

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

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
Валиев И. А.



2023 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ПЕДИАТРИЯ

Разработчик

кафедра детских болезней

Специальность / Направление
подготовки

**30.05.02 Медицинская
биофизика**

Наименование ООП

**30.05.02 Медицинская
биофизика**

Квалификация

Врач – биофизик

ФГОС ВО

Утвержден Приказом Министерства науки и
высшего образования Российской
Федерации № 1002 от 13 августа 2020 г.

Цель и задачи ОМ (ОС)

Цель ОМ (ОС) – установить уровень сформированности компетенций у обучающихся специалитета **30.05.02 Медицинская биофизика**, изучивших дисциплину «Педиатрия».

Основной задачей ОМ (ОС) дисциплины «Педиатрия» является оценка достижения обучающимися результатов обучения по дисциплине.

Паспорт оценочных материалов по дисциплине «Педиатрия»

№	Наименование пункта	Значение
1.	Специальность/Направление подготовки	Медицинская биофизика
2.	Кафедра	Детских болезней
3.	Автор-разработчик	Бабенкова Л.И.
4.	Наименование дисциплины	Педиатрия
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	108/33Е
6.	Наименование папки	Фонд оценочных средств по дисциплине «Педиатрия»
7.	Количество заданий всего по дисциплине	100
8.	Количество заданий	50
9.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
10.	Для оценки «отл» не менее	91%
11.	Для оценки «хор» не менее	81%
12.	Для оценки «удовл» не менее	71%
13.	Время (в минутах)	60 минут
14.	Вопросы к аттестации	50

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции: **ОПК-2, ПК-3.**

Наименование компетенции	Индикатор достижения компетенции
<i>ОПК-2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния in vivo и in vitro при проведении биомедицинских исследований</i>	<i>ИОПК-2.2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека</i>
<i>ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме</i>	<i>ИПК-3.2. Собирает анамнез заболевания и анамнез жизни пациента, анализирует полученную от пациентов (их законных представителей) информацию.</i>
	<i>ИПК-3.3. Способен определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.</i>

Код контролируемой компетенции

ОПК-2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния in vivo и in vitro при проведении биомедицинских исследований

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Выберите один правильный ответ</i>		
1	ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА а) 70-80 в минуту б) 90-100 в минуту в) 110-120 в минуту г) 140-160 в минуту	г
2	БОЛЬ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, ПОЯВЛЯЕТСЯ а) через 20 минут после еды; б) сразу после еды; в) натощак; г) во второй половине дня;	в
<i>Выберите несколько правильных ответов</i>		

3	<p>ДЛЯ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ ЗЕВА ХАРАКТЕРНЫ</p> <p>а) умеренная болезненность при глотании б) тризм жевательной мускулатуры в) температура тела 38°C г) застойная гиперемия зева д) плотный налет в пределах миндалин е) навязчивый кашель</p>	а, в, г, д
4	<p>РЕВМОКАРДИТ НУЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С НИЖЕ ПРИВЕДЁННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</p> <p>а) инфекционно-аллергический миокардит; б) полная транспозиция магистральных сосудов; в) инфекционный перикардит; г) вегетососудистая дистония; д) септический эндокардит.</p>	а, в, д

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Установите правильную последовательность в предложенных вариантах ответов</i>		
5	<p>УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗГИБОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ</p> <p>а) шейный лордоз б) поясничный лордоз в) грудной кифоз г) крестцовый кифоз</p>	а-в-б-г
6	<p>УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ЭКЗАНТЕМЫ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ</p> <p>а) корочка б) макула в) везикула г) папула</p>	Б-Г-В-А
<i>Установите соответствия между двумя множествами вариантов ответов</i>		
7	<p>УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ И ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА</p> <p>а) дующий систолический шум на верхушке сердца б) систоло-диастолический шум на легочной артерии в) льющийся диастолический шум на аорте г) грубый диастолический шум на верхушке</p> <p>1. стеноз митрального клапана 2. недостаточность митрального клапана 3. открытый артериальный проток 4. недостаточность аортального клапана</p>	<p>А-2 Б-3 В-4 Г-1</p>
8	<p>УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТИПОМ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ХАРАКТЕРОМ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ</p> <p>а) петехиально-пятнистый б) васкулитно-пурпурный в) коагулопатический</p>	<p>А-2 Б-1 В-3</p>

	1.папулезно-геморрагические, симметричные,мономорфные, монохромные элементы 2.экхимозы, петехии, несимметричные, полморфные,полихромные 3.подкожные гематомы, экхимозы	

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Дополните</i>		
9	Относительное количество лимфоцитов в периферической крови здорового ребенка первого года жизни составляет	60% общего числа лейкоцитов
10	Ключевым моментом в диагностике бронхиальной астмы у детей является наличие в анамнезе	повторяющихся эпизодов свистящего дыхания
<i>Вставьте пропущенное слово</i>		
11	Пластинчатое шелушение на пальцах после угасания сыпи характерный признак _____	скарлатины
12	_____ это синдром, при котором встречаются следы белка (0,002—0,006 г/л) в моче	Протеинурия
<i>Ответьте на вопрос</i>		
13	Дайте определение биологического возраста	Это понятие, отражающее степень морфологического и физиологического развития организма.
14	Назовите три основных типа аномалий конституции у детей	Экссудативно – катаральный, лимфатико – гипопластический, нервно – атритический
15	Перечислите основные структурные компоненты тетрады Фалло	Подаортальный дефект межжелудочковой перегородки, дэкстрапозиция аорты, стеноз выводного тракта правого желудочка,гипертрофия правого желудочка
16	Назовите три этиологических вида врожденных пороков развития	Наследственные, экзогенные, мультифакториальные
17	Что представляет собой искусственное вскармливание	грудное молоко либо полностью отсутствует, либо его доля составляет менее 1/5 суточного рациона ребенка, а вместо грудного молока используются детские молочные смеси
18	Дайте характеристику синдрома ангины при скарлатине	Характерна интенсивная боль в горле, яркая ограниченная гиперемия зева, энантема на мягком небе, желтовато-белые налеты на миндалинах, регионарные

		лимфоузлы увеличены, уплотнены, болезненны при пальпации.
19	Перечислите перкуторные и аускультативные феномены, типичные для острой пневмонии	Перкуторно определяется притупление перкуторного звука над зоной поражения, аускультативно – локальные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы.
20	Перечислите основные компоненты бронхообструктивного синдрома	Отек слизистой оболочки бронхов, гиперсекреция слизи, спазм гладкой мускулатуры бронхов
21	Опишите синдром костных изменений при рахите	Уплощенный затылок, краниотабес, увеличение лобных и затылочных бугров, рахитические «четки», «браслетки», «нити жемчуга», Х и О-образное искривление ног.
22	У детей раннего возраста частота сердечных сокращений выше чем в других возрастных группах и отсутствует дыхательная аритмия. Назовите основную причину физиологической тахикардии и данного феномена.	Основная причина – доминирующее симпатическое влияние на сердце вследствие незавершенного формирования блуждающего нерва.
23	У ребенка в возрасте 1 года диагностирован рахит в периоде реконвалесценции. Какой лабораторный наиболее характерный признак для этого периода рахита?	Характерный признак для периода реконвалесценции рахита у ребенка в возрасте 1 года является гипокальциемия
24	Назовите пробу для оценки концентрационной функции почек	Концентрационную функцию почек надо оценивать пробой по Зимницкому
25	Опишите аускультативную картину у пациентов с открытым артериальным протоком	У пациентов с открытым артериальным протоком в третьей аускультативной точке выслушивается систоло-диастолический шум
26	Что определяется при рентгенографии костей у ребенка, больного рахитом в периоде реконвалесценции?	Типичный рентгенологический признак прерывистое уплотнение в зонах роста
27	Что лежит в основе патогенеза экссудативно-катарального диатеза?	Патогенез экссудативно-катарального диатеза базируется на анатомо-физиологических особенностях кожи, слизистых оболочек, подкожной клетчатки и желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста
28	Дайте определение острой ревматической лихорадки (ОРЛ)	ОРЛ это системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преобладающим поражением сердца и сосудов, вызванное β-гемолитическим стрептококком группы А
29	Что лежит в основе патогенеза	В основе патогенеза нервно-

	нервно-артритического диатеза?	артритического диатеза лежат особенности пуринового обмена
30	Что является основным клиническим признаком локализованной дифтерии зева?	Наличие на миндалинах плотного, трудно снимающегося, бело-серого налёта, не выходящего за пределы миндалин. При попытке снять налёт подлежащая ткань кровоточит.
31	Укажите возраст ребенка, в котором наблюдается первый физиологический перекрест количества нейтрофилов и лимфоцитов в периферической крови	Первый физиологический перекрест количества нейтрофилов и лимфоцитов в периферической крови 4 – 5 сутки жизни
32	Назовите основной клинический синдром ОПН	Основной клинический синдром олигоурия, сменяющаяся анурией
33	Что такое смешанное вскармливание?	кормление ребенка первого года жизни грудным молоком в количестве не менее 1/5 суточного объема в сочетании с детскими молочными смесями (докорм).
34	Чем характеризуется клинически первичная гипотрофия 3 степени?	Первичная гипотрофия 3 степени характеризуется крайней степенью истощения: внешний ребенка напоминает скелет, обтянутый кожей. Подкожно-жировой слой отсутствует
35	Что является основным принципом лечения гемофилии?	В основе лечения лежит специфическая заместительная терапия концентратами факторов свертывания.
36	Назовите три основных изменения в коагулограмме у детей при геморрагическом васкулите	гиперкоагуляция, снижение активности плазмينا и антитромбина III
37	Что является ключевым моментом в диагностике бронхиальной астмы у детей?	Это повторяющиеся эпизоды свистящего дыхания (обычно более трех).
38	Что такое врожденная пневмония?	Это пневмония, которая развивается не позднее первых 72 часов жизни ребенка.
39	Какие пять инструментальных методов исследования используются для подтверждения хронических неспецифических заболеваний легких?	1. R-графия органов грудной клетки 2. Спирометрия 3. Тест с бронхолитиками 4. Пульсоксиметрия 5. Определение ПСВ
40	Основной ведущий этиологический фактор острой ревматической лихорадки?	Ревматогенный штамм В-гемолитический стрептококк группы А
41	Дайте определение ювенильному ревматоидному артриту	Это деструктивно-воспалительное заболевание суставов, развивающееся у детей до 16 лет.
42	Какие два синдрома выделяют в клинической картине железодефицитной анемии?	Общеанемический синдром, сидеропенический синдром.
43	Назовите характерное изменение в	Изолированная инверсия зубцов Т в

	ЭКГ при пролапсе митрального клапана	отведениях II, III, aVF
44	Показанием для экстренной госпитализации при расстройстве вегетативной нервной системы у детей является	Нарушение витальных функций
45	Назовите три характерных изменений в ОАМ при гломерулонефрите	Протеинурия, макро/микрогематурия, цилиндрурия
46	Какие четыре периода клинической картины рахита у детей и какова их продолжительность?	I период начальный (с 2-3 до 5 месяцев) II период разгара (с 6 до 12 месяцев) III период реконвалесценции (с 1 до 2 лет) IV-й период – остаточные явления (> 2 лет)
47	Назовите характерное изменение в ОАМ при пиелонефрите	Типичные изменения это лейкоцитурия и бактериурия, входящие в состав пиурического варианта мочевого синдрома.

На открытое задание рекомендованное время 15 мин

Компетенции /индикаторы достижения компетенции	Задачи
ОПК-2/ ИОПК 2.2	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 1</p> <p>Ребенок 7 лет поступает в приемный покой с жалобами на лихорадку до 39 ° С, частый влажный кашель, слабость, головную боль, снижение аппетита.</p> <p>Из анамнеза болезни известно: ребенок заболел после переохлаждения с появления насморка, покашливания, субфебрильной температуры. На второй день болезни был осмотрен участковым педиатром, назначена противовирусная терапия амиксином. Состояние и самочувствие несколько улучшились. На третий день температура нормализовалась, уменьшилась выраженность катарального синдрома, ребенок пошел в школу. На следующий день состояние ребенка ухудшилось: повысилась температура тела до 39, кашель стал частым и влажным, появились слабость и потливость, боли в правой половине грудной клетки.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Закричал сразу, оценка по Апгар 7/8 баллов. Находился на естественном вскармливании до года, прикормы вводились по срокам. В первый год жизни не болел, в последующем отмечались редкие ОРВИ (3 раза в год), в 4 года перенес ветряную оспу, в 6 лет острый простой бронхит.</p>

	<p>Аллергоанамнез семейный и индивидуальный не отягощен.</p> <p>Объективно выявлено: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, горячие, влажные. Зев умеренно гиперемирован, миндалины рыхлые, гипертрофированные лимфоидные фолликулы на задней стенке глотки. Язык обложен беловатым налетом. Носовое дыхание несколько затруднено, небольшое количество слизистого отделяемого из носовых ходов. Пальпируются множественные, незначительно увеличенные, безболезненные, подвижные подчелюстные, шейные лимфоузлы. Частота дыхания 34 в минуту. Грудная клетка цилиндрической формы, равномерно участвует в дыхании, эластичная. При перкуссии определяется укорочение легочного звука под углом правой лопатки. Аускультативно определяется жесткое дыхание, разнотембровые сухие хрипы по всем полям, меняющие тембр и локализацию при откашливании. Под углом правой лопатки дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы и крепитация, при откашливании стабильные. Пульс 139 ударов в минуту. Границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Ритм сердца правильный. Тоны сердца умеренно приглушены, шумов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезнен. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>В ОАК эр.– $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нв – 128 г/л, л.-$16,0 \times 10^9$/л, эоз.-2%, п- 6%, с-73%, л – 17, м –2%, СОЭ – 35 мм/ч.</p> <p>В ОАМ: удельный вес 1018, реакция щелочная, лейкоц. 1-2 в п/зр, эпит. 1-2-1 в п/зр.</p> <p>Проведите интерпретацию лабораторных методов обследования и поставьте диагноз.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выделите основные клинические синдромы 2. Опишите основные клинические синдромы 3. Проведите интерпретацию лабораторных методов исследования
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Интоксикационные, местный бронхолегочно-плевральный 2 Интоксикационный представлен лихорадкой, слабостью, потливостью <p>Бронхолегочно-плевральный представлен локальным притуплением перкуторного звука, локальными мелкопузырчатыми и крепитирующими хрипами.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3 ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенная СОЭ. ОАМ: в пределах возрастной нормы.
<p>ОПК-2/ ИОПК 2.2</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 2</p> <p>Вы – врач скорой медицинской помощи. Вызов к мальчику 14 месяцев. Со слов матери, заболевание началось 2 дня назад с кашля, насморка, подъема температуры тела до субфебрильных цифр. Ночью состояние резко ухудшилось, появилось шумное учащенное дыхание, грубый «лающий» кашель, осиплость голоса.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от первой</p>

	<p>доношенной беременности, протекавшей с умеренно выраженным гестозом первой половины, нефропатией. Вес при рождении 3500 г, рост 53 см, закричал после тактильной стимуляции, оценка по Апгар 6-7 баллов. С 3 мес. на искусственном вскармливании 5% манной кашей, сваренной на коровьем молоке. С 10 месяцев ест с общего стола. Аллергоанамнез семейный и индивидуальный не отягощен.</p> <p>Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-хкратно. В 12 месяцев по поводу острого бронхита находился на стационарном лечении, была проведена рентгенография органов грудной клетки. На рентгенограмме определялось увеличение вилочковой железы.</p> <p>При объективном обследовании: Состояние тяжелое, выраженное возбуждение. Кожные покровы бледные, щеки гиперемированы, сухие, с шелушением. Определяется пастозность подкожной клетчатки. Вес ребенка 12 кг, телосложение гиперстеническое. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, задняя стенка глотки рыхлая. Язык розовый, чистый. Носовое дыхание несколько затруднено, небольшое количество слизисто-серозного отделяемого из носовых ходов. Пальпируются единичные, безболезненные, подвижные подчелюстные, шейные лимфоузлы размером до 0,7 см. В покое отмечается одышка инспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры, шумное (стридорозное) дыхание, вдох удлинен. ЧД – 48 в минуту. Пальпаторно грудная клетка эластичная. Перкуторно определяется легочный звук, аускультативно – жесткое дыхание, единичные, меняющиеся при кашле сухие и крупнопузырчатые влажные хрипы. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Ритм правильный. Тоны сердца отчетливые. ЧСС 140 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень +3 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выделите основные патологические синдромы 2. Выделите факторы, способствующие возникновению данного заболевания у ребенка
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Гипертермический синдром, синдром катарального воспаления, синдром острой дыхательной недостаточности, 2 Отягощенный антенатальный анамнез, нерациональное вскармливание, лимфатико-гипопластический вариант диатеза.
<p>ОПК-2/ ИОПК 2.2</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 3</p> <p>Мальчик 14-ти лет, поступил в больницу с жалобами на слабость, повышение температуры тела, боли в голеностопных суставах, наличие мелкоточечных высыпаний на ягодицах, боковых поверхностях живота, голених.</p> <p>Мальчик заболел неделю тому назад. Заболевание началось с повышения температуры тела и появления катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей. Участковый педиатр назначил ребенку Амоксиклав. На фоне его приема появились вышеперечисленные жалобы, и ребенок госпитализирован в</p>

	<p>ревматологическое отделение.</p> <p>Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой беременности. Беременность протекала с гестозом второй половины. Роды срочные в 38 недель, ребенок родился массой 2900 г. и длиной тела 52 см; закричал сразу, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. К груди приложен в родильном зале, грудь сосал активно. Выписан из родильного дома на 5 сутки, в родильном доме привит. На первом году развивался правильно: в год весил 10 кг, головку держит с 2 месяцев, сидит с 6 месяцев, ходит с 12 месяцев. В возрасте одного года словарный запас составлял 10 слов. До года находился на естественном вскармливании, первый прикорм введен в 6 месяцев - овощным пюре, второй – рисовой кашей, третий – кефиром и коровьим молоком.</p> <p>Перенесенные заболевания: с 9 месяцев отмечались частые респираторные заболевания, до 3 лет отмечались проявления экссудативно-катарального диатеза.</p> <p>Маме 38 лет, здорова. Отцу 42 года, здоров, курит. Бабушка по линии матери и бабушка по линии отца страдают гипертонической болезнью. Бытовые условия удовлетворительные.</p> <p>При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Температура 38,5 °С Мальчик вял. Кожные покровы бледные, на ягодицах, боковой поверхности живота, на голених симметричные папулезно-геморрагические пальпируемые высыпания, сгущающиеся в области голеностопных суставов. Зев умеренно гиперемирован. Пальпируются единичные подчелюстные лимфатические узлы размером 0,7 на 0,5 см, подвижные, безболезненные. Перкуторный звук над легкими ясный, дыхание жесткое, частота дыхания-16 в минуту. Границы относительной тупости сердца не расширены. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, частота сердечных сокращений - 90 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Голеностопные суставы деформированы, теплые на ощупь, движения в них болезненны. Мочится свободно. Моча светло - желтая. Стул оформлен без патологических примесей.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв-105 г/л, Ц.П. –0,88; лейкоциты - $15 \times 10^9/л$, п/я - 6 %, с/я -70%, л- 20%, м - 4%, СОЭ - 38м/час.</p> <p>Общий анализ мочи: моча светло- желтого цвета, прозрачная, белок – отрицательный, удельный вес 1019, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты- 1- 3 в поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины - 42%, глобулины - 58% , сиаловая проба - 280 единиц.</p> <p>ЭКГ – Ритм синусовый, тахикардия с частотой сердечных сокращений 90 в минуту. Электрическая ось сердца расположена вертикально. Нарушения внутрижелудочковой проводимости и процессов реполяризации.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Выделите основные патологические синдромы 2 Проведите интерпретацию лабораторных методов исследования 3 Объясните наличие тахикардии
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Интоксикационный, синдром экзантемы, синдром артрита 2 ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенная СОЭ. Биохимический анализ: гипергаммаглобулинемия, увеличение

	показателя сиаловой пробы. ОАМ: в пределах нормы. 3 Тахикардия обусловлена повышенной температурой тела (на каждый градус выше 37,5 частота сердечных сокращений увеличивается на 10 в 1 мин
--	---

Код контролируемой компетенции

ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Выберите один правильный ответ</i>		
1	УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПАСНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ОТЕКА КВИНКЕ: а) мочеполовой области б) дыхательные пути в) нижних конечностей г) верхних конечностей	б
2	ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ ПИТАНИЯ а) концентрированные овощные соки б) хлеб в) мясо нежирное г) каши	а
<i>Выберите несколько правильных ответов</i>		
3	ДЛЯ КЛИНИКИ ОСТРОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ: а) повышение температуры тела выше 40с б) периферические отеки в) увеличение печени г) расширение границ сердца вправо	б, в, г
4	СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ: а) рвота б) частый жидкий стул в) отсутствие стула и газов г) боль в животе	а, в, г

№	Вопросы	Правильные ответы
<i>Установите правильную последовательность в предложенных вариантах ответов</i>		
5	УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ АЛГОРИТМА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ β 2-АГОНИСТОВ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ КУПИРОВАНИИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА	в-б-а

	НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ а) каждые 4 часа б) каждый час в) каждые 20 минут в течении часа	
6	УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ УКУСАХ НАСЕКОМЫХ У ДЕТЕЙ: а) при развитии анафилактического шока вызвать бригаду скорой медицинской помощи б) удалить жало в) ввести димедрол 1%-0,05 мл/кг г) наложить холод на место укуса	б-г-в-а
Установите соответствия между двумя множествами вариантов ответов		
7	УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ а) симптомы ежедневно, ПСВ менее 60%, вариабельность более 30% б) симптомы чаще 1 раза в неделю, но не ежедневно; ПСВ более 80%, вариабельность не более 20% в) симптомы чаще 1 раза в неделю, ПСВ 60-80%, вариабельность 20-30% 1. легкая 2. средней тяжести 3. тяжелая	а-3 б-2 в-1
8	УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И НОЗОЛОГИЕЙ а) 2-3 недели б) 10 дней в) три дня нормализации температуры тела 1. острый пиелонефрит 2. внебольничная пневмония типичной этиологии 3. острый стрептококковый тонзиллит	а-1 б-3 в-2

№	Вопросы	Правильные ответы
Дополните		
9	Основным препаратом для лечения обострения бронхиальной астмы является	короткодействующий β2- агонист (сальбутамол)
10	Основной фактор, предрасполагающий к возникновению угрожающих состояний у ребенка	анатомо-физиологические особенности детского возраста
Вставьте пропущенное слово		
11	Детям с диагнозом пневмония с гипоксемией (при SpO ₂ ≤ 92% при дыхании комнатным воздухом) рекомендуется назначать	Оксигенотерапию
12	Острый стенозирующий ларинготрахеит - это обструкция	острой дыхательной недостаточности

	верхних дыхательных путей ниже голосовых связок, вирусной или вирусно-бактериальной этиологии, сопровождающаяся развитием _____	
Ответьте на вопрос		
13	Какова основная цель неотложной терапии на догоспитальном этапе?	Оказать минимально достаточный объем помощи, то есть выполнить мероприятия, без которых жизнь больных и пострадавших остается под угрозой.
14	Что такое астматический статус?	Астматический статус- тяжелый, затянувшийся более 6 часов приступ БА, характеризующийся прогрессирующей дыхательной недостаточностью и резистентностью к бронхолитикам, вследствие функциональной блокады β 2-адренорецепторов.
15	Характеристика «белой» лихорадки у детей	Белая лихорадка — название, которое как можно более полно раскрывает суть состояния ребенка. При высокой температуре ребенок выглядит бледным, его губы, носогубный треугольник приобретают синюшный оттенок, появляются синеватые круги под глазами. На коже можно заметить голубоватую сосудистую сетку, и за эту особенность кожу при белой лихорадке иногда называют «мраморной». Руки и ноги из-за нарушения циркуляции крови становятся холодными, практически ледяными. Многие малыши даже при высоком жаре чувствуют себя довольно бодро. В случае с белой лихорадкой все иначе — ребенок очень вялый, налицо все симптомы интоксикации, он очень слаб.
16	Обязательным условием проведения эффективного массажа сердца является	Расположение пострадавшего на ровной твердой поверхности.
17	Допускается ли медицинское вмешательство без согласия ребенка, одного из родителей или иного законного представителя?	Допускается, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители
18	Опишите основные	Критериями постановки диагноза

	диагностические критерии острого бронхиолита у детей.	острого бронхиолита являются: первый эпизод заболевания, до которого не было респираторных нарушений и признаков гипотрофии; возраст до 6 месяцев; клинические признаки ОРВИ; тяжелое состояние, обусловленное дыхательной недостаточностью по обструктивному типу; при аускультации легких только влажные мелкопузырчатые хрипы; рентгенологические признаки резкого вздутия легких; определенный вид возбудителя (чаще РС-вирус); полное клиническое и рентгенологическое выздоровление через 2-4 недели.
19	Какой препарат является стартовым для купирования судорожного синдрома у детей?	Препаратом выбора у детей является 0,5% раствор седуксена (реланиума, диазепам, сибазона) в дозе 0,05-0,1 мл/кг массы
20	Наиболее частая причина развития бронхообструктивного синдрома у детей	Наиболее частой причиной бронхообструктивного синдрома у детей, несомненно, является вирусное поражение дыхательных путей - на его долю приходится более 90%.
21	Охарактеризуйте изменения на рентгенограмме ОГК у детей при инородном теле трахеи и бронхов	Рентгенологически - смещение средостения в сторону ателектаза (симптом Гольц-Кнехта-Якобсона).
22	Перечислите основные причины возникновения ОСН у детей	Причины: врожденные пороки сердца, приобретенные пороки сердца, кардиты, аритмии, инфекционные токсикозы, тиреотоксикоз, острые экзогенные отравления, аллергические заболевания, заболевания легких, острые нарушения мозгового кровообращения.
23	Принципы оказания амбулаторной помощи при отморожениях 3-4 степени?	Наложение сухой асептической повязки, горячее питье, госпитализация.
24	Какой препарат нельзя вводить при неотложной помощи менингококккемии с признаками шока?	бензилпенициллин
25	Назовите три степени распространенности отека шейной клетчатки при токсической дифтерии	токсическую дифтерию I степени или умеренную – отек клетчатки до середины шеи; токсическую дифтерию II степени или выраженную – отек шейной клетчатки до ключиц; токсическую дифтерию III степени или выраженную – отек шейной

		клетчатки ниже ключиц.
26	Чем характеризуется клинически первичная гипотрофия 3 степени?	Первичная гипотрофия 3 степени характеризуется крайней степенью истощения: внешний ребенка напоминает скелет, обтянутый кожей. Подкожно-жировой слой отсутствует
27	Какой стартовый раствор необходимо использовать при тяжелом течении менингококкемии с развитием инфекционно-токсического шока?	кристаллоиды
28	Какая преимущественная локализация сыпи при менингококковой инфекции у детей?	Ягодицы, наружные поверхности бедер, голеней, живот, реже - грудь, плечи.
29	Назовите четыре основных менингеальных симптома	Бруздинского верхний, средний, нижний и симптом Кернига
30	Какие препараты являются основными для лечения обострения бронхиальной астмы у детей до 6 лет?	короткодействующие β_2 -агонисты (сальбутамол) и ингаляционные ГКС
31	Для какого состояния характерна рентгенологическая картина с затемнение в нижних отделах легких с косой верхней границей?	Гидроторакс
32	Перечислите тяжелые бактериальные инфекции у детей, которые на раннем этапе заболевания могут не проявляться какой-либо клинической симптоматикой	Бактериальный менингит, остеомиелит, тяжелое течение пневмонии, инфекции мочевых путей.
33	Что является первым немедикаментозным этапом оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке?	прекращение введения аллергена
34	Какие два основных осложнения при токсической дифтерии Вы знаете?	миокардит, полирадикулоневрит
35	Назовите основные 5 групп препаратов при неотложной помощи ларинготрахеита у детей	дезинтоксикационная терапия, стероидные гормоны, антигистаминные препараты, дегидротационная терапия, антибиотики
36	Назовите два типа острой дыхательной недостаточности?	Легочный тип, Вентиляционная ОДН
37	Детям с диагнозом пневмония с гипоксемией (при $SpO_2 \leq 92\%$ при дыхании комнатным воздухом) рекомендуется назначать	Оксигенотерапия
38	Укажите четыре основных осложнений язвенной болезни желудка у детей	кровотечение, стеноз пилоробульбарной зоны, пенетрация, перфорация язвы

39	Дайте определение угрожающего состояния у детей	Угрожающее состояние - это патологический процесс, возникающий в результате заболевания или несчастного случая, развитие которого может привести к гибели или инвалидизации ребенка.
40	Что является ключевым моментом в диагностике бронхиальной астмы у детей?	Это повторяющиеся эпизоды свистящего дыхания (обычно более трех).
41	Показанием для экстренной госпитализации при расстройстве вегетативной нервной системы у детей является	Нарушение витальных функций
42	У недоношенных детей первым клиническим проявлением бронхолита может быть	апноэ
43	В течение какого времени должна оказываться экстренная медицинская помощь	В течение 20 минут
44	В качестве первой помощи при ушибах конечностей показаны	1. Холод к месту ушиба 2. Иммобилизация и покой поврежденного участка Фиксирующая повязка на место ушиба
45	Где находится точка приложения рук при проведении непрямого массажа сердца?	В центре грудины на ширину 2-х пальцев выше окончания мечевидного отростка
46	Где определяется пульс при отсутствии сознания и дыхания?	На сонной артерии
47	Для оценки наличия дыхания необходимо:	Использовать прием «Вижу. Слышу. Ощущаю».

На открытое задание рекомендованное время 15 мин

Компетенции /индикаторы достижения компетенции	Задачи
ПК-3/ ИПК 3.2 ИПК 3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 1</p> <p>Вы – врач скорой медицинской помощи. Вызов к мальчику 14 месяцев. Со слов матери, заболевание началось 2 дня назад с кашля, насморка, подъема температуры тела до субфебрильных цифр. Ночью состояние резко ухудшилось, появилось шумное учащенное дыхание, грубый «лающий» кашель, осиплость голоса.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от первой доношенной беременности, протекавшей с умеренно выраженным гестозом первой половины, нефропатией.</p> <p>Вес при рождении 3500 г, рост 53 см, закричал после тактильной стимуляции, оценка по Апгар 6-7 баллов. С 3 мес. на искусственном</p>

	<p>вскармливания 5% манной кашей, сваренной на коровьем молоке. С 10 месяцев ест с общего стола.</p> <p>Аллергоанамнез семейный и индивидуальный не отягощен.</p> <p>Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-хкратно. В 12 месяцев по поводу острого бронхита находился на стационарном лечении, была проведена рентгенография органов грудной клетки. На рентгенограмме определялось увеличение вилочковой железы.</p> <p>При объективном обследовании: Состояние тяжелое, выраженное возбуждение. Кожные покровы бледные, щеки гиперемированы, сухие, с шелушением. Определяется пастозность подкожной клетчатки. Вес ребенка 12 кг, телосложение гиперстеническое. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, задняя стенка глотки рыхлая. Язык розовый, чистый. Носовое дыхание несколько затруднено, небольшое количество слизисто-серозного отделяемого из носовых ходов. Пальпируются единичные, безболезненные, подвижные подчелюстные, шейные лимфоузлы размером до 0,7 см.</p> <p>В покое отмечается одышка инспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры, шумное (стридорозное) дыхание, вдох удлинен. ЧД – 48 в минуту. Пальпаторно грудная клетка эластичная. Перкуторно определяется легочный звук, аускультативно – жесткое дыхание, единичные, меняющиеся при кашле сухие и крупнопузырчатые хрипы.</p> <p>Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Ритм правильный. Тоны сердца отчетливые. ЧСС 140 ударов в минуту.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный, печень +3 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв-125 г/л, Ц.П. –0,88; лейкоциты – $7,1 \times 10^9/л$, э-8, п/я - 1 %, л -70%, с/я - 20%, м - 1%, СОЭ - 12м/час.</p> <p>Общий анализ мочи: моча светло- желтого цвета, прозрачная, удельный вес 1015, белок - отрицательный, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты- отрицательные.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Сформулируйте клинический диагноз. 2.Определите тактику ведения пациента, 3.Назначьте неотложную терапию в стационаре
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Диагноз: ОРВИ. Острый стенозирующий ларинготрахеит, стеноз гортани субкомпенсированный. ДН II степени. Соп. лимфатико-гипопластический диатез. 2.Ребенок нуждается в госпитализации в специализированное ЛОР отделение. 3.Лечение: <ul style="list-style-type: none"> -пароксислородные ингаляция (адреналин, глюкокортикоиды - пульмикорт через небулайзер, 2% р-р натрия бикарбоната) каждые 1,5 – 2 часа; - преднизолон 3-5 мг/кг/сутки в/в; -эуфиллин 2,4% - 1 мг/кг/ч 1,5-2 часа под контролем концентрации эуфиллина в крови в/в капельно; -адреналин 0,1% - 0,05 мг/год жизни; -но-шпа 2% - 0,1 мл/год жизни; -реополиглюкин – 10 мл/кг/час или физ. раствор, раствор Рингера, глюкоза – 30мл/кг/час;

	-при неэффективности проводимой терапии в течение 18-24 часов - продленная назотрахеальная интубация.
ПК-3/ ИПК 3.2 ИПК 3.3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 2</p> <p>В приемный покой доставлен ребенок 10 месяцев с жалобами на повышение температуры тела до 39,6⁰ С в течении последнего часа, отказ от еды, беспокойство, судорожные подергивания конечностей, периодическое отсутствие реакции на окружающее.</p> <p>Из анамнеза болезни известно: ребенку накануне сделана V1 АКДС совместно с V1 полиомиелита.</p> <p>Из анамнеза жизни: ребенок от IV беременности, протекавшей на фоне нефропатии. Роды в срок 39-40 недель, родился путем кесарева сечения (тазовое предлежание плода), в асфиксии – оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. Масса тела при рождении 3200 г, рост 52 см. С рождение наблюдается у невропатолога по поводу гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы, проведено 2 последовательных курса амбулаторного лечения по поводу данного заболевания. Невропатологом был рекомендован медотвод от профилактических прививок до возраста 12 месяцев.</p> <p>Объективно: Состояние тяжелое, двигательное беспокойство, температура тела 39,5⁰ С, кожные покровы бледные, горячие, конечности холодные, цианоз носогубного треугольника. Зев физиологической окраски, носовое дыхание свободное, периферические лимфоузлы не пальпируются. Вес ребенка – 10 кг 500 г Дыхание глубокое частое - 52 в минуту. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно пуэрильное дыхание. Пульс 152 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы, ритм сердца правильный, тоны отчетливые. Живот мягкий, печень =2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены. Ребенок запрокидывает голову, сухожильные рефлексы повышены. Большой родничок напряжен, пульсирует. Умеренно выражена ригидность затылочных мышц.</p> <p>В ОАК эритроциты – 4,5x10¹² /л, Нв – 115 г/л, цветовой показатель 0,8; лейкоциты – 11x10⁹/л, э-3%, п/я-2%, с/я-26%, л-59%, м-10%, СОЭ –7 мм/ч.</p> <p>В ОАМ: удельный вес 1015, реакция нейтр.,лейк. 1-2 в п/зр, эпит. 1-1-2 в п/зр.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза 4,2 ммоль/л; общий белок 71 г/л; АЛТ 10 Ед/л, АСТ 18 Ед/л, креатинин 53 мкмоль/л, СРБ 6 мг/100 мл.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Проведите интерпретацию лабораторных и инструментальных методов обследования и сформулируйте диагноз. 2.Определите тактику ведения пациента, 3.Назначьте неотложную терапию в стационаре. 4.Перечислите факторы, способствующие развитию данного состояния.
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1.Поствакцинальная (энцефалитическая) реакция на АКДС вакцину. Соп.: ГИЭ, поздний восстановительный период. 2. Ребёнка необходимо лечить в условиях палаты интенсивной терапии.

	<p>3. Лечение: противосудорожная терапия: седуксен 0,5% р-р 0,1 мл/кг массы тела в/в или в/м или 25% р-р магния сульфата 0,2 мл/кг массы тела (но не более 5 мл) в/в или в/м; увлажненный кислород.</p> <p>Устранение «бледной» гипертермии: введение одного из сосудорасширяющих препаратов: в/в струйно или в/м – папаверин 2% - 0,1-0,2 мл (эуфиллин 2,4% - 2-4 мг/кг в/в с физ. раствором, но-шпа 2% 0,1-0,2 мл), введение в/в струйно или в/м 50% р-ра анальгина 0,1 мл.</p> <p>Нейровегетативная блокада: пипольфен 2,5% - 0,1 мл в/в или в/м.</p> <p>С целью коррекции гемоциркуляторных и метаболических нарушений проводится инфузионная терапия – глюкозо-солевые растворы 10 мл/кг массы тела (5%-10% глюкоза, физ. раствор), аскорбиновая кислота 5% - 1,0 в/в, кокарбоксилаза 50 мг, инсулин 1ЕД на 5 г глюкозы.</p> <p>4. Факторы, способствующие возникновению данного состояния у ребенка: патологическое течение беременности у мамы ребенка (наличие нефропатии), роды путем кесарева сечения, асфиксия при рождении (оценка по шкале Апгар 5/7 баллов); наличие гипоксически-ишемического поражения ЦНС.</p> <p>Наиболее вероятная причина поствакцинальной реакции – реакция на коклюшный компонент вакцины АКДС, проведение вакцинация на неблагоприятном фоне со стороны ЦНС.</p> <p>В связи с развитием энцефалитической реакции дальнейшая вакцинация АКДС заменяется АДС-М, вакцинацию необходимо проводить после коррекции гипоксически-ишемического поражения ЦНС у ребенка.</p>
<p>ПК-3/ ИПК 3.2 ИПК 3.3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 3</p> <p>Вызов неотложной помощи на дом к мальчику в возрасте 3-х лет. Жалобы со слов мамы: появление у ребенка отеков на лице, руках и ногах; появление сыпи на коже тела, сопровождающейся зудом. Настоящие жалобы появились два часа тому назад, когда ребенок подвергся укусу пчелы.</p> <p>Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой беременности. Беременность протекала без особенностей. Роды срочные в 39 недель, ребенок родился массой 3200г. и длиной тела 56 см; закричал сразу, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. К груди приложен в родильном зале, грудь сосал активно. Выписан из родильного дома на 5 сутки, в родильном доме привит. На первом году развивался правильно: в год весил 11 кг, головку держит с 1,5 месяцев, сидит с 6 месяцев, ходит с 11 месяцев. В возрасте одного года словарный запас составлял 9 слов. До года находился на естественном вскармливании, первый прикорм введен в 6 месяцев кукурузной кашей, второй - овощным пюре, третий - кефиром.</p> <p>Перенесенные заболевания: с 6 месяцев отмечались проявления атопического дерматита и пищевая сенсibilизация (цитрусовые, яйцо), дважды перенес острый простой бронхит. Вакцинирован по индивидуальному графику.</p> <p>Маме 27 лет, здорова.</p> <p>Отцу- 30 лет, страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки.</p> <p>Бабушки по линии матери страдает круглогодичным аллергическим ринитом.</p> <p>Бытовые условия удовлетворительные. У ребенка есть отдельная комната. В квартире есть комнатные растения и домашнее животное (собака).</p> <p>Объективно: состояние мальчика средней тяжести, беспокоен,</p>

	<p>температура тела 37,50 С. В области век, губ, кистей рук выраженные отеки кожи и подкожной клетчатки; на коже конечностей и туловища множественные уртикарные высыпания размером до 3см в диаметре. Видимые слизистые розовые, влажные. Небные миндалины не увеличены. Пальпируются единичные подчелюстные лимфатические узлы размером 0,5 на 0,6 см, подвижные, безболезненные, плотно-эластичной консистенции. Язык влажный, «географический». Частота дыхания – 28 в минуту. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Над легкими равномерно проводится везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Перкуторно границы относительной сердечной тупости не расширены. Частота сердечных сокращений –110 ударов в минуту, сердцебиение ритмичное, тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги. Стул оформлен, склонен к задержкам (1 раз в 2-3 суток). Мочится свободно, дизурических явлений нет. Менингеальные знаки отрицательные.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – 4,2x10¹²/л, Нв-125 г/л, Ц.П. – 0,88; лейкоциты – 7,1x10⁹/л, п/я - 6 %, л -70%, с/я - 20%, м - 4%, СОЭ - 8м/час.</p> <p>Общий анализ мочи: моча светло- желтого цвета, прозрачная, удельный вес 1015, белок - отрицательный, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты- отрицательные.</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый с частотой 120 в минуту. Электрическая ось сердца расположена вертикально. Умеренные нарушения процессов реполяризации.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведите интерпретацию лабораторных и инструментальных методов обследования и сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения пациента, 3. Назначьте неотложную терапию в стационаре.
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Острая аллергическая реакция (инсектная), отек Квинке, крапивница. 2. Лечение необходимо проводить в стационаре в детском или аллергологическом отделениях 5-10 дней. 3. В приемном покое необходимо ввести внутривенно 30-60 мг преднизолона, (из расчета до 5мг/на кг массы тела); 0,3 мл 0,1% раствора клемастина (Тавегила) или 0,3мл 2,5% раствора хлорпирамина (Супрастина). Затем продолжить прием антигистаминных препаратов первого или второго поколения (лоратадин) 7 дней. Обколоть место укуса 0,1% раствором адреналина внутрикожно (0,2-0,4мл) в 3-6 точках. Лечение местных реакций осуществляется наложением на место укуса холодного компресса, топическими противозудными препаратами (Фенестил гель, Псилобальзам). При выраженной локальной реакции назначают топические кортикостероиды нефторированного ряда (Мометазона фураат, Метилпреднизолона аципонат).
<p>ПК-3/ ИПК 3.2 ИПК 3.3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 4</p> <p>Алия У. 10 лет поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела, слабость, болезненность и припухлость обоих коленных суставов.</p> <p>Из анамнеза известно, что две недели назад девочка перенесла</p>

острый фарингит (J02). В амбулаторных условиях был назначен бактрим на 5 дней, проводились полоскания горла отварами трав. Через 10 дней самочувствие ребенка нормализовалось, девочка стала посещать школу. Последнюю неделю мама отмечала повышенную утомляемость ребенка, появились жалобы на умеренно выраженные, летучие боли в крупных и средних суставах рук и ног. Вчера вечером повысилась температура тела, и появились припухлость, боли в левом коленном суставе, утром - отечность и боли в правом коленном суставе. Установлено, что бабушка по линии отца страдает пороком сердца.

При осмотре состояние девочки тяжелое. Температура тела 38,8 °С. Положение вынужденное, кожные покровы бледные. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Пальпируются единичные, эластичные, подвижные, безболезненные подчелюстные (размером 1,0x1,5 см), подмышечные (размером 0,5x0,8 см) и паховые (размером 0,5x0,5 см) лимфатические узлы. Коленные суставы отечные, активные движения в них болезненные, над суставами отмечается местная гипертермия. Частота дыхания 25 в минуту. При перкуссии над лёгкими – ясный лёгочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 124 ударов в минуту, границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии, тоны сердца - глухие, на верхушке и в 5 стандартной точке выслушивается «дующий» систолический шум средней интенсивности. Шум лучше выслушивается в положении больной на левом боку, проводится в левую аксиллярную область и под лопатку слева. Язык влажный, обложен тонким белым налётом, имеются кариозные зубы. Зев умеренно гиперемирован, миндалины рыхлые, гипертрофированные до 2 степени. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон. Ребенок мочится свободно, диурез - 1000 мл/сутки. Стул оформлен. Менингеальные знаки и очаговая неврологическая симптоматика отсутствуют.

В общем анализе крови: эр. - $4,0 \times 10^{12}/л$, НВ - 121 г/л, лейкоциты - $16,4 \times 10^9/л$, п/я- 4%, с-72 %, л-18%, м-6%, СОЭ-32 мм/час.

В биохимическом анализе крови: серомукоиды - 48 усл. ед., СРБ 16 мг/л, общий белок 62 г/л, альбумины 35%, глобулины 65%, антистрептолизин О – 800 МЕ.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЭОС не отклонена, замедление атриовентрикулярной проводимости, нарушения процессов реполяризации.

В общем анализе мочи: уд.вес - 1015, реакция – кислая, белок 0,033%, лейкоциты – ед. в п/зр., ураты +.

ВОПРОСЫ:

- 1 Проведите интерпретацию дополнительных методов исследования
- 2 Сформулируйте диагноз
- 3 Назначьте лечение

Ответ

1 ОАК -лейкоцитоз, умеренный нейтрофилез со сдвигом влево, ускорение СОЭ. Б/х анализ крови - диспротеинемия, высокий уровень антистрептолизина О, повышение СРБ. ОАМ – низкая уратурия. ЭКГ – атриовентрикулярная блокада 1 степени, нарушение метаболизма в

	<p>миокарде.</p> <p>2 Диагноз: острая ревматическая лихорадка I, активная фаза, II степень активности, эндомиокардит (вальвулит митрального клапана), артрит коленных суставов, острое течение, НКПА.</p> <p>3 При острой ревматической лихорадке диетотерапия предполагает ограничение потребления жидкости до объёма, составляющего 3/4-2/3 от суточной возрастной нормы, ограничение соли до 0,5 – 1,0 г/сутки, а также включение в рацион продуктов, содержащих большое количество калия.</p> <p>Медикаментозное лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пенициллин в/м из расчета 50 000 ЕД на 1 кг массы тела в сутки в течение 7-10 дней. Могут быть использованы защищенные аминопенициллины (амоксиклав, аугментин), цефалоспорины II поколения, макролиды (джозамицин, кларитромицин) • Ибупрофен по 200 мг 3 раза в день 10 дней, при отсутствии положительной динамики назначается преднизолон внутрь из расчёта 0,5-1 мг на кг массы в сутки до снижения клинической и лабораторной активности ревматического процесса с постепенной отменой препарата. • Фуросемид внутрь 1–3 мг/кг массы тела в сутки; возможно внутривенное введение препарата в дозе 0,5 – 1,5 мг/кг массы тела в сутки (максимум до 6 мг/кг массы тела в сутки). • Препараты калия после нормализации атриовентрикулярной проводимости.
--	---

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине
Оценка компетенций**

ОПК-2 (ОПК-2.2), ПК-3 (ПК-3.2; ПК-3.3).

№	Код компетенций	Вопросы к зачету по дисциплине
1.	ОПК-2	Физическое развитие детей. Законы нарастания массы тела и роста в различные периоды жизни ребенка. Комплексная оценка физического развития детей. Акселерации и децелерация.
2.	ОПК-2	Психомоторное развитие детей раннего возраста.
3.	ОПК-2	Комплексная оценка состояния здоровья детей первого года жизни, группы здоровья.
4.	ОПК-2	Значение гигиенических, наследственных и экологических факторов в развитии детей. Закаливание детей раннего возраста.
5.	ОПК-2	Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожной

		клетчатки, лимфатической системы у детей.
6.	ОПК-2	Анатомо-физиологические особенности нервной системы и органов чувств у детей. Развитие статических и психических функций в раннем возрасте.
7.	ОПК-2	Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы ребенка.
8.	ОПК-2	Естественное вскармливание, его преимущества. Режим и питание кормящей матери. Гипогалактия.
9.	ОПК-2	Прикорм, виды прикорма, методика и сроки его введения
10.	ОПК-2	Смешанное вскармливание. Характеристика применяемых смесей.
11.	ОПК-2	Искусственное вскармливание. Характеристика применяемых смесей.
12.	ОПК-2	Питание детей в возрасте с 1 до 3 лет жизни. Значение витаминов и микроэлементов в детском возрасте.
13.	ОПК-2 ПК-3	Анатомо-физиологические особенности органов кровообращения.
14.	ОПК-2 ПК-3	Анатомо-физиологические особенности органов дыхания.
15.	ОПК-2 ПК-3	Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей раннего возраста. Пилороспазм и пилоростеноз
16.	ОПК-2 ПК-3	Анатомо-физиологические особенности органов кроветворения у детей. Характеристика периферической крови в различные периоды детства.
17.	ОПК-2 ПК-3	Анатомо-физиологические особенности органов мочеполовой системы у детей.
18.	ОПК-2	Хронические расстройства питания в раннем детском возрасте. Гипотрофия. Этиопатогенез, классификация, дифференциальная диагностика, принципы лечения и профилактики.
19.	ОПК-2	Хронические расстройства питания в раннем детском возрасте. Паратрофия. Этиопатогенез, классификация, дифференциальная диагностика, принципы лечения и профилактики.
20.	ОПК-2	Роль железа в организме ребенка. Этиопатогенез железодефицитной анемии. Профилактика железодефицитных состояний в детском возрасте.
21.	ОПК-2	Дефицитные анемии. Клиническая картина. Гематологическая диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы лечения и профилактики у детей.
22.	ОПК-2	Гиповитаминозы у детей. Клиническая характеристика гиповитаминозов. Принципы диагностики, лечения и профилактики.
23.	ОПК-2	Роль витамина Д, кальция и фосфора в организме ребенка. Причины дефицита витамина Д, кальция и фосфора у детей. Профилактика.
24.	ОПК-2	Рахит, частота и роль в патологии детства, этиопатогенез, клиническая характеристика, лечение и профилактика.
25.	ОПК-2 ПК-3	Гипервитаминоз Д, спазмофилия. Принципы лечения и профилактики.
26.	ОПК-2	Врожденные пороки сердца у детей (ДМЖП, ДМПП, ОАП,

	ПК-3	коарктация аорты, тетрада Фалло). Клиника, тактика ведения больных. Неотложная терапия одышечно-цианотических приступов.
27.	ОПК-2 ПК-3	Острые респираторные вирусные инфекции у детей. Этиология, эпидемиология. Клинические проявления. Общие принципы диагностики и лечения. Профилактика.
28.	ОПК-2 ПК-3	Бронхиты и бронхиолиты у детей, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
29.	ОПК-2 ПК-3	Острые пневмонии у детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, лечение и профилактика.
30.	ОПК-2 ПК-3	Бронхиальная астма. Этиология, связь с экологией, патогенез, клиническая картина. Неотложная помощь в период обострения.
31.	ОПК-2 ПК-3	Острый и хронический гломерулонефрит. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, принципы лечения.
32.	ОПК-2 ПК-3	Пиелонефрит у детей. Классификация, клиническая характеристика, диагностика, лечение и профилактика.
33.	ОПК-2	Хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь в детском возрасте. Методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики. Лечение и профилактика.
34.	ОПК-2	Дисфункция желчевыводящих путей в детском возрасте. Современные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики. Подходы к терапии.
35.	ОПК-2	Глистные инвазии у детей (аскаридоз, энтеробиоз, трихоцефалез). Эпидемиология, клиника, лечение и профилактика.
36.	ОПК-2 ПК-3	Инфекционный мононуклеоз (этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз). Лечение, профилактика.
37.	ОПК-2 ПК-3	Паротитная инфекция. Этиология, эпидемиология, клинические формы, диагностика, лечение и профилактика.
38.	ОПК-2 ПК-3	Дифтерия (этиология, эпидемиология, патогенез, классификация). Особенности дифтерии на современном этапе. Дифтерия зева. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
39.	ОПК-2 ПК-3	Дифтерия зева токсическая (клиника, диагностика, дифференциальный диагноз). Осложнения. Лечение. Специфическая профилактика.
40.	ОПК-2 ПК-3	Дифтерия гортани. Истинный круп. Дифференциальный диагноз с синдромом крупа при ОРВИ. Принципы лечения истинного и ложного крупа.
41.	ОПК-2 ПК-3	Скарлатина (этиология, эпидемиология, патогенез, клиника). Классификация.
42.	ОПК-2 ПК-3	Корь - этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение, специфическая профилактика. Мероприятия в очаге.

43.	ОПК-2 ПК-3	Краснуха. Классификация. Врожденная краснуха. Этиопатогенез, клинические проявления врожденной краснухи. Лечение. Профилактика.
44.	ОПК-2 ПК-3	Коклюш. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, осложнения, диагностика. Принципы лечения. Профилактика.
45.	ОПК-2 ПК-3	Ветряная оспа. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Мероприятия в очаге.
46.	ОПК-2 ПК-3	Менингококковая инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения. Профилактика.
47.	ОПК-2	Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся экзантемой (ветряная оспа, краснуха, скарлатина, корь).
48.	ОПК-2 ПК-3	Острые кишечные инфекции у детей. Этиология. Эпидемиология. Классификация. Основные клинические синдромы. Диагностика. Принципы лечения и профилактики.
49.	ОПК-2	Организация прививочного дела. Национальный календарь вакцинации.
50.	ОПК-2 ПК-3	Гнойно-септические заболевания кожи, подкожной клетчатки и пупочной ранки новорожденных и детей раннего возраста. Этиопатогенез. Клинические проявления. Принципы лечения и профилактики.

\

КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

« Педиатрия »

Проведение зачета по дисциплине «Педиатрия» как основной формы проверки знаний обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры. Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы по предмету;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на зачете;
5. определить умение выполнять предусмотренные программой задания.

Высокий уровень (**отлично**) заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и систематическое знание всего программного материала дисциплины и предшествующих клинических и медико-биологических дисциплин;
- свободное владение научным языком и терминологией;
- логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся в полном объеме владеет навыками объективного обследования ребенка, правильно оценивает физическое, половое и нервно-психическое развитие, в полном объеме назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и правильно интерпретирует их результаты, правильно обосновывает клинический диагноз в полном соответствии с классификацией, в полном объеме назначает лечение с указанием возрастных дозировок, умеет правильно выписать рецепт на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения)

Средний уровень (**хорошо**) заслуживает ответ, содержащий:

- знание важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- умение пользоваться научным языком и терминологией;
- в целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа (обучающийся допускает неточности в ответе на вопросы, в задаче, в формулировке диагноза, в интерпретации результатов параклинического исследования при полном объеме обследования больного, допустил некоторые неточности в дозировке лекарственных препаратов при полном объеме комплекса лечебных мероприятий);
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся владеет навыками объективного обследования ребенка, но допускает неточности при их выполнении, испытывает некоторые затруднения при оценке отдельных показателей физического, полового и нервно-психического развития, в объеме, достаточном для постановки диагноза, назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и затрудняется с интерпретацией отдельных показателей, не в полной мере обосновывает основной клинический диагноз, назначает основные этиопатогенетические препараты с указанием возрастных дозировок, но допускает неточности, выписывает рецепты на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения, но допускает неточности в указании формы выпуска)

Минимальный уровень (**удовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- затруднения в использовании научного языка и терминологии;
- стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ (обучающийся правильно ответил на большинство из поставленных вопросов (70%), демонстрируя при этом неглубокие знания);

- затруднения при выполнении предусмотренных программой заданий (обучающийся не может выполнить большую часть практических умений или допускает существенные неточности в их выполнении, допускает существенные ошибки при оценке физического, полового и нервно-психического развития, затрудняется в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, формулирует клинический диагноз не в полном объеме и/или формулировка диагноза не соответствует классификации, назначает отдельные этиопатогенетические препараты, при этом испытывает затруднения при выписке рецептов)

Минимальный уровень не достигнет (**неудовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- незнание вопросов основного содержания программы (обучающийся не смог ответить на вопросы билета, а также на дополнительные и наводящие вопросы экзаменатора, не решил задачу);

- неумение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся не может выполнить практические умения или допускает существенные неточности в выполнении большинства умений, неправильно оценивает физическое, половое и нервно-психическое развитие, допускает существенные ошибки в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, не может обосновать и сформулировать клинический диагноз, назначает отдельные симптоматические препараты, при этом не может выписать рецепты)

