмонии у детей в домашних условиях.
12. Бронхиальная астма. Критерии диагностики бронхиальной астмы у детей. Лечение бронхиальной астмы в зависимости от возраста.
13. Хронические бронхолегочные заболевания у детей: методы обследования, критерии диагностики.
14. Респираторные аллергозы: критерии диагностики, принципы терапии.
15. Принципы лекарственной терапии в разные возрастные периоды.
16. Рахитоподобные заболевания, диагностика, лечение.
17. Дифференциальный диагноз артритов у детей.
18. Геморрагический васкулит.
19. Дифференциальный диагноз лейкоцитурии.
20. Пиелонефрит, инфекция мочевых путей, диагностика, лечение.
21. Интерстициальный нефрит, диагностика, лечение.
22. Дисметаболические нефропатии, диагностика, принципы лечения.
23. Питание при дисметаболических нефропатиях.
24. Гломерулонефриты, классификация, клиника, базисная терапия.
25. Нефротический синдром, принципы терапии.
26. Артериальная гипертензия у детей и подростков, принципы терапии.
27. Эзофагиты, рефлюкс-эзофагит.
28. Функциональные и органические заболевания желудка и 12-перстной кишки у детей.
29. Функциональные заболевания пищевода, желудка у детей, диагностика, принципы терапии.
30. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Диагностика. Неотложные состояния. Протокол терапии.
31. Диетотерапия детей с заболеваниями желудочно - кишечного тракта.
32. Гемолитические анемии у детей, критерии диагностики, лечение.
33. Функциональные и органические заболевания печени.
34. Синдром «раздраженной» толстой кишки у детей.
35. Диетотерапия ожирения у детей.
36. Сахарный диабет, принципы терапии у детей.
37. Гипотиреоз, критерии диагностики, лечение.

38. Особенности иммунной системы в подростковом возрасте.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

1. Обструктивный синдром: критерии диагностики, неотложная помощь.
2. Неотложная помощь при обструкции верхних дыхательных путей.
3. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
4. Неотложная помощь при гипертермическом синдроме.
5. Неотложная помощь при судорожном синдроме.
6. Неотложная помощь при аритмиях у детей.
7. Неотложная помощь при острой сосудистой недостаточности.
8. Неотложная помощь при шоках у детей (инфекционно-токсический, анафилактический, гиповолемический).
9. Неотложная помощь при эксикозах.
10. Дифференциальная диагностика метаболических ком у детей. Неотложная помощь при метаболических комах.
11. Неотложная помощь при отёке мозга.
12. Неотложная помощь при отёке лёгких.
13. Неотложная помощь при геморрагическом синдроме у детей.
14. Неотложная помощь при острой почечной недостаточности.
15. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Диагностика. Неотложные состояния. Протокол терапии.