федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

ПЕДИАТРИЯ

по специальности

**32.05.01 Медико-профилактическое дело**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине «Педиатрия» содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование компетенции** | **Индикатор достижения компетенции** |
| УК-7 Способен поддерживать должный уровень физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности. | Инд.УК7.2. Формирование двигательных умений и навыков |
| УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий | Инд.УК1.1. Интерпретация общественно значимой социологической информации, использование социологических знаний в профессиональной и общественной деятельности, направленной на защиту и здоровье населения |
| ОПК-1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности. | Инд.ОПК1.1. Этичность в общении с коллегами, использование знаний истории медицины |
| ОПК-2 Способен распространять знания о здоровом образе жизни, направленные на повышение санитарной культуры и профилактику заболеваний населения. | Инд.ОПК2.1. Подготовка сообщения, брошюры о здоровом образе жизни, направленных на повышение санитарной культуры и профилактику заболеваний населения, и выступление с ним |
| ОПК-8 Способен определять приоритетные проблемы и риски здоровью населения, разрабатывать, обосновывать медико-профилактические мероприятия и принимать управленческие решения, направленные на сохранение популяционного здоровья. | Инд.ОПК8.1. Выполнение ранжирования факторов риска для здоровья населения, выбор и обоснование оптимальных мер для минимизации и устранения риска здоровью |
| ОПК-12 Способен применять информационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности. | Инд.ОПК12.2. Использование в работе принципов информационной безопасности |
| ПК-8 Способен и готов к проведению мер по санитарно-эпидемиологическому обеспечению медицинских организаций, направленному на создание безопасной больничной среды, обеспечение качества и безопасности медицинской помощи и предотвращение случаев инфекционных (паразитарных) заболеваний. | Инд.ПК8.5. Выявление и мониторинг факторов риска |
| ПК-9 Способен и готов к разработке, организации и выполнению комплекса медико-профилактических мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья и снижения неинфекционной заболеваемости различных контингентов населения. | Инд.ПК9.11. Оценка правильности определения физического и психического развития детей и подростков, функционального состояния организма, заболеваемости детей различных возрастных групп |
| ПК-10 Способен и готов к организации и проведению СГМ, к выявлению причинно-следственных связей в системе "факторы среды обитания - здоровье населения", к формулировке, оценке и проверке гипотез, объясняющих причину развития заболевания, к проведению оценки риска здоровью населения, определению приоритетных проблем и разработке управленческих решений для устранения (снижения) негативного воздействия факторов среды обитания на здоровье населения. | Инд.ПК10.3. Оценка показателей состояния здоровья населения, демографических показателей |
| ПК-11 Способен и готов к проведению гигиенического воспитания  и обучения граждан, к проведению профессиональной гигиенической подготовки и аттестации должностных лиц и работников. | Инд.ПК11.3. Подготовка материала для гигиенического воспитания и обучения декретированных групп |
| ПК-14 Способен и готов к оказанию консультационных услуг по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей, к организации приема граждан, обеспечению своевременного и полного рассмотрения обращений граждан, принятию по ним решений и направлению ответов заявителям. | Инд.ПК14.3. Осуществление консультации (беседы) по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения (на заданную тему) |

**2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**УК-7** Способен поддерживать должный уровень физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности Инд.УК7.2. Формирование двигательных умений и навыков

Знать 1. Сроки (возраст) формирования моторных функций ребенка. 2. Комплексы гимнастики по возрасту.

Формы контроля - доклад; реферат.

Темы докладов:

1. Значение физического развития в профилактической педиатрии.
2. Показатели физического развития (обязательные и дополнительные), их возрастная динамика.
3. Биологическая зрелость детей. Факторы, влияющие на ФР. Основные законы роста детей.
4. Комплексы ЛФК, гимнастики.

Темы рефератов:

1. Факторы, определяющие физическое развитие детей (внутриутробные, постнатальные).
2. Показатели и формулы для ориентировочной оценки физического развития ребенка.
3. Методика антропометрических измерений (длины, массы тела, окружности головы и груди). Оценка физического развития.
4. Анатомо-физиологические особенности нервной системы: головной мозг, спинной мозг, миелинизация нервных волокон, развитие условно-рефлекторной деятельности.
5. Методика исследования нервной системы: осмотр, крик, двигательная активность, мышечный тонус, рефлексы. Психомоторное развитие ребенка.

**УК-1** Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.

Инд.УК1.1. Интерпретация общественно значимой социологической информации, использование социологических знаний в профессиональной и общественной деятельности, направленной на защиту и здоровье населения.

Владеть 1. Оценкой состояния здоровья детей различного возраста по основным критериям.

Формы контроля - решение проблемно-ситуационных задач.

ЗАДАЧА № 1

Ребенок (мальчик) 10 дней. Родился от 1 беременности.

Маме 30 лет, работала маляром во время беременности, перенесла ОРВИ в начале беременности, гемоглобин был 98 г/л, получала лечение: препараты железа, витамины.

Роды при сроке беременности 41 нед., продолжительность родов 15 часов, слабые потуги, обвитие пуповиной, оценка по шкале Апгар 5/6 баллов, закричал не сразу. Масса при рождении 3.200, длина тела 50 см.

Определить группу здоровья новорожденного ребенка, группу риска.

ЗАДАЧА № 2

Ребенок (девочка) 8 дней. Маме 21 год, не работает, курит, брак не зарегистрирован. Беременность III, на учете в женской консультации мать не состояла, страдает кольпитом. Роды I, масса тела при рождении 3500, длина тела 48 см, закричала сразу, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

Определить группу здоровья новорожденного, группу риска.

ЗАДАЧА № 3

Ребенок родился от I беременности, здоровых родителей. Мама в конце беременности переболела пневмонией, получала лечение антибиотиками. Роды при сроке беременности 38 недель, продолжительность родов 20 часов. Закричал сразу, по шкале Апгар 8 баллов, масса при рождении 3000, длина 48 см.

Определить группу здоровья новорожденного, группу риска.

ЗАДАЧА №4

Мальчику 14 дней. Родился от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Из обменной карты известно, что ребенок от срочных самопроизвольных родов. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела 3690 г, длина - 52 см. К груди приложен на 2-е сутки, сосал активно. Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы 250 г.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока, докармливает смесью НАН-1. Ребенок беспокоен. Рефлексы периода новорожденности вызываются. Физиологические рефлексы живые, симметричные. Кожа и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка сухая, чистая. Большой родничок 3,5x3,5 см, не выбухает. Малый родничок 1х1 см. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук легочный. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка у края реберной дуги. Стул кашицеобразный , 3 раза в сутки . Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Определить группу здоровья новорожденного, группу риска.

ЗАДАЧА №5

Ребенок 1 год 9 мес., с паратрофией 1ст. и аллергодерматозом. Заболел постепенно: слизистое отделяемое из носа, редкий кашель, температура тела 37,3 С. Самочувствие не было нарушено. Вечером на второй день болезни мать натерла грудную клетку ребенка мазью следующего состава: ментол, камфора, тимол, эвкалиптовое и мускатное масло. Ночью кашель усилился, стал частым и малопродуктивным. Ребенок не спал, беспокоился. Появилось частое шумное дыхание с затрудненным выдохом, с участием в дыхании крыльев носа и мышц плечевого пояса. При плаче - периоральный цианоз. Зев умеренно гиперемирован. Грудная клетка бочкообразная, коробочный оттенок перкуторного звука. Над легкими на фоне жесткого дыхания много сухих свистящих хрипов, выдох удлинен, частота дыханий 45 в 1 мин. Частота сердечных сокращений 136 в 1 мин., тоны сердца чистые, слегка приглушены. Печень – у края реберной дуги.

Определить группу здоровья новорожденного, группу риска.

**ОПК-1** Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

Инд.ОПК1.1. Этичность в общении с коллегами, использование знаний истории медицины.

Уметь 1.Интеграция со смежными специалистами в реабилитации и профилактике; 2. Организация санпросвет работы совместно с другими специалистами.

Формы контроля - решение проблемно-ситуационных задач.

Задача №1. Диагноз: Муковисцидоз, смешанная форма. Хронический обструктивный гнойный бронхит. ДН III степени. Хроническая экзокринная панкреатическая недостаточность.

Мальчик 5 месяцев был направлен в больницу участковым педиатром по поводу одышки, периодического приступообразного кашля, плохой прибавки массы тела.

Мальчик от III беременности (ребенок от I беременности умер в возрасте 7 месяцев от пневмонии, II беременность прервана по желанию матери).

Масса тела при рождении 3700 г, длина-53 см.

С 1 месяца жизни у ребенка отмечается приступообразный кашель, периодически «жирный» стул.

При поступлении состояние очень тяжелое. Масса – 4600 г, длина – 55 см. Отмечается резко выраженная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧД 68 в 1 мин. Кожные покровы бледные, сухие, цианоз носогубного треугольника. Подкожно-жировой слой развит очень слабо. Тоны сердца приглушены, ЧСС 148 в 1 мин. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: по всем легочным полям на фоне ослабленного дыхания выслушивается большое количество мелкопузырчатых хрипов. Живот увеличен в объеме, вздут, урчит при пальпации. Печень +3 см из-под края правой реберной дуги. Селезенка +1 см. Стул 6 раз в день, обильный, жирный.

Общий анализ крови: Нb – 108 г/л. эр – 4,66х1012/л. т. – 270х109/л, лейк. – 12,7х109/л, п/я – 11, с/я – 42, л. – 32, э – 5, м. – 10, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 40 мл, относительная плотность – 1008, лейк. – 1-2 в п/зр, эритроциты – не обнаружены, слизь, бактерии – в незначительном количестве.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Хлориды пота – 68 ммоль/л.

Генетическое обследование: ∆F508/G542Х.

Ig M, Ig G к вирусу цитомегалии и токсоплазмозу: отрицательны.

Посев мокроты на флору: Staphylococcus aureus 104.

Рентгенограмма легких: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление прикорневого легочного рисунка, определяются мелкие очаговые тени с нерезкими контурами, больше в области проекции правого легкого. Тень сердца не изменена. Легочные синусы свободны.

Задание:1. Какие методы войдут в программу реабилитации? 2. Какие специалисты войдут в состав МДБ? 3. Виды профилактики муковисцидоза?

Задача №2. Диагноз: Перинатальная постгипоксическая энцефалопатия, легкая форма, острый период. Синдром повышенной нервно-рефлекторной гипервозбудимости, мышечная дистония. Физиологическая желтуха н/р.

Врачу передан первичный патронаж к новорожденному ребенку. Доро¬довый патронаж не проводился, так как мать проживала по другому адресу.

Мальчику 8 дней. Родился от молодых родителей, страдающих мио¬пией. Беременность I, протекала с токсикозом в 1-й и 2-й половине (рво¬та, нефропатия). Из обменной карты №113 известно, что ребенок от сроч¬ных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной во¬круг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желуд¬ка. Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов. Масса тела 3690 г, длина - 52 см. Желтушное прокрашивание кожи появилось в начале вторых суток.

Группа крови матери и ребенка O(I), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 280 мкмоль/л, прямой -3,4 мкмоль/л. Проба Кумбса - отрицательная.

Лечение: р-р магнезии в/м, фенобарбитал, бифидумбактерин, но-шпа, оксигенотерапия. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Докорм Энфамилом. Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы 350 г.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Докармливает Энфамилом. Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгиба¬телей, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. Слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка под геморрагической корочкой, сухая, чистая. Большой родничок 3,5x3,5 см, не выбухает. Малый родничок 1x1 см. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук легоч¬ный. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка - у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки с небольшой примесью слизи. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Задание:1. Какие методы войдут в программу реабилитации? 2. Какие специалисты войдут в состав МДБ? 3. Виды профилактики перинатального поражения ЦНС?

Задача №3.Диагноз: Атопический дерматит, младенческая форма, стадия выраженных изменений, распространенный, тяжелое течение, с преобладанием пищевой аллергии, кожно-интестинальный вариант. Анемия легкой степени, гипохромная, обменно-алиментарная.

Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар с направляющим диаг¬нозом: детская экзема.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с ток¬сикозом в первой половине, вторых срочных родов. Масса тела при рождении 2950 г, длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди прило¬жен в родильном зале, сосал удовлетворительно. На естественном вскарм-ливании до 2.5 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери.

Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармлива¬ние (смесь "Нутрилон 1") у мальчика на коже щек появились участки покрасне¬ния с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. В возрасте 3 месяцев на волосис¬той части головы появились диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4-ме¬сячного возраста проводилась частая смена молочных смесей ("Фрисолак", "Нутрилак Соя", "Нутрилон ГА", "НАН кисломолочный"), на фоне чего кожные проявления усиливались, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа разгибательных поверхностей рук и ног, область ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств (гормональные кремы, мази; травяные ванны) и антигистаминных препаратов (фенистил, зиртек) давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев введен прикорм - овсяная каша на коровьем молоке, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и непереваренными комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит, беспокоит выраженный зуд. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар.

Семейный анамнез: мать - 29 лет, страдает экземой; отец - 31 год, страдает поллинозом, старший брат – 7 лет, до 3 лет – проявления атопического дерматита.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде "чепчика". Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнущими эритематозными везикулами, местами покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются перифери¬ческие лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС - 114 уд/мин. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах; урчание по ходу кишечника. Печень +3,0 см из-под реберной дуги. Селе¬зенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с непе¬реваренными комочками и слизью.

Общий анализ крови: НЬ - 104 г/л, Эр – 3,5х1012/л, Ц.п, - 0,8, Лейк – 11,2х109/л, п/я - 7%, с - 33%, э - 9%, л - 41%, м - 10%, СОЭ - 12 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, мочевина - 3,6 ммоль/л, билирубин общий - 16,7 мкмоль/л, калий - 4,2 ммоль/л. натрий -139 ммоль/л, железо сыворотки - 8,1 мкмоль/л, железосвязывающая способность сыворотки - 87,9 мкмоль/л, IgE - 830 МЕ/л.

Задание:1. Какие методы войдут в программу реабилитации? 2. Какие специалисты войдут в состав МДБ? 3. Виды профилактики атопического дерматита?

Задача №4. Диагноз: Рахит II степени, подострое течение, фаза разгара.

На профилактическом приёме у участкового врача ребёнок 9 месяцев. Из анамнеза: ребёнок от 1 беременности, протекавшей на фоне гестоза во 2 триместре, мать во время беременности поливитаминные препараты не принимала, роды 1 срочные. Вес при рождении 3300 г., длина 50 см., оценка по Апгар 8/9 баллов. Ребенок родился в сентябре. Неонатальный период без особенностей. На грудном вскармливании до 1 месяца, далее - искусственное вскармливание (адаптированные молочные смеси). В настоящее время в питании преобладают молочно-крупяные блюда. Дважды перенес ОРВИ.

Масса тела 8900 г, длина 71 см. При оценке нервно–психического развития выявлено отставание на 1 эпикризный срок моторных функций, умений и навыков.

При осмотре обращало на себя внимание: кожные покровы бледные. Значительно выступают лобные и теменные бугры («квадратная» голова), затылок уплощён, большой родничок 1,51,5 см, края неподатливы. Зубов нет. Грудная клетка: развёрнута нижняя аппертура, на рёбрах «чётки», на запястьях «браслетки». Мышечная гипотония. Живот увеличен в размерах, печень пальпируется на 1,5см из-под края рёберной дуги, отмечаются запоры.

Задание:1. Какие методы войдут в программу реабилитации? 2. Какие специалисты войдут в состав МДБ? 3. Виды профилактики рахита?

Задача №5. Диагноз: Острая очаговая левосторонняя бронхопневмония, внебольничная, неосложненная, ДН I степени.

Мальчик М., 1 года 1 месяца, поступил в стационар с жалобами ма¬тери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до 38,8°С, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда впер¬вые появились вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновре¬менно появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Вызванный участковый педиатр диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприя¬тий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала забо¬левания у мальчика повысилась температура тела до 38,8°С, он вновь стал вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача.

При осмотре дома обращали на себя внимание следующие симптомы: бледность кожи, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздува¬ние крыльев носа в момент кормления, одышка до 60 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими определяется ко¬робочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области слева - участок притупления, там же и книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые влажные и крепитирующие хрипы. Над остальными участками легких выслушивается жесткое дыхание. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС - 120 уд/мин. Живот мягкий безболезненный, печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Мочится свободно. Стул густой.

Общий анализ крови: гематокрит - 49% (норма - 31-47%), Hb - 112 г/л. Эр – 3,8х1012/л, Ц.п. - 0,8, Лейк – 12,8х109/л, п/я - 4%, с - 52%, э - 1%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 17 мм/час,

Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, мочевина -5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий -135 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), ACT -19 ЕД/л (норма - до 40).

Рентгенограмма грудной клетки: выявляются очаговые инфильтративные тени в левом легком. Усиление сосудистого рисунка легких.

Задание:1. Какие методы войдут в программу реабилитации? 2. Какие специалисты войдут в состав МДБ? 3. Виды профилактики пневмонии?

**ОПК-2** Способен распространять знания о здоровом образе жизни, направленные на повышение санитарной культуры и профилактику заболеваний населения

Инд.ОПК2.1. Подготовка сообщения, брошюры о здоровом образе жизни, направленных на повышение санитарной культуры и профилактику заболеваний населения, и выступление с ним

Уметь 1. Составить брошюры (памятки) для родителей по профилактики заболеваний у детей; 2. Проведение бесед с родителями и детьми о ЗОЖ.

Формы контроля - устный опрос, тестирование.

Темы для устного опроса:

1. Охрана здоровья детей – важнейшая отрасль здравоохранения.
2. Профилактическая направленность педиатрии.
3. Достижения отечественной и мировой педиатрии.
4. Актуальные вопросы и задачи педиатрии на современном этапе развития медицинской науки и практики.
5. Деонтология в деятельности врача-педиатра.
6. Периоды детства.
7. Факторы риска. Определение факторов риска
8. Вопросы правовой основы охраны материнства и детства. Конституционные основы прав ребенка в России.
9. Определение первичной, вторичной и третичной профилактики.
10. Критерии здоровья.
11. Группы диспансерного наблюдения. План наблюдения (кратность, сроки наблюдения, объем и кратность параклинических исследований).

Тесты:

1. гигиеническое обучение и воспитание направлено на

а) формирование здоровьесберегающей среды

б) совершенствование нормативно-правовой базы

в) обучение навыкам эмоциональной разгрузки

г) улучшение лечебно-оздоровительной работы

2. гигиеническое воспитание и образование осуществляется в процессе

а) воспитания и обучения в образовательных учреждениях

б) просветительно-воспитательной работы

в) проведения общественных мероприятий, организации диспут-клубов

г) проведения лекций и семинаров для родителей, индивидуальных консультаций

3. что характерно для центров здоровья по формированию здорового образа жизни?

а) разработка программ по формированию здорового образа жизни в

образовательных учреждениях и их активное внедрение

б) разработка нормативов по формированию здорового образа жизни

в) утверждение нормативов по формированию здорового образа жизни

г) разработка методических пособий по формированию здорового образа жизни

4. какие существуют уровни формирования здорового образа жизни у детей?

а) популяционный, групповой, семейный

б) межличностный, общественный

в) государственный, личностный

г) сообщества, индивидуума

5. в центрах здоровья для детей осуществляется

а) обучение родителей и детей о вредных и опасных для здоровья факторах и

привычках

б) консультирование врачами-специалистами

в) аттестации лиц, деятельность которых связана с обслуживанием детского

населения

г) проведение социологических исследований

6. в центрах здоровья для детей осуществляется

а) обучение сотрудников образовательных учреждений методам, направленным на борьбу с вредными привычками у обучающихся

б) консультирование врачами-специалистами

в) аттестации лиц, деятельность которых связана с обслуживанием детского

населения

г) проведение социологических опросов

7. в отчете по гигиеническому воспитанию и

формированию здорового образа жизни указываются сведения о

а) количестве противоэпидемических мероприятий, числе травм, несчастных

случаев и отравлений

б) проведенных профилактических прививках за год, уровне инфекционной

заболеваемости

в) деятельности организации здравоохранения по социально-правовым вопросам

г) количестве направлений детей в санатории-профилактории

8. цель гигиенического воспитания состоит в

а) положительных изменениях в стиле жизни, приводящих к улучшению потенциала и баланса здоровья

б) расширении кругозора по медико-генетическим вопросам

в) обучении распознаванию первых признаков инфекционных и неинфекционных заболеваний

г) формировании адекватных убеждений в отношении здоровья

9. основной целью гигиенического воспитания является

а) положительное изменение в гигиенической культуре, стиле жизни

б) улучшение потенциала и баланса здоровья, оздоровление населения

в) увеличение уровня иммунизации детского населения, снижение инфекционной заболеваемости

г) овладение научной информацией по вопросам профилактики заболеваний

10. к задачам гигиенического воспитания относят

а) формирование системы взглядов и стереотипа поведения в отношении здоровья

б) обучение основам формирования здорового образа жизни детей взятых на

диспансерный учѐт

в) обследование детей перед поступлением в детские дошкольные учреждения и школы

г) осуществление профилактического наблюдения за часто болеющими детьми

11. кто проводит в образовательных организациях санитарно-просветительную работу по вопросам профилактики заболеваний и формированию здорового образа жизни?

а) медицинский персонал

б) сотрудники роспотребнадзора

в) сотрудники центров здоровья

г) сотрудники центров медицинской профилактики

**ОПК-8** Способен определять приоритетные проблемы и риски здоровью населения, разрабатывать, обосновывать медико-профилактические мероприятия и принимать управленческие решения, направленные на сохранение популяционного здоровья.

Инд.ОПК8.1. Выполнение ранжирования факторов риска для здоровья населения, выбор и обоснование оптимальных мер для минимизации и устранения риска здоровью.

Владеть: 1. Выделить факторы риска формирования заболевания у ребенка. 2. Определить степень риска патологии у детей.

Формы контроля - решение проблемно-ситуационных задач.

Задача №1.

Диагноз: ГБН, обусловленная несовместимостью по системе АВО, желтушная форма, средней тяжести, осложненная синдромом сгущения желчи.

Девочка В., 5 суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 23 года, группа крови 0(I), Rh-отрицательная. Беременность II. I беременность 2 года назад, закончилась своевременными родами, ребенок здоров, имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность протекала на фоне нефропатии в третьем триместре беременности. Роды на 39 неделе гестации. Первый период родов 6 часов 30 минут, второй период - 35 минут, безводный промежуток 5 часов 15 минут.

При рождении состояние удовлетворительное. Закричала сразу, крик громкий. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Кожные покровы розовые, чистые. Масса тела при рождении 3400 г., длина тела 53 см, окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. В возрасте 12 часов жизни появилось желтушное прокрашивание кожных покровов, по поводу чего проводилась фототерапия. Состояние ребенка было удовлетворительным.

При осмотре на 5 сутки жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком. Склеры иктеричные. Мышечный тонус дистоничен. Физиологические рефлексы новорожденных вызываются. В легких дыхание проводится равномерно во все отделы, пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные. Живот мягкий. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 3,5 см, селезенка - на 1,5 см. Видимых периферических отеков нет. Диурез адекватный, моча имеет интенсивную окраску.

Группа крови ребенка: А(II) Rh-положительная.

Общий анализ крови на 4 сутки жизни: Hb - 155 г/л, Эр – 4,2х1012/л, ретикулоциты – 6%, Ц.п – 0,99, Лейк – 12,0х109/л, п/я – 6%, с/я – 49%, э – 1%, л – 36%, м – 8%, СОЭ – 2 мм/час.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок – 54.8 г/л, билирубин: непрямой – 328 мкмоль/л, прямой – 34 мкмоль/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, холестерин – 7, 0 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, кальций++ – 1,2 ммоль/л, АСТ – 65 Ед/л, АЛТ – 71 Ед/л, ЩФ – 350 Ед/л (N – 70-140).

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

3. Выделить факторы риска.

4. Определить группу риска.

Задача №2.

Диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая. Морфофункциональная незрелость. Конъюгационная желтуха. Церебральная ишемия II степени. Синдром угнетения ЦНС. ЗВУР по гипотрофическому типу Iстепени.

Мальчик Д., 3-х дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение».

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего женщина лечилась в стационаре. Роды на 38 неделе. 1-ый период 15 часов, 2-ой – 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51.см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен сразу. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% – 0,3 мл., внутрь назначена эпсилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричные в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе – ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, дистоничный мышечный тонус, при нагрузке появляется тремор рук.

Общий анализ крови: гемоглобин - 180 г/л, эритроциты - 5,4х1012/л, цветовой показатель - 0,94, тромбоциты - 310,0х109/л, лейкоциты - 5,9х109/л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 51%, лимфоциты - 38%, моноциты - 8%, СОЭ - 2 мм/час

Время кровотечения по Дюке – 2 минуты

Время свертывания по Бюркеру: начало – 3,5 минуты, конец – 7 минут

Коагулограмма:

каолиновое время 100″ (норма – 40-60″ )

АЧТВ 90″ (норма – 40-60″ )

протромбиновое время по Квику 16″ (норма – 12-15″ )

тромбиновое время 30″ (норма – 28-32″)

протромбиновый комплекс 25%

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой - 196 мкмоль/л, прямой – нет; мочевина - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АСТ - 38 Ед/л, АЛТ - 42 Ед/л.

Нейросонограмма: Рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм.

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

3. Выделить факторы риска.

4. Определить группу риска.

Задача №3. Диагноз: Родовая травма периферической нервной системы. Травматическое повреждение левого плечевого сплетения. Проксимальный тип Дюшена-Эрба (С5-С6).

Мальчик Б. поступил в стационар в возрасте 5 дней.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды своевременные, осложнились слабостью родовой деятельности, проводилась родостимуляция окситоцином. 1-й период - 10 часов, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 12 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4150 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения отмечается повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, асимметрия мышечного тонуса, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение: 1% раствор викасола 1 мг/кг/сут. На 5-е сутки жизни для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые с мраморным рисунком. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. В неврологическом статусе – окружность головы 37 см, большой родничок 2х2 см. Рефлексы новорожденных орального автоматизма живые, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. Рефлексы защитный, опоры, автоматической походки, ползания и спинальные рефлексы вызываются.

Общий анализ крови: Hb - 221 г/л, Эр - 6,5х1012/л, Ц.п. - 0,97, Лейк - 8,2х109/л, п/я - 6%, с/я - 56%, э - 1%, б - 1%, л - 30%, м - 6%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин непрямой -98 мкмоль/л, прямой – нет, мочевина - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций++ - 1,05 ммоль/л.

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

3. Выделить факторы риска.

4. Определить группу риска.

Задача №4.

Диагноз: Пузырчатка новорожденных, доброкачественная

Ребенок М., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды своевременные. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен сразу после рождения, сосал активно. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-е сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 6-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°С. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются единичные полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 2 см с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов – эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая. Слизистые розовые, чистые. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.

Общий анализ крови: Hb - 180 г/л, Эр - 5,5х1012/л, Ц.п. - 0,99, тромб – 270 х109/л, Лейк - 17,2х109/л, метамиелоциты – 3%, п/я - 13%, с/я - 57%, э - 1%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л, билирубин непрямой –51 мкмоль/л, прямой – нет, мочевина - 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций общий – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л.

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

3. Выделить факторы риска.

4. Определить группу риска.

Задача №5.

Диагноз: ГБН, обусловленная несовместимостью по системе АВ0, желтушная форма, средняя степень тяжести.

Мальчик А., 4-х дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови.

1-ая беременность закончилась медицинским абортом при сроке 10 недель. Настоящая беременность 2-я, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. В возрасте 6 часов отмечена иктеричность кожных покровов. На 2-е сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести, иктеричность кожных покровов и склер. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1 см. Стул переходный.

Общий анализ крови: Hb - 141 г/л, Эр - 3,9х1012/л, Ц. п - 0,99, Лейк 9,4х109/л, нейтрофилы: п/я - 7%, с/я - 53%; э - 1%, л - 32%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час

Биохимический анализ крови на 2-ой день жизни: общий белок - 54,4 г/л, билирубин: непрямой - 160 мкмоль/л, прямой – нет

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

3. Выделить факторы риска.

4. Определить группу риска.

**ОПК-12** Способен применять информационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности.

Инд.ОПК12.2. Использование в работе принципов информационной безопасности

Знать: 1. Правовую базу защиты персональных данных пациентов и их родителей. 2. Правила заполнения информированных согласий.

Формы контроля - устный опрос, тестирование.

Вопросы для устного опроса:

1. Вопросы правовой основы охраны материнства и детства.
2. Конституционные основы прав ребенка в России.
3. Медицинская документация.
4. Вопросы правовой основы охраны персональных данных.

Тесты:

1. Основными формами медицинской документации в стационаре

являются:

1 Медицинская карта стационарного больного

2 История развития ребенка

3 Индивидуальная карта беременной и родильницы

4 Журнал записи родов и родовспоможений на дому

1. Для регистрации больных, поступающих в стационар, ведется:

1 Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации ф 001/у

2 Медицинская карта стационарного больного ф 003/у

3 Листок движения больных и коечного фонда ф 007/у

4 Статистическая карта выбывшего из стационара ф 066/у

1. Основной медицинский документ стационара, который составляется на каждого выбывшего из стационара больного:

1 медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у)

2 журнал учета приема больного и отказав в госпитализации (форма № 001/у)

3 статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 006/у)

4 лист нетрудоспособности

4. Основным учетным документом при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:

1 листок нетрудоспособности

2 медицинская карта

3 карта выбывшего из стационара

4 амбулаторная карта

5. При поступлении в стационар пациент заполняет:

1 лист нетрудоспособности

2 экстренное извещение об инфекционном заболевании

3 Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

4 Направление на гопитализацию

**ПК-8** Способен и готов к проведению мер по санитарно-эпидемиологическому обеспечению медицинских организаций, направленному на создание безопасной больничной среды, обеспечение качества и безопасности медицинской помощи и предотвращение случаев инфекционных (паразитарных) заболеваний.

Инд.ПК8.5. Выявление и мониторинг факторов риска.

Уметь: 1. Выявить факторы риска ВУИ. 2. Выявить факторы риска инфекционной патологии.

Формы контроля - устный опрос.

Вопросы для устного опроса:

1. При грудном вскармливании преобладающая флора кишечника.

2. Относительная влажность в отделении для новорожденных.

3.Организация и ответственность за выполнение комплекса санитарно противоэпидемических мероприятий по борьбе с внутрибольничными инфекциями в отделениях новорожденных и недоношенных детей.

4. Активная иммунизация против гепатита у новорожденных.

5. Какие прививки делают новорожденному в родильном доме.

6. Какой скрининг проводится новорожденным в родильном доме.

**ПК-9** Способен и готов к разработке, организации и выполнению комплекса медико-профилактических мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья и снижения неинфекционной заболеваемости различных контингентов населения.

Инд.ПК9.11. Оценка правильности определения физического и психического развития детей и подростков, функционального состояния организма, заболеваемости детей различных возрастных групп.

Уметь: 1. Оценить физическое развитие. 2. Оценить нервно-психическое развитие. 3. Провести комплексную оценку состояния здоровья детей. 4. Определить группу здоровья и группу риска.

Формы контроля - решение проблемно-ситуационных задач; тестирование.

Тесты:

1. выделение групп риска у новорожденных проводится врачом-педиатром участковым с целью

а) профилактики развития патологических состояний

б) лечения выявленных состояний

в) разработки плана диспансеризации

г) отбора детей, нуждающихся в консультации заведующего отделением

2. здоровому новорожденному ребенку врач-педиатр выставляет \_\_\_\_ группу здоровья

а) I

б) IIa

в) IIb г) III

3. к критериям, характеризующим здоровье, относят

а) наличие или отсутствие функциональных нарушений

б) факторы риска биологического анамнеза

в) факторы риска генеалогического анамнеза

г) факторы риска социального анамнеза

4. группа здоровья ребёнка, имеющего физическое и психическое развитие, соответствующее возрасту, гармоничное, за год, предшествовавший обследованию, перенесшего 2 орви, ветряную оспу

а) 1

б) 2

в) 3

г) 4

5. группа здоровья ребёнка, имеющего хронический гастрит в стадии обострения, физическое развитие отстающее от возраста, дисгармоничное за счёт дефицита массы тела, психическое развитие соответствующее возрасту, гармоничное, за год, предшествовавший обследованию, перенесшего 3 орви, парагрипп

а) 4

б) 3

в) 2

г) 1

6. группа здоровья ребёнка, имеющего инвалидность в связи детским церебральным параличом и умственной отсталостью в стадии имбецильности

а) 5

б) 4

в) 2

г) 1

ЗАДАЧА № 1

Ребенку 9 месяцев, рост 71 см, масса 9150,0. Родился с массой 3100,0, длиной тела 50 см.

В настоящее время произносит отдельные слоги, повторяет их различными интонациями, знает своих близких, выполняет несложные задания по просьбе взрослого: “ладушки”, “дай ручку”, “до свидания”. Не ползает. Пытается встать в кроватке. Оцените физическое и нервно-психическое развитие.

ЗАДАЧА № 2

Определите возраст ребенка.: масса ребенка 17 кг, рост 103 см. называет предметы по картинке, умеет группировать предметы по классам (животные, птицы, машины), речь фразовая. Танцует, прыгает, поднимается и опускается по лестнице чередующимся шагом. Самостоятельно одевается, иногда застегивает пуговицы без помощи взрослого. С помощью пластилина, карандаша изображает простые предметы и называет их. Стихи запоминает довольно быстро. Общительный, играет с детьми, не ссорясь. В постель ночью не мочится.

ЗАДАЧА № 3

Оцените нервно-психическое развитие ребенка 7 месяцев, имеющего следующие показатели: сидит самостоятельно, поворачивается с живота на спину, не ползает. Берет игрушки из различных положений, перекладывает игрушки из одной руки в другую. Различает строгую и ласковую интонацию обращенной к нему речи, узнает голос матери. Произносит отдельные слоги многократно, на вопрос “где” не может найти предмет, лежащий в определенном месте; пьет из чашки, которую держит взрослый, берет пищу губами с ложки при кормлении.

ЗАДАЧА № 4

Оцените нервно-психическое развитие ребенка:

Ребенку 2 года. Умеет частично одеваться и раздеваться с небольшой помощью взрослого, умеет пользоваться горшком. Отвечает на вопросы взрослого при рассматривании картинки, пользуется отдельными словами, изредка – двухсловными предложениями. Подвижный, преодолевает препятствия, чередуя шаг. Умеет ходить по поверхности шириной 15-20 см на высоте 15 см над полом. Играя, воспроизводит ряд логически связанных действий. Различает три разных по величине предмета. Цвета не различает.

ЗАДАЧА № 5

Ребенок 3 мес. со слов мамы поступил в стационар с жалобами на беспокойство, потливость. Из анамнеза: ребенок от II беременности, беременность протекала с гестозом I и II половины. Роды срочные, стремительные. Масса при рождении 2700г, длина –48 см. К груди приложена на первые сутки, выписана на 5-е сутки. Ребенок находится на естественном вскармливании, соки и витамин Д не получает. На прогулки не выходили. Прибавка в массе за 1-ый мес. - 700г, за 2-й- 800г., за 3-ий – 700г. В возрасте 14 дней ребенок перенес пиодермию. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Беспокойна, потлива. Бледность кожных покровов. Отмечается размягчение краев большого родничка, краев сагитального шва. Тоны сердца ритмичные, учащены. В легких перкуторно легочный звук. Живот мягкий, безболезненный. Отмечается выраженная мышечная гипотония нижних конечностей. Стул и мочеиспускание не нарушены. Анализ крови: Нв- 140 г/л, эр. 4,7 х1012/л, ЦП- 0,9, лейк. - 8,2 х1012/л, п-1, С-29, л-66, м-4, СОЭ- 4 мм/час. Биохимические показатели: кальций- 1,2 ммоль/л, фосфор- 0,9 ммоль/л, щелочная фосфатаза- 400 ед. На рентгенограмме лучезапястных суставов отмечаются неровные, «размытые» метафизы, участки остеопороза. Копрограмма, ОАМ – в норме. Задание 1.Проведите предварительную диагностику основных клинических синдромов. 2. Выделите факторы риска 3. Составьте план профилактических и реабилитационных мероприятий. 4. Оцените нервно-психическое развитие ребенка.

**ПК-10** Способен и готов к организации и проведению СГМ, к выявлению причинно-следственных связей в системе "факторы среды обитания - здоровье населения", к формулировке, оценке и проверке гипотез, объясняющих причину развития заболевания, к проведению оценки риска здоровью населения, определению приоритетных проблем и разработке управленческих решений для устранения (снижения) негативного воздействия факторов среды обитания на здоровье населения.

Инд.ПК10.3. Оценка показателей состояния здоровья населения, демографических показателей.

Владеть: 1. Определением групп здоровья детей различного возраста. 2. Определением групп риска детей различного возраста.

Формы контроля - решение проблемно-ситуационных задач.

**ПК-11** Способен и готов к проведению гигиенического воспитания и обучения граждан, к проведению профессиональной гигиенической подготовки и аттестации должностных лиц и работников.

Инд.ПК11.3. Подготовка материала для гигиенического воспитания и обучения декретированных групп.

Владеть: 1. Навыком составления памяток, брошюр, санбюллетеней по профилактике заболеваний у детей.

Формы контроля - решение проблемно-ситуационных задач.

ЗАДАЧА № 1

К участковому педиатру обратились с Надей К. шести месяцев с жалобами на бледность, вялость, снижение аппетита.

Из анамнеза выяснено, что девочка родилась от пятой беременности, вторых срочных родов массой 3500 г длиной тела 55 см. Настоящая беременность протекала с угрозой выкидыша, токсикозом I и II половины. Во время беременности мать перенесла пневмонию (23 недели), анемию (34 недели).

Работает на производстве, где имеются химические красители. Первые три беременности закончились искусственным прерыванием, четвёртая - срочными родами. Оценка ребёнка по шкале Апгар – 7-8 баллов. Девочка закричала через 1 минуту. К груди приложена на вторые сутки. Выписана из роддома на 7-й день.

Период новорождённости протекал без особенностей. На грудном вскармливании девочка находилась до 1 месяца, после чего переведена на искусственное (у матери пропало молоко). Мать воспитывает детей одна. Семья живёт в комнате общежития. Режим проветривания не соблюдается. Материальный достаток семьи на 1 человека ниже минимального прожиточного минимума. Фруктовые соки и пюре введены в 4 месяца, давались нерегулярно. Прогулки на свежем воздухе не более 1 часа в день. Гигиенические ванны – 1 раз в неделю. Массаж и гимнастика не проводились. В возрасте 2-х месяцев девочка перенесла пневмонию и кишечную инфекцию, лечение получала в стационаре в течение 2-х месяцев. В 4 месяца заболела ОРВИ, осложнившейся обструктивным бронхитом. Лечение проводилось дома.

Со слов мамы, в настоящее время получает следующее питание:

6.00 - цельный кефир - 200 мл

10.00 - 10 % манная каша - 200 мл

14.00 - 10 % рисовая каша - 200 мл

18.00 - цельный кефир - 200 мл

22.00 - цельный кефир - 200 мл

При осмотре выявлено состояние средней тяжести, вялость, адинамия, плаксивость. Аппетит резко снижен. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Снижена эластичность кожи. Ушные раковины имеют восковой оттенок. Слизистые бледные, сухие. Обнаружены участки гиперпигментации кожи в области шеи. Волосы тонкие и редкие. Язык влажный, обложен белым налётом, на кончике языка атрофия нитевидных сосочков. Тургор тканей и тонус мышц снижены.

Подкожно-жировой слой отсутствует на груди, животе, истончен на нижних и верхних конечностях. Масса тела – 6000 г, длина 62 см.

Дыхание пуэрильное. Тоны сердца учащены, 150 в 1 минуту. Систолический шум на верхушке. Живот несколько увеличен в объёме, мягкий. Печень выступает из-под рёберной дуги на 4 см, край мягко-эластичной консистенции. Селезёнка пальпируется на уровне 3 см из-под края рёберной дуги.

Получены следующие результаты анализов: эритроциты 2,8 х 10 12 /л; диаметр эритроцитов 6 микрон; микроцитоз +++; анизоцитоз +; пойкилоцитоз +; Нв – 70 г/л; цветовой показатель – 0,7; ретикулоциты – 4 %; тромбоциты – 290 х 10 /л; палочкоядерные – 4 %; сегментоядерные – 24 %; лимфоциты – 59 %; эозинофилы – 3 %; моноциты – 10 %; СОЭ – 7 мм/час.

Общая железосвязывающая способность сыворотки крови (ОЖСС) – 97 мкмоль/л. Уровень насыщения трансферрина железом – 15 %. Общий белок – 50 г/л; альбумины – 38 %; глобулины – 59 %; А/Г коэффициент – 0,6. Железо сывороточное – 7,0 мкмоль/л; гематокрит – 0,25 л/л; билирубин общий – 1,97 мкмоль/л; непрямая фракция – 1,7 мкмоль/л; прямая фракция – 0,27 мкмоль/л.

1. Назовите неблагоприятные факторы в анамнезах ребёнка.

2. Составьте план профилактических и реабилитационных мероприятий

ЗАДАЧА №2

Девочка 10 лет, направлена в клинику с диагнозом постгриппозный миокардит. Заболела остро, повысилась температура до 380С, появились боли в пояснице, тошнота, головная боль, слабость, отечность под глазами. Лечилась дома по поводу гриппа в течение недели, состояние улучшилось, девочка пошла в школу. Однако самочувствие оставалось плохим, отмечалась слабость, головокружение, снижение аппетита, похудание.

При обследовании: температура сохранялась субфебрильной, АД 100/70мм рт.ст., реакция манту отрицательная.

ОАК-Нв- 136г/л, эр.-4,08 млн., цп- 0,9, лейк.-8,2х109 г/л, СОЭ- 13 мм/час.

ОАМ- 100 мл, уд.вес- 1012, белок- 0,231г/л., эритроциты- до 4 в п/зр., лейкоциты – до 10-12 в п/зр, плоский и полиморфный эпителий, немного оксалатов.

В пробе Нечипоренко лейкоцитов до 4 000 в 1 мл, эритроцитов до 500 в 1 мл.

Бактериологическое обследование: в моче обнаружен рост E. coli в количестве 105 колоний в 1 мл.

Задание:

1. Выделите ведущие синдромы

2. Определите факторы риска заболевания

3. Разработайте план профилактических и реабилитационных мероприятий

ЗАДАЧА № 3

Марина Л., 6 лет, поступила в детское отделение областной больницы с жалобами на распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, головную боль, тошноту, снижение аппетита, уменьшение количества мочи. Из анамнеза известно, что больна в течение 1г.5 мес. Лечилась по поводу данного заболевания по месту жительства в течение 10 месяцев, затем выписана с улучшением домой. Дома самочувствие было удовлетворительным, но по утрам отмечалась пастозность век, периодически болела голова. После острого респираторного заболевания усилились отеки, тошнота, головная боль, стала мало мочиться.

При поступлении состояние тяжелое, отеки лица, нижних конечностей, определяется свободная жидкость в животе.

При осмотре: расширены границы сердца, артериальное давление 140/95 мм рт.ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги.

В анализе мочи обнаружена протеинурия- 3,65%, лейкоциты 3-4 в п.зр., эритроциты выщелочные и свежие 5-30 в п.зр., цилиндры гиалиновые, зернистые до 5-6 в п.зр.

Общий анализ крови: эр. - 3,1х106 в 1 мкл. Нв- 110 г/л цветной показатель – 0,87, лейкоциты- 10,8х109 в 1 мкл, СОЭ – 60 мм/ч.

Белок в суточной моче 4,5 г/л.

Задание:

1. Выделите ведущие синдромы заболевания

2. Выделите факторы риска

3. Разработайте план профилактических и реабилитационных мероприятий

ЗАДАЧА № 4

Ирина 7,5 лет поступила в клинику по поводу болей в эпигастрии, не связанных с приемом пищи, периодически наблюдается рвота в утренние часы. Больна в течение 6 месяцев. Боли возникли в начале учебного года. Питание регулярное, любит острую пищу. Отец девочки страдает язвенной болезнью желудка. Объективно: Питание удовлетворительное. вес 24 кг, рост 120 см, кожные покровы чистые, избыточной окраски. Язык влажный, зубы здоровые. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие. Пульс 96 в 1 мин. Живот правильной формы. Умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии, мышечное напряжение и локальные болевые точки отсутствуют. Печень не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Аппетит удовлетворительный. Стул неустойчивый. Общий анализ крови: НВ 120 г/л, эр.- 4,0 г/л, лейкоциты 7,2 г/л, э- 2, п- 1, с/я – 50, л –37, м –10, СОЭ- 13 мм/час. рН-метрия: гиперацидное состояние тела желудка с компенсированным ощелачиванием в антральном отделе. При анализе дуоденального содержания изменений не выявлено. Анализ мочи – в норме. В копрограмме- раст. кл. большое кол-во, н.жир- - незнач. к-во. ЭГДС- участки гиперемии слизистой желудка в антральном отделе. Н pylory ∆ 33 Задание 1.Провести предварительную диагностику основных клинических синдромов. 2. Выделить факторы риска. 3 Составить план профилактических мероприятий.

ЗАДАЧА № 5

Мальчик 8 лет жалуется на периодические, непродолжительные, приступообразные боли преимущественно в правом подреберье, реже в околопупочной области. Неуравновешен, вспыльчивый. Аппетит снижен. Год назад лечился по поводу лямблиоза кишечника. При объективном обследовании: питание удовлетворительное. Язык обложен. Бледен. Кариозные зубы. Живот правильной формы, умеренно болезненный в точке желчного пузыря (положительные симптомы Кера, Мерфи). Печень не пальпируется. Стул неустойчивый, с наклонностью к поносам. Дуоденальное зондирование: лейкоциты до 20 в п/зр., соли билирубината кальция – в порции В. Посев желчи на флору – E.coli. Биохимич. анализ крови: холестерин 3,7 ммоль/л, в-липопротеиды – 6,0 ммоль/л, сахар крови- 5,0 ммоль, общий билирубин сыворотки крови – 14 ммоль/л, общий белок- 70 г/л, альбумины- 60%, а-глобулины- 14%, г-глобулины – 16%. УЗИ желчного пузыря – увеличен в размере, правильной грушевидной формы, стенки 8 мм. Vс= 84%. Задание 1.Провести предварительную диагностику основных клинических синдромов. 2. Выделить факторы риска. 3.Составить план профилактических и реабилитационных мероприятий

**ПК-14** Способен и готов к оказанию консультационных услуг по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей, к организации приема граждан, обеспечению своевременного и полного рассмотрения обращений граждан, принятию по ним решений и направлению ответов заявителям.

Инд.ПК14.3. Осуществление консультации (беседы) по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения (на заданную тему)

Владеть: 1. Навыком проведения бесед с родителями и детьми по профилактике заболеваний, их осложнений и инвалидизации.

Формы контроля - решение проблемно-ситуационных задач.

ЗАДАЧА № 1

Ребенок 3 лет, поступил в отделение с жалобами на периодические носовые кровотечения, появление синяков на коже туловища и конечностей. Из анамнеза известно, что мальчик месяц назад переболел гриппом, после чего стали появляться носовые кровотечения почти ежедневно. В последние дни носовые кровотечения стали обильными, продолжительными. При поступлении состояние средней тяжести, вялый, плаксивый. Кожные покровы бледные, отмечаются множественные экхимозы на туловище и нижних конечностях, разные по величине и окраске. Экхимозы поверхностные, при их пальпации уплотнений не отмечается. Имеет место умеренное увеличение шейных лимфоузлов. Тоны сердца приглушены, выслушивается нежный систолический шум в V точке функционального характера. В легких при аускультации- везикулярное дыхание. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не увеличена. Стул, мочеиспускание не нарушены. Ан.крови: эритроциты- 3 млн., Нв- 90 г/л, ц.п.-0,8, тромбоциты- 80 тыс., лейкоциты – 4,8х109/л, п 3%, с-52%, л-32%, э-6%, м- 7%, СОЭ- 3 мм/час. Анализ мочи без патологии ЗАДАНИЕ 1. Выделите ведущие синдромы 2. Определите факторы риска развития патологии. 3. Составьте план профилактических мероприятий и беседы с родителями.

Задача №2

Девочка 9 лет, поступила в клинику на 5-й день заболевания с жалобами на периодически возникающие боли в животе, припухлость и болезненность голеностопных суставов, геморрагические симметричные высыпание на руках и ногах. В раннем детстве перенесла несколько раз острую респираторную инфекцию, дизентерию, корь, ветряную оспу. Привита по возрасту.

Настоящее заболевание началось среди полного здоровья. Появились сильные боли в животе, была однократная рвота. Участковым врачом направлена в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит. Диагноз аппендицита не был подтвержден. Помимо приступообразных болей в животе, у девочки появился жидкий стул с примесью слизи и прожилками крови. Больная была переведена в инфекционную больницу, где на 4-й день болезни на коже голеней, бедер и ягодиц появилась обильная сыпь, расположенная симметрично в виде красных пятен. Стул на 20 день пребывания нормализовался, но боли в животе не стихали.

При поступлении состояние средней тяжести. Обильные геморрагические высыпания пятянисто-папулезного характера на голенях, бедрах и ягодицах. Отечность голено-стопных суставов, болезненность движений. АЖ90/60 мм рт.ст., пульс 74 в 1 мин. Печень выступает на 1см из-под края реберной дуги, край мягкий. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Эр.-4,1х1012 /л, Нв- 106 г/л, Л- 9,6х109/л, э- 5%, п-6%, с-57%, лимф.-27%, м-5%. СОЭ- 26 мм/час. Все показатели свертывающей системы крови нормальные.

Девочка находилась в стационаре 47 дней. За это время высыпания на коже приняли волнообразный характер. Было три таких волны.

Задание:

1.Ваш диагноз.

2.Выделите основные клинические симптомы, подтверждающие

правильность диагноза.

3.Какие синдромы данного заболевания Вы знаете.

4. Разработайте план профилактических и реабилитационных мероприятий и беседы с родителями.

Задача №3

Девочка, 11 мес находится на стационарном обследовании и лечении на гематологических койках кардиоревматологического отделения ОДКБ.

Жалобы на снижение аппетита, вялость, извращение вкуса (ест мел).

Анамнез: ребенок от I беременности, протекавшей с гестационной анемией в III триместре (лечение не проводилось). Роды срочные. Масса тела при рождении 3300 г, длина 52 см. Грудное вскармливание до 3,5 месяцев, затем – искусственное (смесь «Беллакт»). Прикорм: с 5 месяцев – каши (овсяная и манная) на коровьем молоке и творог, с 9 – овощное пюре, с 11 – мясное пюре (ела плохо). Ребенок из группы ЧБД, состоит на учете у оториноларинголога с диагнозом Хронический тонзиллит.

Режим питание не соблюдает. В питании преобладает вегетарианская пища. Ребенок из семьи с отягощенным социальным анамнезом.

При амбулаторном обследовании в анамнезе в ОАК неоднократно снижение гемоглобина. Назначенные участковым педиатром препараты не принимала.

При поступлении: состояние средней тяжести, вялая, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Волосы и ногти тусклые, ломкие. Периферические лимфатические узлы до 0,2-0,3 см, тонзиллярные – до 0,5 см в диаметре, безболезненные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается функциональный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка у реберного края. Стул со склонностью к запорам, оформленный, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

1.Ваш диагноз.

2.Выделите основные клинические симптомы, подтверждающие

правильность диагноза.

3.Какие синдромы данного заболевания Вы знаете.

4. Разработайте план профилактических и реабилитационных мероприятий и беседы с родителями.

Задача №4

Пациентка, 7 лет, находится в приемно-диагностическом отделении ОДКБ г.Оренбурга.

Жалобы при поступлении: на малопродуктивный, частый кашель, повышение температуры тела до 38,5-39,0°С, одышку, общую слабость, быструю утомляемость.

Анамнез жизни: ребенок от V беременности, IV преждевременных родов (на сроке 33 недели). Беременность протекала с токсикозом первой половины беременности (отмечалась тошнота, рвота), гепатит В, курение во время беременности. Масса при рождении 2900 гр., длина тела – 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. На грудном вскармливании находилась до 1,5 мес, затем питание не соответствовало возрасту. Ребенок из группы социального риска.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: часто болеет ОРВИ – до 6-7 раз за год, ветряная оспа, краснуха, состоит на учете у оториноларинголога с диагнозом Хронический тонзиллит.

Генеалогический анамнез: не отягощен.

Анамнез заболевания: Больна в течение 7 дней, после перенесенного ОРВИ появился сухой кашель, повышение температуры до 38,5-39,0°С, повышенная утомляемость, общая слабость. Была госпитализирована по месту жительства в РБ, получала лечение цефтриаксоном, амброксолом, ингаляционную терапию. Лечение без эффекта. Сохраняется частый, малопродуктивный кашель, одышка смешанного генеза. Поступила в приемно-диагностическое отделение ГБУЗ ОДКБ г.Оренбурога с лечебно-диагностической целью.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледно-розовые, влажные. В зеве гиперемии нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Носовое дыхание не затруднено. 23 в минуту, отмечается одышка при физической нагрузке. Перкуторно над легкими притупление легочного звука справа ниже угла лопатки. В легких дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы справа ниже угла лопатки. Область сердца визуально не изменена. ЧСС 108 в минуту. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно тоны сердца громкие, ритмичные, ясные. Аппетит избирательный, снижен. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул нерегулярный, 1 раз в 2-3 суток, оформленный, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

1.Ваш диагноз.

2.Выделите основные клинические симптомы, подтверждающие

правильность диагноза.

3.Какие синдромы данного заболевания Вы знаете.

4. Разработайте план профилактических и реабилитационных мероприятий и беседы с родителями.

Задача №5

Девочка, 11 мес находится на стационарном обследовании и лечении на гематологических койках кардиоревматологического отделения ОДКБ.

Жалобы на снижение аппетита, вялость, извращение вкуса (ест мел).

Анамнез: ребенок от I беременности, протекавшей с гестационной анемией в III триместре (лечение не проводилось). Роды срочные. Масса тела при рождении 3300 г, длина 52 см. Грудное вскармливание до 3,5 месяцев, затем – искусственное (смесь «Беллакт»). Прикорм: с 5 месяцев – каши (овсяная и манная) на коровьем молоке и творог, с 9 – овощное пюре, с 11 – мясное пюре (ела плохо). Ребенок из группы ЧБД, состоит на учете у оториноларинголога с диагнозом Хронический тонзиллит.

Режим питания не соблюдает. В питании преобладает вегетарианская пища. Ребенок из семьи с отягощенным социальным анамнезом.

При амбулаторном обследовании в анамнезе в ОАК неоднократно снижение гемоглобина. Назначенные участковым педиатром препараты не принимала.

При поступлении: состояние средней тяжести, вялая, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Волосы и ногти тусклые, ломкие. Периферические лимфатические узлы до 0,2-0,3 см, тонзиллярные – до 0,5 см в диаметре, безболезненные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается функциональный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка у реберного края. Стул со склонностью к запорам, оформленный, визуально без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

1.Ваш диагноз.

2.Выделите основные клинические симптомы, подтверждающие

правильность диагноза.

3.Какие синдромы данного заболевания Вы знаете.

4. Разработайте план профилактических и реабилитационных мероприятий и беседы с родителями.

**Оценочные материалы в рамках модуля №1 Профилактическая неонатология**

**Тема 1. Программа планирования семьи. Законодательная основа охраны материнства и детства. Совершенствование пренатальной диагностики. План профилактических мероприятий.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1. Согласно рекомендациям ВОЗ за критерий жизнеспособности плода (новорожденного) принимается срок беременности (нед.):

а)20

б)22

в) 26

г)28

2.Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся с:

а)периода зачатия и заканчивающийся рождением плода

б)периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7 сутками (168 часов) после рождения

в)периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов

3.Доношенным считается новорожденный, родившийся со сроком гестации (недель):

а)28- 37

б)37- 40

в)37- 41

г)более 42

4.Недоношенным считается ребенок, родившийся на сроке гестации недель:

а)22-37

б)28-37

в)36-40

г)37-42

5.Организация и ответственность за выполнение комплекса санитарно противоэпидемических мероприятий по борьбе с внутрибольничными инфекциями в отделениях новорожденных и недоношенных детей возлагаются на:

а)старшую сестру отделения

б)заведующего отделением

в)врача ординатора

г)постовую медсестру

6.Для активной иммунизации против гепатита В применяется:

а)живая вакцина

б)рекомбинантная дрожжевая вакцина

в)анатоксин

г)поливалентная вакцина

7.Транзиторные особенности метаболизма новорожденного не включают:

а)катаболическую направленность белкового обмена

б)анаболическую направленность белкового обмена

в)метаболический ацидоз

г)респираторный алкалоз

д)гликонеогенез

8.Какие прививки делают новорожденному в родильном доме:

а)против гепатита B

б)против туберкулеза

в)против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита

г)против кори, краснухи, эпидемического паротита

9.Какой скрининг проводится новорожденным в родильном доме:

а)скрининг на наследственные ферментопатии

б)скрининг на врожденные пороки сердца

в)аудиологический скрининг

г)скрининг на гипогликемический профиль

10.Какие наследственные ферментопатии входят в скрининг новорожденного в родильном доме:

а)фенилкетонурия

б)болезнь Дауна

в)галактоземия

г)гипотиреоз

д)муковисцедоз

11.При грудном вскармливании преобладающей флорой кишечника являются:

а)бифидум бактерии

б)ацидофильные палочки

в)кишечные палочки

г)энтерококки

12. Относительная влажность в отделении для новорожденных должна составлять:

а)45- 50%

б)55- 60%

в)60-70%

г)80-90

**Устный опрос**

1. Профилактическая, превентивная неонатология.
2. Программа планирования семьи. Законодательная основа охраны материнства и детства.
3. Совершенствование пренатальной диагностики.
4. Понятие о периодах внутриутробного развития плода, перинатальном и неонатальном периоде. Критерии доношненности, недоношенности и переношенности. Шкала Дубовица, Баллард. Критерии морфофункциональной зрелости новорожденного.
5. Структура перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности. Пограничные состояния в неонатологии. Ранняя неонатальная адаптация недоношенного новорожденного, метаболические и клинические аспекты. Физиологические (пограничные) состояния адаптационного периода. Патогенез. Клинические проявления. Мероприятия по коррекции
6. Организация медицинского обслуживания новорожденных в родильном доме. Первичный туалет и последующий туалет новорожденного. (Методические рекомендации №15 – 4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»).
7. Вскармливание новорожденных в родильном доме.
8. Неонатальный скрининг. Выписка из родильного дома, сроки, показания.
9. Показания и противопоказания к проведению БЦЖ и вакцинации против вирусного гепатита В.

**Реферативные сообщения**

1. Врожденные эндокринопатии: этиология, патогенез. Современные принципы лечения, реабилитации и профилактики
2. Группы риска детей с перинатальной патологией
3. Профилактика РСВ-инфекции у недоношенных детей
4. Профилактика инвалидизации детей с БЛД
5. Профилактика инвалидизации детей ЭНМТ
6. Профилактика инвалидизации детей ОНМТ
7. Профилактика инвалидизации детей с ПП ЦНС
8. Профилактика инвалидизации детей с ВЖК
9. Недоношенные дети – прогноз, группы риска, этапы реабилитации
10. Фетальный алкогольный синдром: профилактика, реабилитация, прогноз

**Ситуационные задачи**

Задача 1. Диагноз: Перинатальная постгипоксическая энцефалопатия, легкая форма, острый период. Синдром повышенной нервно-рефлекторной гипервозбудимости, мышечная дистония. Физиологическая желтуха н/р.

Врачу передан первичный патронаж к новорожденному ребенку. Доро¬довый патронаж не проводился, так как мать проживала по другому адресу.

Мальчику 8 дней. Родился от молодых родителей, страдающих мио¬пией. Беременность I, протекала с токсикозом в 1-й и 2-й половине (рво¬та, нефропатия). Из обменной карты №113 известно, что ребенок от сроч¬ных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной во¬круг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желуд¬ка. Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов. Масса тела 3690 г, длина - 52 см. Желтушное прокрашивание кожи появилось в начале вторых суток.

Группа крови матери и ребенка O(I), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 280 мкмоль/л, прямой -3,4 мкмоль/л. Проба Кумбса - отрицательная.

Лечение: р-р магнезии в/м, фенобарбитал, бифидумбактерин, но-шпа, оксигенотерапия. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Докорм Энфамилом. Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы 350 г.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Докармливает Энфамилом. Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгиба¬телей, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. Слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка под геморрагической корочкой, сухая, чистая. Большой родничок 3,5x3,5 см, не выбухает. Малый родничок 1x1 см. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук легоч¬ный. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка - у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки с небольшой примесью слизи. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Задание 1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

Задача 2. Диагноз: ГБН, обусловленная несовместимостью по системе АВ0, желтушная форма, средняя степень тяжести.

Мальчик А., 4-х дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови.

1-ая беременность закончилась медицинским абортом при сроке 10 недель. Настоящая беременность 2-я, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. В возрасте 6 часов отмечена иктеричность кожных покровов. На 2-е сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести, иктеричность кожных покровов и склер. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1 см. Стул переходный.

Общий анализ крови: Hb - 141 г/л, Эр - 3,9х1012/л, Ц. п - 0,99, Лейк 9,4х109/л, нейтрофилы: п/я - 7%, с/я - 53%; э - 1%, л - 32%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час

Биохимический анализ крови на 2-ой день жизни: общий белок - 54,4 г/л, билирубин: непрямой - 160 мкмоль/л, прямой – нет

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

Задача 3. Диагноз: ГБН, обусловленная несовместимостью по системе АВО, желтушная форма, средней тяжести, осложненная синдромом сгущения желчи.

Девочка В., 5 суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 23 года, группа крови 0(I), Rh-отрицательная. Беременность II. I беременность 2 года назад, закончилась своевременными родами, ребенок здоров, имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность протекала на фоне нефропатии в третьем триместре беременности. Роды на 39 неделе гестации. Первый период родов 6 часов 30 минут, второй период - 35 минут, безводный промежуток 5 часов 15 минут.

При рождении состояние удовлетворительное. Закричала сразу, крик громкий. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Кожные покровы розовые, чистые. Масса тела при рождении 3400 г., длина тела 53 см, окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. В возрасте 12 часов жизни появилось желтушное прокрашивание кожных покровов, по поводу чего проводилась фототерапия. Состояние ребенка было удовлетворительным.

При осмотре на 5 сутки жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком. Склеры иктеричные. Мышечный тонус дистоничен. Физиологические рефлексы новорожденных вызываются. В легких дыхание проводится равномерно во все отделы, пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные. Живот мягкий. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 3,5 см, селезенка - на 1,5 см. Видимых периферических отеков нет. Диурез адекватный, моча имеет интенсивную окраску.

Группа крови ребенка: А(II) Rh-положительная.

Общий анализ крови на 4 сутки жизни: Hb - 155 г/л, Эр – 4,2х1012/л, ретикулоциты – 6%, Ц.п – 0,99, Лейк – 12,0х109/л, п/я – 6%, с/я – 49%, э – 1%, л – 36%, м – 8%, СОЭ – 2 мм/час.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок – 54.8 г/л, билирубин: непрямой – 328 мкмоль/л, прямой – 34 мкмоль/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, холестерин – 7, 0 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, кальций++ – 1,2 ммоль/л, АСТ – 65 Ед/л, АЛТ – 71 Ед/л, ЩФ – 350 Ед/л (N – 70-140).

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

Задача 4. Диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая. Морфофункциональная незрелость. Конъюгационная желтуха. Церебральная ишемия II степени. Синдром угнетения ЦНС. ЗВУР по гипотрофическому типу Iстепени.

Мальчик Д., 3-х дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение».

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего женщина лечилась в стационаре. Роды на 38 неделе. 1-ый период 15 часов, 2-ой – 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51.см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен сразу. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% – 0,3 мл., внутрь назначена эпсилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричные в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе – ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, дистоничный мышечный тонус, при нагрузке появляется тремор рук.

Общий анализ крови: гемоглобин - 180 г/л, эритроциты - 5,4х1012/л, цветовой показатель - 0,94, тромбоциты - 310,0х109/л, лейкоциты - 5,9х109/л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 51%, лимфоциты - 38%, моноциты - 8%, СОЭ - 2 мм/час

Время кровотечения по Дюке – 2 минуты

Время свертывания по Бюркеру: начало – 3,5 минуты, конец – 7 минут

Коагулограмма:

каолиновое время 100″ (норма – 40-60″ )

АЧТВ 90″ (норма – 40-60″ )

протромбиновое время по Квику 16″ (норма – 12-15″ )

тромбиновое время 30″ (норма – 28-32″)

протромбиновый комплекс 25%

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой - 196 мкмоль/л, прямой – нет; мочевина - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АСТ - 38 Ед/л, АЛТ - 42 Ед/л.

Нейросонограмма: Рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм.

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

Задача 5. Диагноз: Родовая травма периферической нервной системы. Травматическое повреждение левого плечевого сплетения. Проксимальный тип Дюшена-Эрба (С5-С6).

Мальчик Б. поступил в стационар в возрасте 5 дней.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды своевременные, осложнились слабостью родовой деятельности, проводилась родостимуляция окситоцином. 1-й период - 10 часов, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 12 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4150 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения отмечается повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, асимметрия мышечного тонуса, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение: 1% раствор викасола 1 мг/кг/сут. На 5-е сутки жизни для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые с мраморным рисунком. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. В неврологическом статусе – окружность головы 37 см, большой родничок 2х2 см. Рефлексы новорожденных орального автоматизма живые, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. Рефлексы защитный, опоры, автоматической походки, ползания и спинальные рефлексы вызываются.

Общий анализ крови: Hb - 221 г/л, Эр - 6,5х1012/л, Ц.п. - 0,97, Лейк - 8,2х109/л, п/я - 6%, с/я - 56%, э - 1%, б - 1%, л - 30%, м - 6%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин непрямой -98 мкмоль/л, прямой – нет, мочевина - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций++ - 1,05 ммоль/л.

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

Задача 6. Диагноз: Пузырчатка новорожденных, доброкачественная

Ребенок М., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды своевременные. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен сразу после рождения, сосал активно. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-е сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 6-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°С. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются единичные полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 2 см с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов – эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая. Слизистые розовые, чистые. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.

Общий анализ крови: Hb - 180 г/л, Эр - 5,5х1012/л, Ц.п. - 0,99, тромб – 270 х109/л, Лейк - 17,2х109/л, метамиелоциты – 3%, п/я - 13%, с/я - 57%, э - 1%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л, билирубин непрямой –51 мкмоль/л, прямой – нет, мочевина - 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций общий – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л.

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

**Тема 2. Эмбриофетопатии. Внутриутробные инфекции. Понятие о внутриутробной гипоксии, асфиксии плода. Гемолитическая болезнь новорожденных.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1.Питание недоношенному ребенку с внутриутробной гипотрофией рассчитывается на …

1. долженствующий вес
2. фактический вес
3. вес при рождении

2.Понятие «асимметричная задержка внутриутробного развития» включает … вариант:

1. гипотрофический
2. гипопластический
3. диспластический

3.Задержка внутриутробного развития диагностируется, если морфологический индекс зрелости отстает на\_\_\_\_\_ и более недель от истинного  гестационного возраста.

1. 3
2. 2
3. 4

4.Вакцинацию БЦЖ детям с задержкой  внутриутробного развития проводят при достижении массы тела \_\_\_\_ г. и отсутствии противопоказаний к ней.

1. 1500
2. 2500
3. 3500

5.При гипопластическом варианте задержки внутриутробного развития уменьшены все параметры физического развития – ниже \_\_\_\_\_процентов центиля – при соответствующем гестационном возрасте.

1. 10
2. 20

6.Расчет питания у детей с задержкой внутриутробного развития производят только \_\_\_\_\_\_\_методом

1. калорий
2. Зайцевой

7.Фазы внутриутробного роста:

1. гиперплазия
2. гиперплазия и гипертрофия
3. гипертрофия

8.Установите соответствие

1 гипотрофический вариант

2 гипопластический вариант

3 диспластический вариант

А. дефицит массы по отношению к длине тела

Б.дефицит  массы,  длины тела и окружности головы по отношению к сроку гестации

В. дефицит длины тела, наличие пороков развития и множественных стигм дисэмбриогенеза

Г. дефицит окружности головы и груди по отношению к сроку гестации

9.Установите соответствие

1. 1 степень гипотрофии

2. 2 степень гипотрофии

3. 3 степень гипотрофии

А. массо ростовой коэффициент 59 55

В. массо ростовой коэффициент 54 51

Б. массо ростовой коэффициент менее 50

Г. массо ростовой коэффициент 60 70

10.Для детей с задержкой внутриутробного развития в период адаптации не характерно развитие…

1. гипохлоремии
2. гипергликемии
3. гипербилирубинемии
4. полицитемии

11.Новорожденные с риском возникновения гнойно воспалительных заболеваний относятся к группе здоровья:

1. I
2. IIА
3. IIБ
4. III

12.Эпидемическая пузырчатка новорожденных характеризуется наличием

1. вялых пузырей
2. узелков
3. напряженных пузырей
4. экхимозов

13.Возбудители токсоплазмоза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. простейший
2. Гр(-) кокки
3. Гр(+) кокки

14.Для мокнущего пупка у новорожденных характерно:

1. отек и гиперемия книзу от пупочной раны
2. серозное отделяемое из пупочной раны
3. отек, гиперемия пупочного кольца, гнойное отделяемое из пупочной ранки
4. язвочка с подрытыми краями, покрытая фибринозными наложениями

15.Парезы, параличи чаще всего бывают исходом внутриутробно перенесенного:

1. сифилиса
2. краснухи
3. токсоплазмоза
4. листериоза

16.Восходящий путь инфицирования более характерен при внутриутробной инфекции для:

1. токсоплазмы
2. листерий
3. вируса краснухи
4. цитомегаловируса

17.Гнойный омфалит новорожденных характеризуется:

1. отеком, гиперемией пупочного кольца, гнойным отделяемым из пупочной раны
2. положительным симптомом Краснобаева
3. грибовидной опухолью на дне пупочной раны
4. отеком и гиперемией книзу от пупочной раны

18.Микоплазма вызывает развитие:

1. пневмонии
2. сепсиса
3. везикулеза
4. гидроцефалии

19.Для фунгуса пупка у новорожденного характерно:

1. грибовидная опухоль на дне пупочной раны
2. отек, гиперемия пупочного кольца, гнойное отделяемое из пупочной раны
3. положительный симптом Краснобаева
4. отек и гиперемия книзу от пупочной раны

20.Пневмония цитомегаловирусной этиологии протекает по типу:

1. очаговой
2. интерстициальной
3. полисегментарной
4. очагово -сливной

21.Первая вакцинация против гепатита В проводится в возрасте:

1. первые 24 часа жизни ребенка
2. 3 месяца
3. 1 год

22.Установите соответствие

1. ЦМВ

2. герпес

3. сифилис

А. цитотект

Б. ацикловир

В. ретарпен

Г. викасол

23.Недостаточность какой из перечисленных функций кожи у новорожденных имеет место в развитии инфекционно-воспалительных заболеваний кожи…

1. защитная
2. терморегуляционная
3. дыхательная
4. синтетическая (витаминообразующая)
5. потоотделение

24.Какая реакция кожи обеспечивает ее бактериальные свойства…

1. : нейтральная
2. : кислая
3. : щелочная
4. : слабощелочная

25.К особенностям течения гнойной инфекции у детей не относится

1. : богатство лимфоидной ткани
2. : генерализованный характер реакций
3. : повышенная проницаемость естественных барьеров
4. : зрелая иммунная система.

26.Чем обусловлена возможность развития флегмоны новорожденных только в неонатальном периоде…

1. : высокой проницаемостью кожных покровов новорожденного
2. : особенностями строения сосудистой сети кожи и подкожной клетчатки
3. :особенностями иммунитета новорожденного
4. : особенностями центральной нервной системы новорожденного

**Устный опрос**

1. Структура перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности.
2. Эмбриофетопатии. Патогенез. Клинические проявления. Мероприятия по коррекции.
3. Внутриутробные инфекции. Патогенез. Клинические проявления. Мероприятия по коррекции.
4. Понятие о внутриутробной гипоксии, асфиксии плода. Патогенез. Клинические проявления. Мероприятия по коррекции.
5. Гемолитическая болезнь новорожденных. Патогенез. Клинические проявления. Мероприятия по коррекции.

**Ситуационные задачи**

ЗАДАЧА 1. Ребенок Д., девочка, 1 сутки жизни. Масса тела при рождении 2700 г., длина тела 47 см., окр. головы 31 см., окр. груди 30 см. Закричал после санации верхних дыхательных путей. При осмотре кожные покровы ярко-розового цвета, акроцианоз, тургор тканей снижен. Выражено лануго на плечах и спине. Грудные железы слабо развиты, соски втянуты, ареолы диаметром 2 мм. Исчерченность стоп до половины длины. Подкожно-жировая клетчатка истончена. Пупочное кольцо ниже средней линии туловища. Мышечная диффузная гипотония, положительные миатонические тесты (симптом «шарфа», симптом «открытого окна»). Гипорефлексия. Большие половые губы не прикрывают малые.

Из медико-биологического анамнеза известно-от второй беременности, первых родов при сроке 36 недель гестации. Первая беременность закончилась выкидышем в сроке 9 недель. Данная беременность протекала на фоне вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу. В 20- 24 недели диагностирована анемия средней тяжести. В 26 недель отмечалась лейкоцитурия до 80-100 лейкоцитов в поле зрения, диагностирован гестационный пиелонефрит. Проводилось лечение.

Вопросы: 1. Группа риска. 2. Группа здоровья. 3. Реабилитация.

ЗАДАЧА 2. Мальчик , 7 сутки жизни.

Антропометрические данные при рождении: вес – 3250 г., рост – 50 см., окружность головы - 35 см., окружность груди 32 см.

Из анамнеза известно: ребенок от 2-ой беременности, протекавшей на фоне анемии беременных, 2 родов. В анамнезе у матери 1 медицинский аборт. Роды произошли на 40-й неделе гестации, оценка по Апгар в конце 1-ой минуты – 8 баллов, на 5-ой минуте – 9 баллов.

С первых минут находится на совместном пребывании с материю, кормится грудью в режиме «по требованию», в течении первых двух часов жизни проводился «контакт кожа к коже». Выписан домой на 4 сутки жизни с массой 3050 гр.

При первом патронаже на дому участковый педиатр отмечает удовлетворительное состояние новорожденного, субиктеричный цвет кожных покровов с участками мелко-пластинчатого шелушения на животе и груди, симметричное увеличение молочных желез, пигментацию сосков и мошонки, множественные беловатые узелки на крыльях носа. Пуповинный остаток на скобе, кожа вокруг не изменена.

Вопросы: 1. Группа риска. 2. Группа здоровья. 3. Реабилитация.

**Оценочные материалы в рамках модуля №2 Профилактическая педиатрия.**

**Тема 1. Профилактическая педиатрия.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1. Для предотвращения прогрессирования заболеваний используется профилактика

а) вторичная

б) первичная

в) третичная

г) предварительная

2. Реабилитация пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, входит в структуру мероприятий профилактики

а) третичной

б) первичной

в) вторичной

г) предварительной

3. К первичной профилактике следует относить

а) оздоровление окружающей среды

б) раннюю диагностику заболеваний

в) профилактическую госпитализацию

г) повышение качества медицинской помощи

4. Объектом первичной профилактики является

а) все население

б) категория больных хроническими заболеваниями

в) категория реконвалесцентов острых заболеваний

г) трудоспособное население

5. Под донозологической диагностикой понимают

а) метод выявления изменений в организме до формирования определённых нозологических форм заболеваний

б) ранняя диагностика заболевания

в) диагностические мероприятия в приёмном покое

г) современные диагностические мероприятия, основанные на принципах доказательной медицины

6. Первичная медицинская профилактика снижает

а) заболеваемость населения

б) болезненность населения

в) эпидемический порог инфекционных заболеваний

г) частоту рецидивов хронических заболеваний

7. К эндогенным факторам риска относят

а) патофизиологические

б) климатогеографические

в) экологические

г) образ жизни

8. К группе часто болеющих школьников относятся дети, перенесшие орви в течение года (раза/раз)

а) 4

б) 1

в) 2

г) 3

9. К группе длительно болеющих школьников относятся дети, имеющие продолжительность заболевания более (день)

а) 25

б) 10

в) 15

г) 20

**Устный опрос**

1. Вопросы правовой основы охраны материнства и детства. Конституционные основы прав ребенка в России.
2. Понятие о первичной, вторичной и третичной профилактики
3. Группы диспансерного наблюдения. Медицинская документация. План наблюдения (кратность, сроки наблюдения, объем и кратность параклинических исследований

**Реферативные сообщения**

1. Охрана здоровья детей – важнейшая отрасль здравоохранения.

2. Профилактическая педиатрия – концепция 4П.

3. Достижения отечественной и мировой педиатрии.

4. Актуальные вопросы и задачи педиатрии на современном этапе развития медицинской науки и практики.

5. Деонтология в деятельности врача-педиатра.

6. Вопросы правовой основы охраны материнства и детства. Конституционные основы прав ребенка в России.

7. Группы диспансерного наблюдения. План наблюдения (кратность, сроки наблюдения, объем и кратность параклинических исследований).

**Ситуационные задачи**

Задача №1. Диагноз: ГБН, обусловленная несовместимостью по системе АВО, желтушная форма, средней тяжести, осложненная синдромом сгущения желчи.

Девочка В., 5 суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 23 года, группа крови 0(I), Rh-отрицательная. Беременность II. I беременность 2 года назад, закончилась своевременными родами, ребенок здоров, имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность протекала на фоне нефропатии в третьем триместре беременности. Роды на 39 неделе гестации. Первый период родов 6 часов 30 минут, второй период - 35 минут, безводный промежуток 5 часов 15 минут.

При рождении состояние удовлетворительное. Закричала сразу, крик громкий. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Кожные покровы розовые, чистые. Масса тела при рождении 3400 г., длина тела 53 см, окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. В возрасте 12 часов жизни появилось желтушное прокрашивание кожных покровов, по поводу чего проводилась фототерапия. Состояние ребенка было удовлетворительным.

При осмотре на 5 сутки жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком. Склеры иктеричные. Мышечный тонус дистоничен. Физиологические рефлексы новорожденных вызываются. В легких дыхание проводится равномерно во все отделы, пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные. Живот мягкий. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 3,5 см, селезенка - на 1,5 см. Видимых периферических отеков нет. Диурез адекватный, моча имеет интенсивную окраску.

Группа крови ребенка: А(II) Rh-положительная.

Общий анализ крови на 4 сутки жизни: Hb - 155 г/л, Эр – 4,2х1012/л, ретикулоциты – 6%, Ц.п – 0,99, Лейк – 12,0х109/л, п/я – 6%, с/я – 49%, э – 1%, л – 36%, м – 8%, СОЭ – 2 мм/час.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок – 54.8 г/л, билирубин: непрямой – 328 мкмоль/л, прямой – 34 мкмоль/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, холестерин – 7, 0 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, кальций++ – 1,2 ммоль/л, АСТ – 65 Ед/л, АЛТ – 71 Ед/л, ЩФ – 350 Ед/л (N – 70-140).

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

3. Выделить факторы риска.

4. Определить группу риска.

Задача №2. Диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая. Морфофункциональная незрелость. Конъюгационная желтуха. Церебральная ишемия II степени. Синдром угнетения ЦНС. ЗВУР по гипотрофическому типу Iстепени.

Мальчик Д., 3-х дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение».

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего женщина лечилась в стационаре. Роды на 38 неделе. 1-ый период 15 часов, 2-ой – 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51.см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен сразу. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% – 0,3 мл., внутрь назначена эпсилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричные в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе – ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, дистоничный мышечный тонус, при нагрузке появляется тремор рук.

Общий анализ крови: гемоглобин - 180 г/л, эритроциты - 5,4х1012/л, цветовой показатель - 0,94, тромбоциты - 310,0х109/л, лейкоциты - 5,9х109/л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 51%, лимфоциты - 38%, моноциты - 8%, СОЭ - 2 мм/час

Время кровотечения по Дюке – 2 минуты

Время свертывания по Бюркеру: начало – 3,5 минуты, конец – 7 минут

Коагулограмма:

каолиновое время 100″ (норма – 40-60″ )

АЧТВ 90″ (норма – 40-60″ )

протромбиновое время по Квику 16″ (норма – 12-15″ )

тромбиновое время 30″ (норма – 28-32″)

протромбиновый комплекс 25%

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой - 196 мкмоль/л, прямой – нет; мочевина - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АСТ - 38 Ед/л, АЛТ - 42 Ед/л.

Нейросонограмма: Рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм.

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

3. Выделить факторы риска.

4. Определить группу риска.

Задача №3. Диагноз: Родовая травма периферической нервной системы. Травматическое повреждение левого плечевого сплетения. Проксимальный тип Дюшена-Эрба (С5-С6).

Мальчик Б. поступил в стационар в возрасте 5 дней.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды своевременные, осложнились слабостью родовой деятельности, проводилась родостимуляция окситоцином. 1-й период - 10 часов, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 12 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4150 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения отмечается повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, асимметрия мышечного тонуса, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение: 1% раствор викасола 1 мг/кг/сут. На 5-е сутки жизни для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые с мраморным рисунком. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. В неврологическом статусе – окружность головы 37 см, большой родничок 2х2 см. Рефлексы новорожденных орального автоматизма живые, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. Рефлексы защитный, опоры, автоматической походки, ползания и спинальные рефлексы вызываются.

Общий анализ крови: Hb - 221 г/л, Эр - 6,5х1012/л, Ц.п. - 0,97, Лейк - 8,2х109/л, п/я - 6%, с/я - 56%, э - 1%, б - 1%, л - 30%, м - 6%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин непрямой -98 мкмоль/л, прямой – нет, мочевина - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций++ - 1,05 ммоль/л.

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

3. Выделить факторы риска.

4. Определить группу риска.

Задача №4. Диагноз: Пузырчатка новорожденных, доброкачественная

Ребенок М., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды своевременные. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен сразу после рождения, сосал активно. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-е сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 6-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°С. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются единичные полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 2 см с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов – эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая. Слизистые розовые, чистые. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.

Общий анализ крови: Hb - 180 г/л, Эр - 5,5х1012/л, Ц.п. - 0,99, тромб – 270 х109/л, Лейк - 17,2х109/л, метамиелоциты – 3%, п/я - 13%, с/я - 57%, э - 1%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л, билирубин непрямой –51 мкмоль/л, прямой – нет, мочевина - 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций общий – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л.

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

3. Выделить факторы риска.

4. Определить группу риска.

Задача №5. Диагноз: ГБН, обусловленная несовместимостью по системе АВ0, желтушная форма, средняя степень тяжести.

Мальчик А., 4-х дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови.

1-ая беременность закончилась медицинским абортом при сроке 10 недель. Настоящая беременность 2-я, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. В возрасте 6 часов отмечена иктеричность кожных покровов. На 2-е сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести, иктеричность кожных покровов и склер. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1 см. Стул переходный.

Общий анализ крови: Hb - 141 г/л, Эр - 3,9х1012/л, Ц. п - 0,99, Лейк 9,4х109/л, нейтрофилы: п/я - 7%, с/я - 53%; э - 1%, л - 32%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час

Биохимический анализ крови на 2-ой день жизни: общий белок - 54,4 г/л, билирубин: непрямой - 160 мкмоль/л, прямой – нет

Задание:

1. Современные принципы профилактики данной патологии.

2. Составьте план реабилитации данного больного.

3. Выделить факторы риска.

4. Определить группу риска.

**Тема 2. Физическое развитие, нервно-психическое развитие детей, периоды детства.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1. Показатели нервно-психического развития, характерные для здорового ребенка 3-х месяцев:

1) громко смеется

2) отличает чужих от близких

3) начинает гулить

4) отчетливое слуховое сосредоточение

5) фиксация взгляда на предмет

2. Начало подготовительного этапа формирования речи:

1) 1 месяц

2) 2-4 месяца

3) 4-6 месяцев

4) 6-8 месяцев

5) 8-9 месяцев

3. К какому возрасту у ребенка исчезает рефлекс Бабинского?

1) к 6 месяцам

2) к 8 месяцам

3) к 1 году

4) к 2 годам

5) к 6 годам

4. Показатели психомоторного развития, характеризующие ребенка в возрасте 6 месяцев:

1) подползает к игрушке

2) произносит слоги

3) берет пищу губами с ложки

4) самостоятельно стоит

5) отличает цвета

5. Показатели психомоторного развития, характеризующие ребенка в возрасте 8 месяцев:

1) самостоятельно садится

2) громко произносит слоги

3) пытается рисовать

4) самостоятельно держит в руках сухарик

5) ходит, держась за опору

6. Уровень движений у ребенка 1 года 3 месяцев:

1) переступает препятствия высотой 10-14 см, чередующимся шагом;

2) ходит долго, меняет положение (приседает, наклоняется);

3) приставным шагом перешагивает через несколько препятствий;

4) умеет ходить по поверхности шириной 15-20 см;

5) преодолевает препятствия, чередуя шаг.

7. Уровень сенсорного развития ребенка 2 лет:

1) подбирает по образцу предметы 4 цветов;

2) находит предметы по предлагаемомуцве-ту;

3) называет 4 основных цвета;

4) списывает предлагаемые картинки;

5) рассказывает действия персонажей сказки.

8. Ребенку 2 года 6 месяцев:

1) строит предложения из 3-х и более слов;

2) начинает употреблять сложные предложения;

3) пользуется лепетом и облегченными словами;

4) декламирует короткие стихи;

5) исполняет короткие песенки.

9. Какова нормальная частота дыхания у здорового новорожденного?

1) 10-15 в минуту

2) 20-30 в минуту

3) 40-60 в минуту

4) 70-80 в минуту

10. Окружность головы равна окружности грудной клетки ребенка:

1) при рождении;

2) в 4 месяца;

3) в 6 месяцев;

4) в 9 месяцев;

5) в 12 месяцев.

11. Выберите два верных утверждения относительно функционирования сальных желез у детей первых месяцев жизни:

1) в этом возрасте сальные железы отсутствуют;

2) распространены по всей поверхности тела;

3) начинают функционировать сразу после рождения;

4) начинают функционировать уже внутриутробно;

5) представлены только на лице.

12. Каковы четыре физиологические особенности кожи детей раннего возраста?

1) легкая ранимость;

2) совершенство местной терморегуляции;

3) склонность к мацерации;

4) склонность к шелушению;

5) высокая резорбция.

13. Выберите два верных утверждения относительно физиологических особенностей мышечной системы у новорожденного ребенка:

1) преобладает тонус мышц-сгибателей;

2) преобладает тонус мышц-разгибателей;

3) во время сна мышцы расслабляются;

4) во время сна мышцы не расслабляются;

5) чувствительность к электрическому току повышена.

14. Каковы особенности детского скелета? Выберите три правильных ответа.

1) интенсивное кровоснабжение;

2) надкостница тонкая;

3) большая толщина надкостницы;

4) волокнистый тип строения;

5) пластинчатый тип строения.

15. Большой родничок закрывается к:

1) 1 месяцу жизни;

2) 3 месяцам;

3) 6 месяцам;

4) 12- 18 месяцам;

5) 24 месяцам.

**Устный опрос**

1. Понятие о физическом развитии ребенка.
2. Факторы, определяющие физическое развитие детей (внутриутробные, постнатальные). Показатели и формулы для ориентировочной оценки физического развития ребенка. Методика антропометрических измерений (длины, массы тела, окружности головы и груди).
3. Оценка физического развития.
4. Анатомо-физиологические особенности нервной системы: головной мозг, спинной мозг, миелинизация нервных волокон, развитие условно-рефлекторной деятельности.
5. Методика исследования нервной системы: осмотр, крик, двигательная активность, мышечный тонус, рефлексы.
6. Психомоторное развитие ребенка.

**Реферативное сообщение**

1. Значение физического развития в профилактической педиатрии.
2. Показатели физического развития (обязательные и дополнительные), их возрастная динамика.
3. Биологическая зрелость детей. Факторы, влияющие на ФР. Основные законы роста детей.
4. Типы конституции.
5. Понятие об акселерации детей.

**Решение ситуационных задач**

ЗАДАЧА № 1. Ребенку 9 месяцев, рост 71 см, масса 9150,0. Родился с массой 3100,0, длиной тела 50 см.

В настоящее время произносит отдельные слоги, повторяет их различными интонациями, знает своих близких, выполняет несложные задания по просьбе взрослого: “ладушки”, “дай ручку”, “до свидания”. Не ползает. Пытается встать в кроватке. Оцените физическое и нервно-психическое развитие.

ЗАДАЧА № 2. Определите возраст ребенка.: масса ребенка 17 кг, рост 103 см. называет предметы по картинке, умеет группировать предметы по классам (животные, птицы, машины), речь фразовая. Танцует, прыгает, поднимается и опускается по лестнице чередующимся шагом. Самостоятельно одевается, иногда застегивает пуговицы без помощи взрослого. С помощью пластилина, карандаша изображает простые предметы и называет их. Стихи запоминает довольно быстро. Общительный, играет с детьми, не ссорясь. В постель ночью не мочится.

ЗАДАЧА № 3. Оцените нервно-психическое развитие ребенка 7 месяцев, имеющего следующие показатели: сидит самостоятельно, поворачивается с живота на спину, не ползает. Берет игрушки из различных положений, перекладывает игрушки из одной руки в другую. Различает строгую и ласковую интонацию обращенной к нему речи, узнает голос матери. Произносит отдельные слоги многократно, на вопрос “где” не может найти предмет, лежащий в определенном месте; пьет из чашки, которую держит взрослый, берет пищу губами с ложки при кормлении.

ЗАДАЧА № 4. Оцените нервно-психическое развитие ребенка:

Ребенку 2 года. Умеет частично одеваться и раздеваться с небольшой помощью взрослого, умеет пользоваться горшком. Отвечает на вопросы взрослого при рассматривании картинки, пользуется отдельными словами, изредка – двухсловными предложениями. Подвижный, преодолевает препятствия, чередуя шаг. Умеет ходить по поверхности шириной 15-20 см на высоте 15 см над полом. Играя, воспроизводит ряд логически связанных действий. Различает три разных по величине предмета. Цвета не различает.

**Тема 3. Питание детей разного возраста.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1. Дополнить:

Вскармливание ребенка первого года жизни молоком матери называется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

2. Выбрать правильный ответ

Сколько раз в сутки нужно кормить ребенка первого месяца жизни:

1) 4 2) 5 3) 6 4) по первому требованию

3. Дополнить:

Дополнительное питание искусственными молочными смесями при недостаточном количестве грудного молока называется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4. Установить соответствие

Для расчета количества молока новорожденному на первой неделе жизни используются формулы:

1) суточный объем

2) разовый объем

а) 10 х n

б) 70 (80) х n

5. Установить соответствие

Возраст:

1) 2 нед.– 6 нед.

2) 6 нед. – 4 мес.

3) 4 мес. – 6 мес.

4) 6 мес. – 12 мес.

Суточный объем питания:

а) 1/7 от массы тела

б) 1/6 от массы тела

в) 1/5 от массы тела

г) 1 л

6. Перечислить блюда прикорма:

1) овощное пюре

2) каша

3) цельное коровье молоко

4) кефир

5) сметана

6) творог

7. Выбрать правильный ответ

Смешанным вскармливанием называется питание ребенка первого года, когда наряду с женским молоком ребенок получает докорм в виде:

1) фруктового пюре

2) овощного пюре

3) донорского молока

4) искусственных молочных смесей

5) фруктовых и овощных соков

8. Дополнить

Постепенное введение продуктов питания ребенку 1-го года жизни наряду с вытеснением женского молока называется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

9. Установить соответствие

Указать среднее число кормлений за сутки в зависимости от возраста.

Возраст:

1) до 1 мес.

2) 1 – 5 мес.

3) второе полугодие

Число кормлений:

а) 7 – 8

б) 6 – 7

в) 6

г) 5

д) 4

е) 3

10. Дополнить

Сниженная секреторная способность молочных желез называется \_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Выбрать правильный ответ

Оптимальные сроки первого прикладывания к груди здорового новорожденного ребенка:

1) через 12 часов после рождения

2) через 8 часов после рождения

3) в первый час после рождения

4) через 9 часов после рождения

5) через 24 часа после рождения

Выбрать правильные ответы

12. Ночные кормления новорожденного ребенка грудью матери:

1) не рекомендуются

2) рекомендуются

3) способствуют установлению длительной лактации

4) уменьшают лактацию, т.к. Нарушается сон матери

13. Правила введения прикорма:

1) давать после кормления грудью

2) давать из бутылочки с соской

3) начинать с малого количества

4) постепенно увеличивать объем нового блюда

5) постепенно увеличивать густоту блюда

6) не давать одномоментно два новых продукта

Выбрать правильный ответ

14. Для кормления ребенка первого года жизни в качестве прикорма следует от-дать предпочтение:

1) кашам домашнего приготовления

2) кашам промышленного производства, обогащенным витаминами и минеральными веществами

15. Для приготовления каши промышленного производства необходимо:

1) сухое вещество разбавлять теплой водой без термической обработки

2) после разведения кипяченой водой кашу довести до кипения.

16. Сведения об антенатальном периоде развитияобязательно выясняются при обследовании детей возраста

а) ясельного

б) любого

в) дошкольного

г) подросткового

17. К факторам, влияющим на развитие системнойгипоплазии эмали постоянных зубов, относят

а) болезни ребёнка после рождения, нарушение режима питания ребёнка

б) болезни матери во II половине беременности

в) множественные поражения молочных зубов осложнённым кариесом

г) болезни матери в I половине беременности

18. Какие факторы женского молока способствуют снижению инфекционной заболеваемости детей?

а) казеин

б) гормоны

в) иммуноглобулины

г) железо

19. При глубоком дефиците биотина у грудных детей возникает синдром

а) Лейнера

б) Кешана

в) Вильсона-Коновалова

г) Корсакова-Вернике

20. Кровоточивость десен при чистке зубов возникает в результате дефицита в рационе витаминов

а) С и биофлавоноидов

б) РР и Е

в) С и Е

г) А и биофлавоноидов

21. Кальций из молока усваивается на (%)

а) 98

б) 68

в) 88

г) 58

22. Особенность молочного жира

а) частично эмульгированное состяние

б) наличие омега-3 жирных кислот

в) отсутствие холестерина

г) отсутствие короткоцепочечных жирных кислот

23. Основным белком молока является

а) казеин

б) оведин

в) альбумин

г) глобулин

24. Мясо содержит биодоступный минеральный элемент

а) железо

б) марганец

в) кальций

г) магний

25. Белок рыбы

а) полноценен

б) имеет дефицит метионина

в) имеет дефицит триптофана

г) имеет дефицит лизина

26. Рыбу обычно рекомендуют включать в рацион

а) 2 раза в неделю

б) 1 раз в неделю

в) через день

г) ежедневно

27. Пищевой статус является комплексом показателей

а) отражающим адекватность фактического питания реальным потребностям человека

б) фактического питания и физического развития организма

в) физического развития

г) фактического питания

28. Лечебно-профилактическим питанием является

а) рациональное питание, построенное с учётом метаболизма ксенобиотиков

б) пищевой рацион с учётом заболеваний (атеросклероз, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, патология органов пищеварения)

в) рациональное питание здорового человека

г) питание, построенное на рекомендациях жизнедеятельности человека в обычных условиях

**Устный опрос**

1. Потребность ребенка в энергии, пищевых веществах, витаминах и минеральных веществах при естественном, искусственном и смешанном вскармливании.
2. Сравнительный состав женского и коровьего молока.
3. Определения естественного, искусственного и смешанного вскармливания.Правила проведения искусственного и смешанного вскармливания.
4. Понятие прикорма. Показания к введению прикорма.Техника введения прикорма.Блюда и сроки введения прикорма
5. Составление рационов питания детям первого года жизни, находящимся на грудном вскармливании.Критерии эффективности вскармливания
6. Организация питания детей раннего дошкольного и школьного возраста. Принципы рационального питания. Профилактика гиповитаминозов.

**Ситуационные задачи**

ЗАДАЧА № 1. Составить рацион питания ребенку 5 мес. на естественном вскармливании. Родился с массой 3000,0, длиной тела 51 см.

ЗАДАЧА № 2. Ребенок родился с массой 3300 г., длиной тела 52 см. В настоящее время ему 8 мес., находится на естественном вскармливании. Составить рацион питания. Указать потребность ребенка в белке, жирах, углеводах, энергии.

ЗАДАЧА № 3. Ребенок родился с массой 2700г., длиной тела 48 см. Находится на естественном вскармливании. В настоящее время ему 9 месяцев.

Рассчитать:

1) долженствующую массу ребенка

2) указать его потребность в белке, жирах, углеводах и калориях.

**Модуль 3 Профилактика заболеваний младшего возраста**

**Тема 1. Профилактика фоновых заболеваний у детей (рахита, гипотрофии, анемии, аномалии конституции).**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1. Экссудативный диатез в анамнезе характерен при

а) атопическом (экзематозном) хейлите

б) афтах беднара

в) инфекционном хейлите

г) сифилисе

2. Уровень кальция в сыворотке крови детей грудного

Возраста составляет (ммоль/л)

а) 2,5-2,8

б) 1,2-2,0

в) 2,8-3,2

г) 2,0-2,2

3. При судорожном синдроме у детей со спазмофилией

Показано введение

а) кальция глюконата

б) неостигминаметилсульфата

в) лидокаина

г) метамизола натрия

4. Дети раннего возраста, перенесшие рахит 1 и 2 степени тяжести, относятся к группе здоровья

а) II

б) I

в) III

г) IV

5.дефицит массы при третьей степени постнатальной гипотрофии составляет (%)

а) более 30

б) 20-30

в) 10-15

г) 15-20

6. Дефицит массы при 1 степени постнатальной гипотрофии составляет (%)

а) 10-20

б) 5-10

в) 20-30

г) 30-40

7. При гипотрофии 2 степени подкожно-жировой слой у детей сохраняется только на

а) лице

б) туловище

в) животе

г) верхних конечностях

8. Критерием развития железодефицитной анемии у детей от 6 месяцев до 5 лет по нормативам воз (по венозной крови) является снижение гемоглобина менее (г/л)

а) 110

б) 100

в) 120

г) 90

9. Для анемии 1 степени характерно снижение гемоглобина до (г/л)

а) 90-100

б) 110-120

в) 70-80

г) 50-60

10. Прорезывание молочных зубов заканчивается к:

а) 1 году

б) 2 годам

в) 2,5 годам

г) 3 годам

11.Какой из нижеперечисленных факторов не имеет значения в развитии железодефицитной анемии у детей первого года жизни?

а) гемолиз эритроцитов у новорожденного

б) недостаточное поступление железа с пищей

в) солнечная инсоляция

г) использование в прикорме продуктов, бедных железом

12. Какая из перечисленных причин чаще других вызывает судорожный синдром у недоношенных детей?

а) внутричерепная родовая травма

б) асфиксия

в) пренатальное поражение ЦНС

г) обменные нарушения (гипогликемия, гипокальциемия)

13. Условием, при котором возможно возникновение Д-гипервитаминоза, является приём

а) больших доз витамина Д

б) большого количества обычного рыбьего жира

в) большого количества печени морских рыб

г) больших доз аскорбиновой кислоты

**Устный опрос**

1. Рахит. Этиология, патогенез, классификация.
2. Особенности клинической картины и течения современного рахита. Факторы риска. Принципы лечения и профилактики. Прогноз.
3. Гипервитаминоз D (клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз). Факторы риска и профилактика.
4. Железодефицитная анемия. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина. Факторы риска. Принципы лечения и профилактики. Реабилитационные мероприятия.

**Реферативные сообщения**

1. Современный подход к профилактике рахита
2. Современный подход к профилактики анемии
3. Современный подход к профилактики аллергических заболеваний у детей с ЭКД
4. Современный подход к профилактики заболеваний ОДА у детей с метаболическим диатезом
5. Современный подход к профилактики ОРИ у детей с лимфатической конституцией

**Ситуационные задачи**

ЗАДАЧА № 1.

К участковому педиатру обратились с Надей К. шести месяцев с жалобами на бледность, вялость, снижение аппетита.

Из анамнеза выяснено, что девочка родилась от пятой беременности, вторых срочных родов массой 3500 г длиной тела 55 см. Настоящая беременность протекала с угрозой выкидыша, токсикозом I и II половины. Во время беременности мать перенесла пневмонию (23 недели), анемию (34 недели).

Работает на производстве, где имеются химические красители. Первые три беременности закончились искусственным прерыванием, четвёртая - срочными родами. Оценка ребёнка по шкале Апгар – 7-8 баллов. Девочка закричала через 1 минуту. К груди приложена на вторые сутки. Выписана из роддома на 7-й день.

Период новорождённости протекал без особенностей. На грудном вскармливании девочка находилась до 1 месяца, после чего переведена на искусственное (у матери пропало молоко). Мать воспитывает детей одна. Семья живёт в комнате общежития. Режим проветривания не соблюдается. Материальный достаток семьи на 1 человека ниже минимального прожиточного минимума. Фруктовые соки и пюре введены в 4 месяца, давались нерегулярно. Прогулки на свежем воздухе не более 1 часа в день. Гигиенические ванны – 1 раз в неделю. Массаж и гимнастика не проводились. В возрасте 2-х месяцев девочка перенесла пневмонию и кишечную инфекцию, лечение получала в стационаре в течение 2-х месяцев. В 4 месяца заболела ОРВИ, осложнившейся обструктивным бронхитом. Лечение проводилось дома.

Со слов мамы, в настоящее время получает следующее питание:

6.00 - цельный кефир - 200 мл

10.00 - 10 % манная каша - 200 мл

14.00 - 10 % рисовая каша - 200 мл

18.00 - цельный кефир - 200 мл

22.00 - цельный кефир - 200 мл

При осмотре выявлено состояние средней тяжести, вялость, адинамия, плаксивость. Аппетит резко снижен. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Снижена эластичность кожи. Ушные раковины имеют восковой оттенок. Слизистые бледные, сухие. Обнаружены участки гиперпигментации кожи в области шеи. Волосы тонкие и редкие. Язык влажный, обложен белым налётом, на кончике языка атрофия нитевидных сосочков. Тургор тканей и тонус мышц снижены.

Подкожно-жировой слой отсутствует на груди, животе, истончен на нижних и верхних конечностях. Масса тела – 6000 г, длина 62 см.

Дыхание пуэрильное. Тоны сердца учащены, 150 в 1 минуту. Систолический шум на верхушке. Живот несколько увеличен в объёме, мягкий. Печень выступает из-под рёберной дуги на 4 см, край мягко-эластичной консистенции. Селезёнка пальпируется на уровне 3 см из-под края рёберной дуги.

Получены следующие результаты анализов: эритроциты 2,8 х 10 12 /л; диаметр эритроцитов 6 микрон; микроцитоз +++; анизоцитоз +; пойкилоцитоз +; Нв – 70 г/л; цветовой показатель – 0,7; ретикулоциты – 4 %; тромбоциты – 290 х 10 /л; палочкоядерные – 4 %; сегментоядерные – 24 %; лимфоциты – 59 %; эозинофилы – 3 %; моноциты – 10 %; СОЭ – 7 мм/час.

Общая железосвязывающая способность сыворотки крови (ОЖСС) – 97 мкмоль/л. Уровень насыщения трансферрина железом – 15 %. Общий белок – 50 г/л; альбумины – 38 %; глобулины – 59 %; А/Г коэффициент – 0,6. Железо сывороточное – 7,0 мкмоль/л; гематокрит – 0,25 л/л; билирубин общий – 1,97 мкмоль/л; непрямая фракция – 1,7 мкмоль/л; прямая фракция – 0,27 мкмоль/л.

Задание:

1. Назовите неблагоприятные факторы в анамнезах ребёнка.

2. Составьте план профилактических и реабилитационных мероприятий

ЗАДАЧА № 2

Ребенок 3 мес. со слов мамы поступил в стационар с жалобами на беспокойство, потливость. Из анамнеза: ребенок от II беременности, беременность протекала с гестозом I и II половины. Роды срочные, стремительные. Масса при рождении 2700г, длина –48 см. К груди приложена на первые сутки, выписана на 5-е сутки. Ребенок находится на естественном вскармливании, соки и витамин Д не получает. На прогулки не выходили. Прибавка в массе за 1-ый мес. - 700г, за 2-й- 800г., за 3-ий – 700г. В возрасте 14 дней ребенок перенес пиодермию. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Беспокойна, потлива. Бледность кожных покровов. Отмечается размягчение краев большого родничка, краев сагитального шва. Тоны сердца ритмичные, учащены. В легких перкуторно легочный звук. Живот мягкий, безболезненный. Отмечается выраженная мышечная гипотония нижних конечностей. Стул и мочеиспускание не нарушены. Анализ крови: Нв- 140 г/л, эр. 4,7 х1012/л, ЦП- 0,9, лейк. - 8,2 х1012/л, п-1, С-29, л-66, м-4, СОЭ- 4 мм/час. Биохимические показатели: кальций- 1,2 ммоль/л, фосфор- 0,9 ммоль/л, щелочная фосфатаза- 400 ед. На рентгенограмме лучезапястных суставов отмечаются неровные, «размытые» метафизы, участки остеопороза. Копрограмма, ОАМ – в норме.

Задание:

1.Проведите предварительную диагностику основных клинических синдромов.

2. Выделите факторы риска

3. Составьте план профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Реферативные сообщения**

1. Особенности фосфорно-кальциевого обмена у детей при рахите
2. Современные препараты для профилактики и лечения рахита
3. Обмен железа в организме.
4. Профилактика дефицита железа у детей.
5. Современные препараты железа.

**Модуль 4 Профилактика заболеваний старшего возраста**

**Тема 1. Профилактическая пульмонология.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1. С помощью пикфлоуметра измеряется

а) максимальная (пиковая) скорость выдоха (PEF)

б) жизненная емкость легких

в) остаточный объем легких

г) общая емкость выдоха

2. Обструктивным легочным заболеванием является

а) бронхиальная астма

б) эозинофильная пневмония

в) фиброзирующийальвеолит

г) экзогенный аллергический альвеолит

3. При тяжелой бронхообструкции у детей частым осложнением является

а) ателектаз

б) пиоторакс

в) абсцесс

г) напряженный пневмоторакс

4. К показателям тяжести пневмонии относят

а) степень дыхательной недостаточности

б) температуру

в) кашель

г) локализованные хрипы

5. Причиной экспираторной одышки является

а) бронхиальная обструкция

б) ларингит

в) фарингит

г) трахеит

6. При тяжелой бронхообструкции у детей частым осложнением является

а) ателектаз

б) пиоторакс

в) абсцесс

г) напряженный пневмоторакс

7. При повышении температуры тела у ребёнка выше 38,5 назначается ибупрофен из расчета на 1 приём (мг/кг)

а) 5-10

б) 1-2

в) 3-4

г) 12-15

8. При повышении температуры тела у ребёнка выше 38,5 назначается парацетамол из расчета на 1 приём (мг/кг)

а) 10-15

б) 5

в) 8

г) 20

9. Признаками, характерными для пневмонии, являются все ниже перечисленные, кроме:

а) укорочение перкуторного звука на стороне поражения

б) ослабленное дыхание на стороне поражения

в) совпадение локализации хрипов с местом укорочения перкуторного звука

г) наличие рассеянных хрипов с обеих сторон

10. Соотношение частоты дыхания и пульса у ребёнка в возрасте 1 года:

а) 1 : 2;

б) 1 : 3;

в) 1 : 3,5;

г) 1 : 4.

11. Обструкции лёгких у детей способствуют перечисленные анатомо-физиологические особенности органов дыхания, кроме:

а) узкие воздухоносные пути;

б) экспираторное строение грудной клетки;

в) диафрагмальный тип дыхания;

г) носовое дыхание;

д) мягкость хрящей гортани, трахеи, бронхов.

12. Основной путь распространения инфекции при острой пневмонии:

а) бронхогенный;

б) гематогенный;

в) лимфогенный;

г) кишечный;

д) нейрогенный.

13. Какой из возбудителей играет ведущую роль в этиологии пневмонии заболевших дома:

а) пневмококк;

б) стафилококк;

в) кишечная палочка;

г) клебсиелла;

д) вульгарный протей

**Устный опрос**

1. Морфофункциональные особенности детей разного возраста с патологией дыхательной и иммунной систем.
2. Принципы организации медицинской помощи пациентам с бронхолегочной патологией.
3. Критические периоды становления иммунной системы у детей. Понятие об иммунодефиците.
4. Бронхиты, бронхоэктазия, бронхиолиты, альвеолиты. Пороки развития бронхолегочной системы. Этиология, патогенез, классификация.
5. Особенности клинической картины острого простого бронхита, острого обструктивногобронхита.Принципы лечения и профилактики бронхитов.
6. Острая пневмония. Муковисцидоз. Этиология, патогенез.Классификация пневмонии.
7. Принципы лечения и профилактики, прогноз.
8. Профилактика и реабилитация. Национальный календарь вакцинации
9. Диспансеризация, реабилитация и профилактические мероприятия у детей с аллергическими заболеваниями

**Реферативное сообщение**

1. Бронхообструктивный синдром.
2. Иммуномодуляторы в практике врача-педиатра.
3. Противокашлевые препараты.
4. Муковисцидоз.
5. Профилактика пневмоний.

**Ситуационные задачи**

ЗАДАЧА № 1.Ребёнок 2-х месяцев заболел остро с повышения температуры до 38 0С, кашля, насморка. В течение следующих 3-х дней состояние ухудшалось, кашель стал приступообразным, снизился аппетит, больной стал беспокойным. Наблюдался периоральный цианоз, акроцианоз, «оральная» крепитация, втяжение уступчивых мест грудной клетки. Дыхание составляло 72 в 1 минуту. Перкуторный звук с коробочным оттенком, масса мелких влажных хрипов с обеих сторон.

1. Ваш предположительный диагноз?

1) Обструктивный бронхит.

2) Острый простой бронхит.

3) Пневмония.

4) Бронхиолит.

2. Для уточнения диагноза необходимы:

1) общий анализ крови;

2) исследование кислотно-щелочного состояния крови;

3) рентгенограмма лёгких;

4) бронхоскопия.

3. 1. Программа реабилитации. 2. Профилактика. 3. Группа здоровья. 4. Факторы риска.

ЗАДАЧА № 2. Больной В., 2 года 8 мес., поступил в приемное отделение с жалобами на кашель, повышение температуры до 37,5, одышку.

Анамнез заболевания: болен в течение 3 дней, когда на фоне повышения температуры до 37,8°С появился сухой кашель и насморк. Мама лечила ребенка самостоятельно (жаропонижающие препараты и отхаркивающие травы). Через два дня состояние его ухудшилось, появилась выраженная одышка, свистящее дыхание, беспокойство, в связи с чем родители обратились к врачу. Подобная одышка отмечалась ранее неоднократно, полгода назад, на фоне ОРЗ.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне гестоза 1-й половины. Роды срочные, с массой 3200 г, длиной тела 51 см. Рос и развивался соответственно возрасту. Аллергологический анамнез не отягощен. Проф. прививки проведены по графику. Родители практически здоровы.

Объективно: состояние средней тяжести. Ребенок возбужден. Кожные покровы чистые, температура тела 37,2°С. Цианоз носогубного треугольника, гиперемия зева. Грудная клетка обычной формы, заметно участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Дыхание свистящее, перкуторный звук с тимпаническим оттенком, дыхание 50 в минуту. Аускультативно на фоне удлиненного выдоха выслушиваются диффузные сухие свистящие хрипы с обеих сторон, разнокалиберные влажные хрипы по всем полям. Границы сердца не расширены, тоны ритмичные, приглушенные, до 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Стул оформлен, регулярный, диурез свободный.

Гемограмма: эритроциты 4,1х10 12/л, гемоглобин 118 г/л, лейкоциты З,8х10 9 /л, эозинофилы 2%, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 29%, лимфоциты 51%, моноциты 50%, СОЭ 15 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки отмечается повышение прозрачности легочной ткани.

Задание: 1. Программа реабилитации. 2. Профилактика. 3. Группа здоровья. 4. Факторы риска.

**Тема 2. Профилактическая аллергология.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1.Патогенез каких заболеваний основан на анафилактических реакциях?

1) поллиноз

2) крапивница

3) хронические неспецифические заболевания легких

4) гиперплазия тимуса

5) сахарный диабет

2.Какие препараты относятся к базисной противовоспалительной терапии при астме:

1) ингаляционные кортикостероиды

2) антагонисты лейкотриеновых рецепторов

3) пролонгированные -агонисты

4) антагонисты кальция

3.Проявления атопического дерматита чаще провоцируются:

1) холодной погодой

2) горячей водой

3) расчесыванием

4) пищевыми аллергенами

5) инфекциями

4. Характерными признаками для сенсибилизации к бытовым аллергенам являются:

1) умеренная эозинофилия

2) аллергические проявления появляются, как правило, весной

3) аллергические проявления могут проходить при перемене места жительства

4) аллергические проявления могут возникать после уборки в квартире

5) сочетание с пищевой аллергией

5. Характерными признаками для аллергизации пыльцевыми аллергенами являются:

1) высокая эозинофилия

2) сезонность с частыми обострениями весной и летом

3) аллергия чаще всего проявляется в виде риноконъюнктивального синдрома 4) аллергия чаще всего проявляется в виде дерматитов

5) обострения провоцируются гипервентиляцией

6. Аллергический ринит чаще бывает обусловлен сенсибилизацией:

1) пыльцой растений

2) солями яжелых металлов

3) антигенами бактериальных капсул

4) бытовой пылью

5) пищевыми аллергенами

7. Какие из приведенных фактов будут верны для бронхиальной астмы:

1) если болеют оба родителя, риск заболевания ребенка более 50%

2) конкордантность у монозиготных близнецов 100%

3) у сельских жителей возникает чаще, чем у городских

4) если болеет только отец – риска для ребенка практически нет

5) заболевание передается воздушно-капельным путем

8. Факторы риска для потенциально смертельной астмы включают:

1) наличие выраженного аллергического компонента

2) приступы провоцируются физической нагрузкой

3) гормональная зависимость

4) астматические статусы в анамнезе

5) астма сочетается с тяжелым аллергодерматозом

9. Опасность развития астматического состояния связана с:

1) началом астмы в раннем возрасте

2) наличием в роду больных аллергическими заболеваниями

3) астматическими статусами в анамнезе

4) передозировкой ингаляционных 2-адреномиметиков

5) поздним назначением системных глюкокортикоидов

10. Повышают риск развития бронхиальной астмы:

1) наличие астмы в семейном анамнезе

2) атопический дерматит в первые годы жизни

3) проживание в сельской местности

4) курение в семействе

5) преждевременное половое созревание

**Устный опрос**

1. Патогенез основных аллергических реакций. Особенности реагинового, цитотоксического и иммунокомплексного повреждения.
2. Анафилактический шок, этиология, патогенез,клиническая карти на.
3. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
4. Отек Квинке (этиология, патогенез, клиническая картина, лечение и профилактика).
5. Крапивница (этиологию и патогенез, симптоматология, принципы лечения).
6. Факторы риска развития аллергических заболеваний у детей
7. Профилактика и реабилитационные мероприятия при аллергозах у детей

**Решение ситуационных задач**

Задача №1. Диагноз: Респираторный аллергоз. Поллиноз, риноконъюктивная форма.

Мальчик 5 лет осмотрен педиатром в связи с жалобами на выделения из носа и чихание.

Анамнез заболевания: ребенок заболел 2 года назад, когда в апреле появились сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, покраснение глаз. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное дыхание. В середине июня симптомы заболевания прекратились.

Из семейного анамнеза известно, что мать ребенка страдает бронхиальной астмой; у самого больного до трехлетнего возраста отмечались проявления атопичексого дерматита.

При осмотре: мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, больной почесывает нос, чихает. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктива гиперемирована, слезотечение. Частота дыхания 22 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Клинический анализ крови: Нb – 112 г/л, эр – 3,2х1012/л, лейк – 7,2х109/л, п/я – 3%, с/я –34%, л – 50%, э – 12%, м – 5%, СОЭ – 5 мм/час.

Скарификационные кожные тесты: резко положительные (+++) с аллергенами ольхи, орешника, березы.

Задание: 1. Программа реабилитации. 2. Профилактика. 3. Группа здоровья. 4. Факторы риска.

Задача 2. Диагноз: Бронхиальная астма, атопическая, средне-тяжелое персистирующее течение. Период обострения, приступ средней тяжести. ДН I-II степени. Атопический дерматит, локализованная форма, обострение.

Участковый врач посетил на дому девочку 6 лет по активу, полученному от врача неотложной помощи. Ребенок жалуется на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. С 2 месяцев на искусственном вскармливании. До 1 года страдала атопическим дерматитом. После года отмечалась аллергическая сыпь после употребления в пищу шоколада, клубники, яиц. Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка.

Анамнез заболевания: в возрасте 3 и 4 года, в мае за городом у девочки возникали кратковременные приступы удушья, которые самостоятельно купировались при возвращении в город. Настоящий приступ возник в гостях при контакте с кошкой. После лечебных мероприятий, проведенных врачом неотложной помощи, состояние улучшилось, передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Навязчивый сухой кашель. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в локтевых и коленных сгибах сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД –34 за 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно- масса сухих свистящих хрипов надо всей поверхностью легких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 92 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный.

Клинический анализ крови: Нb - 118 г/л, эр – 4,3х1012/л, лейк – 5,8х109/л, п/я – 2%, с/я –48%, л –28%, э – 14%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 100,0 мл, относительная плотность 1016, слизи – нет, лейкоциты- 3-4 в п/з, эритроциты- нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Задание: 1. Программа реабилитации. 2. Профилактика. 3. Группа здоровья. 4. Факторы риска.

Задача 3. Диагноз: Бронхиальная астма, атопическая, средней тяжести. Период обострения, приступ средней тяжести. Аденоиды II-III степени

Мальчик 5 лет поступил в стационар с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50см. С 4 месяцев на искусственном вскармливании. С 5 месяцев страдал атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался соответственно возрасту, интеркуррентными заболеваниями не болел.

После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 мес) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год). ОРВИ сопровождались навязчивым кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами в легких. При неоднократном рентгенологическом исследовании диагноз пневмонии не подтверждался. В 3 года во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола. В дальнейшем приступы повторялись каждые 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада и цитрусовых.

Семейный анамнез: у матери ребенка – атопический дерматит, у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма.

Настоящее заболевание началось 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°С отмечались насморк, чихание; затем присоединился приступообразный кашель, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°С, навязчивый сухой кашель. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая.Дыхание свистящее, выдох удлинен. ЧД –32 за 1 минуту. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: Нb - 120 г/л, эр – 4,6х1012/л, лейк – 4,8х109/л, п/я – 3%, с/я –51%, л –28%, э – 8%, м – 10%, СОЭ – 5 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 120,0 мл, прозрачность полная, относительная плотность 1018, лейкоциты- 2-3 в п/з, эритроциты- нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.

Задание: 1. Программа реабилитации. 2. Профилактика. 3. Группа здоровья. 4. Факторы риска.

**Тема 3. Профилактическая эндокринология.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1. Главными этиологическими факторами, ведущими к развитию сахарного диабета являются:

1. Вирусная инфекция.

2 .Бактерии.

3.Иммунологические нарушения в организме больного.

4. Генетический фактор.

2. Сахарный диабет у ребенка в грудном возрасте следует предполагать при обнаружении:

а) остановки прибавки или потере массы тела,

б) полифагии, жажды,

в) резко выраженных опрелостях, сухости кожи, фурункулезе,

г) наличии запоров,

д) судорог.

3. При проведении орального глюкозо-толерантного теста получены следующие показатели гликемии: утром натощак- 6 ммоль/л, через 2 часа - 8,9 ммоль/л. Ваше заключение:

а) норма,

б) нарушенная толерантность глюкозы,

в) сахарный диабет.

*4. Дополните недостающие слова в фразах:*

Поджелудочная железа состоит из экзокринной ткани, секретирующей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, эндокринной островковой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5. Для подтверждения диагноза сахарного диабета у ребенка важны следующие лабораторные данные:

1. Гипербилирубинемия

2. Гипергликемия.

3. Глюкозурия.

4. Ускоренная СОЭ.

5. Гиперкалиемия.

6. Положительная реакция мочи на ацетон.

7. Низкий удельный вес мочи.

6. Отметьте современные принципы инсулинотерапии:

А. многократные инъекции, комбинация пролонгированных и короткодействующих препаратов инсулина.

Б. многократные инъекции короткодействующего инсулина.

В. введение инсулина непосредственно перед едой.

Г. введение инсулина за 30-60мин. до еды.

Д. Однократное введение пролонгированного препарата инсулина.

Е. однократное введение комбинации препаратов пролонгированных и короткодействующих инсулинов.

7. Мальчик 9 лет 2 года болеет сахарным диабетом 1типа, потерял сознание в процедурном кабинете в поликлинике, куда пришел сдавать кровь натощак. Наиболее вероятный диагноз

а) гипогликемия

б) гипергликемия

в) черепно-мозговая травма

г) нарушение ритма сердца

8. Простой углевод, более сладкий, чем сахароза

а) фруктоза

б) глюкоза

в) мальтоза

г) лактоза

9. Наиболее сладкий по отношению к сахару подсластитель

а) тауматин

б) стевиозид

в) цикламаты

г) сахарин

10. Углеводы во фруктах и ягодах представлены

а) пищевыми волокнами и моно-дисахаридами

б) пищевыми волокнами и крахмалом

в) крахмалом и моно-дисахаридами

г) пищевыми волокнами и олигосахаридами

11. В растительных жирах (маслах), в отличие от животных жиров, присутствуют в значительном количестве

а) ПНЖК, фитостерины, токоферолы

б) холестерин, НЖК, МНЖК

в) лецитин, НЖК, карогиноиды

12. Сахарный диабет относится к заболеваниям

а) полигенным

б) моногенным наследственным

в) экологически обусловленным

г) социально обусловленным

13. К факторам риска развития сахарного диабета относят

а) ожирение

б) излишнюю физическую активность

в) употребление алкоголя

г) избыток пищевых волокон в рационе

14. Сахарный диабет 1 типа чаще встречается среди представителей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ расы

а) европеоидной

б) негроидной

в) монголоидной

г) смешанной

15. Чаще всего сахарный диабет 1 типа развивается после

а) перенесенных вирусных инфекций

б) стресса

в) отравления алкоголем

г) психической травмы

16. К возрастной группе риска для диабета 1 типа относятся

а) подростки 10-14 лет

б) дети 0-4 года

в) взрослые старше 45 лет

г) молодежь15-29 лет

17. Удельный вес сахарного диабета в структуре общей заболеваемости составляет (%)

а) 3-5

б) 0,5-1

в) 6-10

г) 10-15

18. Наиболее редко диагностируется сахарный диабет у

а) эскимосов

б) русских

в) индейцев Пима

г) сербов

19. При массовом обследовании населения с целью выявления сахарного диабета следует использовать

а) определение гликемии натощак

б) осмотр с целью выявления ангиопатии

в) определение глюкозурии

г) ультразвуковое обследование органов брюшной полости

20. К наследственному синдрому, не сочетающемуся с сахарным диабетом, относят

а) пернициозную анемию

б) болезнь Крона

в) аутоиммунный тиреоидит

г) алопецию

21.риск развития сахарного диабета 1 типа на протяжении жизни у представителя белой расы составляет (%)

а) 0,40

б) 1,50

в) 2,00

г) 5,30

22. Доля больных сахарным диабетом 1 типа в России (%)

а) 10

б) 20

в) 5

г) 50

23. Генетическим маркером сахарного диабета 1 типа из антигенов HLA является

а) DQA

б) ААА

в) B8

г) B15

**Устный опрос**

1. Эндокринопатии в детском возрасте.Факторы риска развития эндокринных заболеваний у детей: сахарного диабета, ожирения, патологии органов эндокринной системы.
2. Понятие о первичной, вторичной и третичной профилактики эндокринопатий у детей.
3. Реабилитационные мероприятия при эндокринных заболеваниях у детей 9сахарном диабете, ожирении, патологии щитовидной железы)

**Реферативное сообщение**

1. Дифференциальный диагноз различных типов СД.
2. Диагностика СД I типа.
3. Острые осложнения сахарного диабета. Причины развития. Клинико-лабораторные характеристики, принципы лечения.
4. Хронические осложнения СД. Причины развития. Клинико-лабораторные характеристики, принципы лечения и профилактики.

**Решение ситуационных задач**

ЗАДАЧА. Девочка 4 года. Рост 101 см, вес 36 кг. Из анамнеза: ребенок от I беременности, беременность протекала с гестозом I половины. Роды срочные, стремительные. Масса при рождении 4100 г, длина –53 см. К груди приложена на первые сутки, выписана на 5-е сутки. Ребенок на естественном вскармливании до 3-х месяцев. С 3-х переведена вскармливании коровьим молоком. С 4-х месяцев введены прикормы. С 1-го года ребенку в питание введен шоколад, газированные напитки. Наследственность со стороны матери отягощена по сахарному диабету 2 типа (болеет бабушка). Родители ребенка без избытка веса.

Задание:

1. Оцените физическое развитие

2. Выделите факторы риска

3. Составьте план профилактических мероприятий.

**Тема 4. Профилактическая нефрология.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1. Какая из перечисленных причин не имеет отношения к развитию пиелонефрита у детей?

а) снижение общего и местного иммунитета

б) нарушение уродинамики

в) нерациональное питание

г) наличие хронических очагов инфекции

2. Отеки при заболеваниях почек имеют следующие характеристики:

а) чаще локализуются на ногах

б) чаще локализуются на лице, стойкие

в) отличаются быстрой динамикой

г) больше выражены днем

3. Причиной развития острого гломерулонефрита могут быть

а) стрептококк

б) вирусы

в) белковые антигены (профилактические прививки)

г) все перечисленное

4. Основной субстрат поражения при остром гломерулонефрите:

а) сосудистый клубочек

б) канальцы

в) почечные лоханки

г) межуточная ткань

5.Хронические заболевания различных органов и систем в анамнезе характерны при

а) хроническом рецидивирующем афтозномстоматите (ХРАС)

б) травматических эрозиях

в) складчатом языке

г) афте Беднара

6. Фильтрационную функцию почек характеризует

а) клиренс эндогенногокреатинина (СКФ)

б) осмолярность мочи

в) относительная плотность мочи

г) уровень общего белка крови

7. Мочевой синдром при пиелонефрите характеризуется

а) лейкоцитурией с бактериурией

б) гематурией

в) протеинурией

г) кристаллурией

8. Острый постстрептококковый гломерулонефрит чаще развивается

а) через 7-14 дней после перенесенной стрептококковой инфекции

б) на высоте респираторного заболевания

в) через месяц после перенесенного респираторного заболевания

г) без связи с перенесенными заболеваниями

9. При гломерулонефрите у детей наиболее частым этиопатогенетическим механизмом воспаления является

а) иммунокомплексное

б) абактериальное токсико-аллергическое

в) аутоиммунное

г) бактериальное

10. Для купирования почечной колики в первую очередь показано введение

а) спазмолитиков

б) антибиотиков

в) анальгетиков

г) мочегонных препаратов

11. Режим в остром периоде гломерулонефрита должен быть

а) постельным

б) общим

в) палатным

г) полупостельным

12. Проведение цистоскопии у детей в экстренном порядке показано при

а) макрогематурии

б) острой задержке мочи

в) почечной колике

г) анурии

13. При гломерулонефрите поражается:

а) интерстициальная ткань почек;

б) клубочек;

в) канальцы, чашечно-лоханочный аппарат и интерстиций;

г) корковое и мозговое вещество мочевого пузыря;

д) слизистая оболочка мочевого пузырь

14. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом характеризуется:

а) умеренными отёками;

б) лейкоцитурией;

в) протеинурией;

г) азотемией;

д) гематурией, гиперлипидемией;

е) гипертонией.

15. При остром гломерулонефрите возможно развитие:

а) острой почечной недостаточности;

б) хронической почечной недостаточности.

16. Почечные канальцы у детей раннего возраста

1) широкие

2) короткие

3) узкие

4) длинные

17. Почки у детей 1-го года жизни имеют

1) гладкую выпуклую поверхность, бобо-видной формы

2) значительно выраженные соединительно-тканевые прослойки

3) слабо выраженные соединительно-тканевые прослойки

4) недостаточно развитый корковый слой

5) дольчатый характер

18. Функциональное состояние канальцев почки частично можно оценивать

1) по пробе Зимницкого

2) по пробе Реберга (клиренс по эндогенно-мукреатинину)

3) по данным радиоизотопнойренографии

4) по пробе Нечипоренко

5) по пробе Аддиса-Каковского

19. Пиурия – это:

1) содержание в моче большого количества лейкоцитов и эритроцитов

2) содержание в моче лейкоцитов в большом количестве

3) увеличение содержания в моче цилиндров

4) бактериурия

5) бактериурия + лейкоцитурия

**Устный опрос**

Организация нефрологической помощи детям.

Острый гломерулонефрит. Хронический гломерулонефрит. Определение. Этиология. Роль стрептококковой инфекции в развитии заболевания. Патогенез, иммунологические механизмы развития заболевания. Факторы риска

Врожденные и наследственные заболевания органов мочевой системы: наследственный нефрит (дифференциальная диагностика с гломерулонефритами), тубулопатии (дифференциальная диагностика с рахитом).

Острая и хроническая почечная недостаточность, семиотика, патогенез, клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика, принципы терапии.

Инфекционно-воспалительные заболевания (пиелонефриты, циститы).

Рефлюкс-нефропатия. Врожденные и наследственные заболевания органов мочевой системы: аномалии развития почек, первичный пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс. Этиология, патогенез, особенности клинической картины, течения у детей, диагностика и дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика прогноз.

Первичная, вторичная, третичная профилактика заболеваний почек и мочевыводящих путей у детей

Реабилитационные мероприятия детей с патологией органов мочевой системы

**Решение ситуационных задач**

ЗАДАЧА №1. Девочка 10 лет, направлена в клинику с диагнозом постгриппозный миокардит. Заболела остро, повысилась температура до 380С, появились боли в пояснице, тошнота, головная боль, слабость, отечность под глазами. Лечилась дома по поводу гриппа в течение недели, состояние улучшилось, девочка пошла в школу. Однако самочувствие оставалось плохим, отмечалась слабость, головокружение, снижение аппетита, похудание.

При обследовании: температура сохранялась субфебрильной, АД 100/70мм рт.ст., реакция манту отрицательная.

ОАК-Нв- 136г/л, эр.-4,08 млн., цп- 0,9, лейк.-8,2х109 г/л, СОЭ- 13 мм/час.

ОАМ- 100 мл, уд.вес- 1012, белок- 0,231г/л., эритроциты- до 4 в п/зр., лейкоциты – до 10-12 в п/зр, плоский и полиморфный эпителий, немного оксалатов.

В пробе Нечипоренко лейкоцитов до 4 000 в 1 мл, эритроцитов до 500 в 1 мл.

Бактериологическое обследование: в моче обнаружен рост E. coli в количестве 105 колоний в 1 мл.

Задание:

1. Выделите ведущие синдромы

2. Определите факторы риска заболевания

3. Разработайте план профилактических и реабилитационных мероприятий

ЗАДАЧА № 2. Марина Л., 6 лет, поступила в детское отделение областной больницы с жалобами на распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, головную боль, тошноту, снижение аппетита, уменьшение количества мочи. Из анамнеза известно, что больна в течение 1г.5 мес. Лечилась по поводу данного заболевания по месту жительства в течение 10 месяцев, затем выписана с улучшением домой. Дома самочувствие было удовлетворительным, но по утрам отмечалась пастозность век, периодически болела голова. После острого респираторного заболевания усилились отеки, тошнота, головная боль, стала мало мочиться.

*При поступлении* состояние тяжелое, отеки лица, нижних конечностей, определяется свободная жидкость в животе.

*При осмотре:* расширены границы сердца, артериальное давление 140/95 мм рт.ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги.

В анализе мочи обнаружена протеинурия- 3,65%, лейкоциты 3-4 в п.зр., эритроциты выщелочные и свежие 5-30 в п.зр., цилиндры гиалиновые, зернистые до 5-6 в п.зр.

Общий анализ крови: эр. - 3,1х106 в 1 мкл. Нв- 110 г/л цветной показатель – 0,87, лейкоциты- 10,8х109 в 1 мкл, СОЭ – 60 мм/ч.

Белок в суточной моче 4,5 г/л.

Задание:

1. Выделите ведущие синдромы заболевания

2. Выделите факторы риска

3. Разработайте план профилактических и реабилитационных мероприятий

**Реферативное сообщение**

1. Лабораторные и инструментальные методы исследования в нефрологии.
2. Лечение острого гломерулонефрита.
3. Лечение хронического гломерулонефрита.
4. Диагностика инфекции мочевой системы у детей.
5. Лечение инфекции мочевой системы у детей.

**Тема 5. Профилактическая гастроэнтерология.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1. Helicobacter pylori относится к

а) грамотрицательным бактериям

б) вирусам

в) грамположительным бактериям

г) простейшим

2. Helicobacter pylori преимущественно паразитирует в

а) антральном отделе желудка

б) теле желудка

в) луковице двенадцатиперстной кишки

г) в области дна желудка

3. При язвенной болезни желудка боль локализуется:

а) в эпигастральной области

б) в левой подвздошной области

в) в проекции желчного пузыря

г) в области пупка

4. Ведущей причиной острого холецистита у детей является:

а) диетическая погрешность;

б) лекарственное воздействие;

в) физическая нагрузка;

г) травма;

д) инфекция;

е) нервно-психический фактор.

5. Развитию желчных камней способствуют:

а) аллергические факторы;

б) избыточное использование молочных продуктов;

в) гемолитическая желтуха;

г)наследственная предрасположенность

6. При желчекаменной колике используются:

а) анальгетики;

б) желчегонные препараты;

в) спазмолитики;

г) антацидные препараты;

д) антибактериальная терапия

7.При хроническом гастрите боли в животе:

а) ночные;

б) поздние;

в) ночные и поздние;

г) ранние;

д) ранние и поздние;

е) зависят от локализации гастрита

8. Гастрит, ассоциированный с H.pilory. относят к:

а) аутоиммунному (тип А);

б) бактериально-обусловленному (тип В);

в) смешанному (тип А и В);

г) химико-токсически индуцированному (тип С);

д) лимфоцитарному.

9. Специфичными симптомами острого панкреатита у детей являются:

а) рвота;

б) боли в левом подреберье и/или опоясывающие;

в) гектическая температура;

г) пятнисто - папулёзная сыпь;

д) коллаптоидное состояние

10. Анхеликобактерным действием обладают препараты:

а) алмагель;

б) гастроцепин;

в) фуразолидон;

г) амоксициллин;

д) де-нол;

е) трихопол

11. Группа здоровья ребёнка, имеющего хронический гастрит в стадии обострения, физическое развитие отстающее от возраста, дисгармоничное за счёт дефицита массы тела, психическое развитие соответствующее возрасту, гармоничное, за год, предшествовавший обследованию, перенесшего 3 ОРВИ, парагрипп

а) 4

б) 3

в) 2

г) 1

**Устный опрос**

1. Патология органов пищеварения у детей. АФО пищеварительной системы.
2. Заболевания желудка, 12-перстной кишки: гастриты, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Функциональные заболевания ЖКТ.
3. Этиология, патогенез, особенности клинической картины и течения у детей.
4. Заболевания желчевыводящей системы и печени: дисфункция желчевыводящих путей, холециститы. Этиология, патогенез, особенности клинической картины и течения у детей.
5. Факторы риска заболеваний органов пищеварения у детей
6. Первичная, вторичная, третичная профилактика заболеваний ЖКТ
7. Реабилитаций детей с патологией органов желудочно-кишечного тракта

**Решение ситуационных задач**

ЗАДАЧА № 1. Ирина 7,5 лет поступила в клинику по поводу болей в эпигастрии, не связанных с приемом пищи, периодически наблюдается рвота в утренние часы. Больна в течение 6 месяцев. Боли возникли в начале учебного года. Питание регулярное, любит острую пищу. Отец девочки страдает язвенной болезнью желудка. Объективно: Питание удовлетворительное. вес 24 кг, рост 120 см, кожные покровы чистые, избыточной окраски. Язык влажный, зубы здоровые. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие. Пульс 96 в 1 мин. Живот правильной формы. Умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии, мышечное напряжение и локальные болевые точки отсутствуют. Печень не пальпируется. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Аппетит удовлетворительный. Стул неустойчивый. Общий анализ крови: НВ 120 г/л, эр.- 4,0 г/л, лейкоциты 7,2 г/л, э- 2, п- 1, с/я – 50, л –37, м –10, СОЭ- 13 мм/час. рН-метрия: гиперацидное состояние тела желудка с компенсированным ощелачиванием в антральном отделе. При анализе дуоденального содержания изменений не выявлено. Анализ мочи – в норме. В копрограмме- раст. кл. большое кол-во, н.жир- - незнач. к-во. ЭГДС- участки гиперемии слизистой желудка в антральном отделе. Н pylory ∆ 33 Задание 1.Провести предварительную диагностику основных клинических синдромов. 2. Выделить факторы риска. 3 Составить план профилактических мероприятий.

ЗАДАЧА № 2. Мальчик 8 лет жалуется на периодические, непродолжительные, приступообразные боли преимущественно в правом подреберье, реже в околопупочной области. Неуравновешен, вспыльчивый. Аппетит снижен. Год назад лечился по поводу лямблиоза кишечника. При объективном обследовании: питание удовлетворительное. Язык обложен. Бледен. Кариозные зубы. Живот правильной формы, умеренно болезненный в точке желчного пузыря (положительные симптомы Кера, Мерфи). Печень не пальпируется. Стул неустойчивый, с наклонностью к поносам. Дуоденальное зондирование: лейкоциты до 20 в п/зр., соли билирубината кальция – в порции В. Посев желчи на флору – E.coli. Биохимич. анализ крови: холестерин 3,7 ммоль/л, в-липопротеиды – 6,0 ммоль/л, сахар крови- 5,0 ммоль, общий билирубин сыворотки крови – 14 ммоль/л, общий белок- 70 г/л, альбумины- 60%, а-глобулины- 14%, г-глобулины – 16%. УЗИ желчного пузыря – увеличен в размере, правильной грушевидной формы, стенки 8 мм. Vс= 84%. Задание 1.Провести предварительную диагностику основных клинических синдромов. 2. Выделить факторы риска. 3.Составить план профилактических и реабилитационных мероприятий

**Реферативное сообщение**

1. Диагностика инфекции H.pilory.
2. Ингибиторы протонной помпы в лечении кислотозависимых заболеваний.
3. Неотложная помощь при кровотечениях из ЖКТ.
4. Применение минеральной воды в лечении гастродуоденитов.
5. Лечение дискинезий желчевыводящих путей.

**Тема 6. Профилактическая кардиология.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1.Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы используется функциональная клиническая проба

А) Шалкова

Б) Мак-Клюра

В) молоточковая

Г) щипковая

2.Сердечная недостаточность 1 стадии у детей характеризуется

А) тахипноэ при физической нагрузке

Б) тахикардией в покое

В) цианозом в покое

Г) увеличением печени

3. Какие методы обследования должны использоваться при острой сердечной недостаточности?

А) ЭКГ, ретгенография, ЭХО-КГ, определение газов крови

Б) ЭКГ, рентгенография, КТ

В) ЭХО-КГ, МРТ, общий анализ крови

Г) ЭКГ, ЭХО-КГ, общий анализ крови, общий анализ мочи

4. Основной причиной развития кардиогенного шока является

А) снижение сократимости сердца

Б) неадекватное распределение внутрисосудистого объема

В) недостаточный объем крови

Г) препятствие кровотоку

**Устный опрос**

1. АФО сердечно-сосудистой системы у детей. Факторы риска заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей
2. Заболевания ССС. Этиология, патогенез, клинические особенности. Принципы терапии. План профилактических мероприятий. Понятие о первичной, вторичной и третичной профилактике.
3. Реабилитационные мероприятия и диспансерное наблюдение детей с патологией органов сердечно- сосудистой системы.

**Решение ситуационных задач**

ЗАДАЧА. Ребенок 13 лет, предъявляет жалобы на боли в сердце, повышение температуры до 38°-39°, слабость, утомляемость. Из анамнеза: заболел через две недели после перенесенной скарлатины появились слабость, бледность кожи, боли в суставах. При поступлении в стационар состояние ребенка тяжелое. Периорбитальные тени. Тоны сердца ритмичные. Верхушечный толчок ослаблен. Границы сердца смещены влево. Систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, не проводится за пределы сердца. В легких везикулярное дыхание. Живот безболезненный. Печень не увеличена. Стул, мочеиспускание не нарушены. Проведено обследование: ОАК-Нв- 123 г/л, эр..- 4,5 г/л, лейк.-17 х1012л, СОЭ- 25 мм/час. ОАМ, копрограмма – без патологии. БАК: об.белок- 72 г/л, фракции –альфа- 12%, β - 10%, гамма- 23%, ДФА- 0,43, СРБ- +++, ревматоидный фактор- ++. ЭКГ- симптомы перегрузки левого предсердия. ФКГ- понижение амплитуды I тона, систолический шум средней амплитуды, занимает 2/3 систолы. ЭХО-КС – утолщение стенок левых отделов сердца.

ЗАДАНИЕ 1. Провести предварительную диагностику основных клинических синдромов. 2. Выделить факторы риска. 3. Составить план профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Реферативное сообщение**

1. Острая ревматическая лихорадка у детей
2. Недостаточность кровообращения у детей
3. Нарушения ритма сердца у детей

**Тема 7. Профилактическая гемоонкология.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовые задания

Устный опрос

Реферативное сообщение

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1. Назовите клинические проявления, не характерные для гемофилии:

а) гематомы

б) кровотечения при травме мягких тканей

в) гемартрозы

г) геморрагическая петехиальная сыпь

2. Укажите, что не относится к клиническим синдромам системного микротромбоваскулита:

а) кожный

б) поражение сердечно-сосудистой системы

в) абдоминальный

г) кожно-суставной

3. Чем обусловлен патогенез геморрагического синдрома при системном микротромбоваскулите?

а) тромбоцитопенией

б) снижением прокоагулянтной активности факторов свертывания

в) изменением целостности сосудистой стенки

г) снижением активности 6-глюкозофосфатэстеразы

4. Симптом Никольского положителен при

а) пузырчатке

б) сифилисе

в) многоформной эритеме

г) пиодермии

5. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть наклонена

а) вперёд

б) назад

в) влево

г) вправо

6. К прямым антикоагулянтам относится

а) гепарин

б) дипиридамол

в) пентоксифиллин

г) фениндион

7.При выявлении у больного в периферической крови анемии, тромбоцитопении, бластоза наиболее вероятным диагнозом является

а) острый лейкоз

б) апластическая анемия

в) инфекционный мононуклеоз

г) тромбоцитопеническая пурпура

8. Для диагностики гемофилии информативным является определение

а) времени свертываемости

б) времени кровотечения

в) плазминогена

г) количества d-димеров

9.Наиболее частые виды геморрагий при гемофилии:

1. кровоизлияния в суставы;

2. легочное кровотечение;

3. кровоизлияния под кожу и мышцы;

4. наружное кровотечение при парезах и травмах;

5. носовое кровотечение.

10.Основными клиническими симптомами, которые характеризуют гемартроз, являются:

1. увеличение сустава в размере;

2. боль при движении в суставе;

3. кожа над суставом становится напряженной, блестящей, несколько гиперемированной;

4. кожа над суставом горячая на ощупь;

5. все вышеперечисленные симптомы.

11.Кровоточивость при ИТП связана с:

1. дефицитом плазменных факторов свертывания;
2. с нарушением сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза;

3. с патологией сосудистой стенки;

4. с афибриногенемией;

5. с анемией

12.Кожный синдром при ИТП характеризуется:

1. мономорфизмом, склонностью к слиянию геморрагических элементов;
2. полиморфизмом, гематомами, экхимозами;

3. полиморфизмом, полихромностью, спонтанностью возникновения;

4. асимметричностью расположения, петехиальными элементами, гематомами;

5. полиморфизмом, рецидивирующими гемартрозами.

13.Для гематомного типа кровоточивости при гемофилии характерны:

1. кровоизлияния в мягкие ткани при травме кожи и слизистых оболочек (обширные гематомы);

2. кровоизлияния в суставы (гемартрозы) с развитием артропатий, псевдоопухолей костей;

3. обильные, длительные кровотечения при травмах, хирургических вмешательствах;

4. кровоизлияния в полости (внутричерепное, внутриплевральное, внутри- и забрюшинное пространство);

5. желудочно-кишечные кровотечения, гематурия, кровоточивость анемизирующая

14.Типичными для геморрагического васкулита являются синдромы:

* 1. интоксикации;
  2. суставной;
  3. кожный;
  4. абдоминальный;
  5. почечный.

**Устный опрос**

1. Определение, общелабораторная характеристика различных групп гемостазиопатий (геморрагических, тромбофилических, тромбогеморрагических). Дифференциальные отличия типов кровоточивости (гематомный, петехиально-пятнистый, микроциркуляторно-гематомный, васкулитно-пурпурный, микроангеоматозный).
2. Гемморрагические диатезы, идипатическая тромбоцитопеническая пурпура, системные тромбоваскулиты, лейкозы, гемоилия. Определение, этиология, патогенез, клинические проявления
3. Роль инфекционных и аллергических заболеваний, наследственности в развитии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП). Патогенез синдрома кровоточивости при ИТП. Нарушения сосудисто-тромбоциторного гемостаза.
4. Роль аллергизирующих факторов, наследственности в развитии заболевания микротромбоваскулита..
5. Понятие о первичной, вторичной, третичной профилактике заболеваний органов кроветворной системы у детей. Реабилитационные мероприятия детей с патологией органов кроветворения.

**Ситуационные задачи**

Задача № 1. Ребенок 3 лет, поступил в отделение с жалобами на периодические носовые кровотечения, появление синяков на коже туловища и конечностей. Из анамнеза известно, что мальчик месяц назад переболел гриппом, после чего стали появляться носовые кровотечения почти ежедневно. В последние дни носовые кровотечения стали обильными, продолжительными. При поступлении состояние средней тяжести, вялый, плаксивый. Кожные покровы бледные, отмечаются множественные экхимозы на туловище и нижних конечностях, разные по величине и окраске. Экхимозы поверхностные, при их пальпации уплотнений не отмечается. Имеет место умеренное увеличение шейных лимфоузлов. Тоны сердца приглушены, выслушивается нежный систолический шум в V точке функционального характера. В легких при аускультации- везикулярное дыхание. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не увеличена. Стул, мочеиспускание не нарушены. Ан.крови: эритроциты- 3 млн., Нв- 90 г/л, ц.п.-0,8, тромбоциты- 80 тыс., лейкоциты – 4,8х109/л, п 3%, с-52%, л-32%, э-6%, м- 7%, СОЭ- 3 мм/час. Анализ мочи без патологии ЗАДАНИЕ 1. Выделите ведущие синдромы 2. Определите факторы риска развития патологии. 3. Составьте план профилактических мероприятий

Задача №2. Девочка 9 лет, поступила в клинику на 5-й день заболевания с жалобами на периодически возникающие боли в животе, припухлость и болезненность голеностопных суставов, геморрагические симметричные высыпание на руках и ногах. В раннем детстве перенесла несколько раз острую респираторную инфекцию, дизентерию, корь, ветряную оспу. Привита по возрасту.

Настоящее заболевание началось среди полного здоровья. Появились сильные боли в животе, была однократная рвота. Участковым врачом направлена в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит. Диагноз аппендицита не был подтвержден. Помимо приступообразных болей в животе, у девочки появился жидкий стул с примесью слизи и прожилками крови. Больная была переведена в инфекционную больницу, где на 4-й день болезни на коже голеней, бедер и ягодиц появилась обильная сыпь, расположенная симметрично в виде красных пятен. Стул на 20 день пребывания нормализовался, но боли в животе не стихали.

При поступлении состояние средней тяжести. Обильные геморрагические высыпания пятянисто-папулезного характера на голенях, бедрах и ягодицах. Отечность голено-стопных суставов, болезненность движений. АЖ90/60 мм рт.ст., пульс 74 в 1 мин. Печень выступает на 1см из-под края реберной дуги, край мягкий. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Эр.-4,1х1012 /л, Нв- 106 г/л, Л- 9,6х109/л, э- 5%, п-6%, с-57%, лимф.-27%, м-5%. СОЭ- 26 мм/час. Все показатели свертывающей системы крови нормальные.

Девочка находилась в стационаре 47 дней. За это время высыпания на коже приняли волнообразный характер. Было три таких волны.

Задание:

1.Ваш диагноз.

2.Выделите основные клинические симптомы, подтверждающие

правильность диагноза.

3.Какие синдромы данного заболевания Вы знаете.

4. разработайте план профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Реферативное сообщение**

1. Современные методы диагностики гемофилии, ИТП
2. Принципы терапии гемофилии у детей
3. Неотложная помощь при кровотечениях при гемофилии

**Тема 8. Неотложная помощь в педиатрии.**

**Формы текущего контроля успеваемости**

Тестовый контроль

Устный опрос

Реферативное сообщение

Выполнение письменных заданий

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания**

1. При судорожном синдроме у детей со спазмофилией

Показано введение

а) кальция глюконата

б) неостигминаметилсульфата

в) лидокаина

г) метамизола натрия

2. При повышении температуры тела у ребёнка выше 38,5 назначается ибупрофен из расчета на 1 приём (мг/кг)

а) 5-10

б) 1-2

в) 3-4

г) 12-15

3. При повышении температуры тела у ребёнка выше 38,5 назначается парацетамол из расчета на 1 приём (мг/кг)

а) 10-15

б) 5

в) 8

г) 20

4. Для купирования почечной колики в первую очередь показано введение

а) спазмолитиков

б) антибиотиков

в) анальгетиков

г) мочегонных препаратов

**Устный опрос**

1. Практические навыки проведения АВС.
2. Неотложные мероприятия при наиболее часто встречаемых синдромах на догоспитальном этапе (лихорадка)
3. Неотложные мероприятия при наиболее часто встречаемых синдромах на догоспитальном этапе (судорожный синдром)
4. Неотложные мероприятия при наиболее часто встречаемых синдромах на догоспитальном этапе (ОДН)
5. Неотложные мероприятия при наиболее часто встречаемых синдромах на догоспитальном этапе (ОСН)
6. Неотложные мероприятия при наиболее часто встречаемых синдромах на догоспитальном этапе (анафилактический шок)
7. Неотложные мероприятия при наиболее часто встречаемых синдромах на догоспитальном этапе (ангионевротический отек)
8. Неотложные мероприятия при наиболее часто встречаемых синдромах на догоспитальном этапе (крапивница)
9. Неотложные мероприятия при наиболее часто встречаемых синдромах на догоспитальном этапе (БОС)
10. Неотложные мероприятия при наиболее часто встречаемых синдромах на догоспитальном этапе (кровотечение)
11. Неотложные мероприятия при наиболее часто встречаемых синдромах на догоспитальном этапе (диабетические комы)

**Реферативное сообщение**

1. Дифференциальная диагностика ком при сахарном диабете 1 типа
2. Дифференциальная диагностика неотложных состояний в аллергологии

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам в устной и письменной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета в виде ответа по зачетным билетам, в письменной и устной форме.

Процедура проведения промежуточной аттестации и механизм формирования зачетного рейтинга регулируются следующими нормативными документами:

• Положение П 076.02-2019 «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры»;

• Положение П004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» (приказ №479 от 03.03.2020г.)

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

Дисциплинарный рейтинг (Рд) по дисциплине (модулю) обучающегося рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и зачетного рейтинга (Рз) по формуле:

Рд = Ртс + Рз,

где: Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рз – зачетный рейтинг.

Дисциплинарный рейтинг обучающегося выражается в баллах по 100-бальной шкале и может быть увеличен на величину бонусных баллов (при их наличии). Студент может максимально набрать 70 баллов текущего рейтинга и 30 баллов зачетного рейтинга.

Зачетный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается в баллах по шкале от 0 до 30.

Зачет включает 5 заданий, каждое из которых оценивается от 0 до 5 баллов:

1. Тестирование в электронной форме

2. Теоретический опрос (2 вопроса)

3. Решение ситуационных задач по физическому развитию и рациону вскармливания детей 1 года жизни.

Зачетный рейтинг формируется методом среднего арифметического всех набранных баллов за каждую контрольную точку

*Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рз | Средний балл | Рз | Средний балл |
| 30 | 5,0 | 22 | 3,6-3,7 |
| 29 | 4,8-4,9 | 21 | 3,5 |
| 28 | 4,6-4,7 | 20 | 3,3-3,4 |
| 27 | 4,5 | 19 | 3,1-3,2 |
| 26 | 4,3-4,4 | 18 | 3,0 |
| 25 | 4,1-4,2 | 17 | 2,9 |
| 24 | 4,0 | 16 | 2,8 |
| 23 | 3,8-3,9 | 15 | 2,7 |
|  |  | 14 | 2,6 и менее |

**30-27 баллов** зачетного рейтинга выставляются студенту в следующем случае:

При собеседовании по вопросам билета (теоретический вопрос и ситуационная задача) студент получил оценки «ОТЛИЧНО».

Оценки «отлично» выставляются если ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы.

Тест: количество правильных ответов ≥ 91 %.

**26-21 баллов** - при собеседовании по вопросам билета (теоретический вопрос и ситуационная задача) студент получил оценки «ХОРОШО».

Оценка «хорошо» выставляется, если ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

Тест: количество правильных ответов ≥81 %.

**20-15 баллов** - при собеседовании по вопросам билета (теоретический вопрос и ситуационная задача) студент получил оценки «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО».

Оценки «удовлетворительно» выставляются, если в ответах допущены нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

Тест: количество правильных ответов ≥ 71 %

**14-0 баллов** - при собеседовании по вопросам билета (теоретический вопрос и ситуационная задача) студент получил оценки «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО».

Оценки «неудовлетворительно» выставляются, если в ответах материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине.

Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

Тест: количество правильных ответов <70 %

В случае получения обучающимся зачетного рейтинга менее 15 баллов результаты промежуточной аттестации признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность.

Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им зачетного рейтинга не менее 15 баллов и текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов. Таким образом, студент должен набрать дисциплинарный рейтинг не менее 50 баллов.

В случае получения обучающимся зачетного рейтинга менее 15 баллов и текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг обучающегося в этом случае не рассчитывается.

Итоговая оценка по дисциплине определяется на основании дисциплинарного рейтинга (максимально 100 баллов) по таблице перевода

Перевод дисциплинарного рейтинга в пятибалльную оценку по дисциплине

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дисциплинарный рейтинг по БРС** | **Оценка по дисциплине (модулю)** | |
| экзамен | зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

Таблица перевода зачетного/экзаменационного рейтинга в дисциплинарный рейтинг при повторной промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Рэ/з** | **Рд** | **Оценка** | **Рэ/з** | **Рд** | **Оценка** | **Рэ/з** | **Рд** | **Оценка** |
| 15 | 50 | удовлетворительно | 20 | 70 | хорошо | 25 | 86 | отлично |
| 16 | 54 | удовлетворительно | 21 | 74 | хорошо | 26 | 89 | отлично |
| 17 | 59 | удовлетворительно | 22 | 78 | хорошо | 27 | 92 | отлично |
| 18 | 64 | удовлетворительно | 23 | 82 | хорошо | 28 | 95 | отлично |
| 19 | 69 | удовлетворительно | 24 | 85 | хорошо | 29 | 98 | отлично |
|  |  |  |  |  |  | 30 | 100 | отлично |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины «Педиатрия»**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с Положением П004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» (приказ №479 от 03.03.2020г.)

Дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) обучающегося (Рд) рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и экзаменационного (зачетного) рейтинга (Рз) по формуле:

Рд = Ртс + Рз

где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рз – зачетный рейтинг.

При наличии бонусных баллов у обучающегося дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) увеличивается на величину этих баллов.

Текущий стандартизированный рейтинг (Ртс) выражается в баллах по шкале от 0 до 70 и вычисляется по формуле:

Ртс = (Ртф \* 70) / макс (Ртф),

где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Ртф – текущий фактический рейтинг;

макс (Ртф) – максимальное значение текущего фактического рейтинга из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине.

4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (максимально 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы (КСР):

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине (Тк);

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию предусмотрено от 1 до 3х контрольных точек (входной/выходной контроль, доклад /с презентацией; выполнение практических заданий), за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Доклад не является обязательной контрольной точкой на каждом занятии. Входной/выходной контроль, выполнение практических заданий – являются обязательными контрольными точками, если это предусмотрено структурой занятия. В модуле «Профилактическая неонатология» - 6 контрольных точек: 4 контрольных точек по темам модуля, 1 – КСР и рубежный контроль по модулю. В модуле «Профилактическая педиатрия» - 6 контрольных точек: 4 контрольных точек по темам модуля, 1- КСР и рубежный контроль по модулю. В модуле «Профилактика заболеваний младшего возраста» - 7 контрольных точек: 5 контрольных точек по темам модуля, 1- КСР и рубежный контроль по модулю. В модуле «Профилактика заболеваний старшего возраста» - 6 контрольных точек: 4 контрольных точек по темам модуля, 1- КСР и рубежный контроль по модулю.

Количество баллов складывается как среднеарифметическое всех контрольных точек – входной контроль, устный ответ, выполнение практического задания (самостоятельная работа студента). Доклад не является обязательной контрольной точкой на каждом занятии.

Внеаудиторная самостоятельная работа по дисциплине предусматривает 1 обязательную контрольную точку (написание реферата).

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5 баллов включительно.

Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине.

Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек и более) к количеству этих оценок.

Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений.

При пропуске практического занятия за обязательные контрольные точки выставляется «0» баллов. Обучающемуся предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры.

4.2 Правила начисления бонусных баллов.

Формирование бонусных баллов по дисциплине определено п.8 и п.9 Положения П004.03-2020.

Бонусные баллы определяются в диапазоне от 0 до 2 баллов. Критериями получения бонусных баллов являются:

- посещение обучающимся всех практических занятий и лекций – 2 балла (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);

- имеются единичные пропуски лекций при условии посещения всех практических занятий – 1 балл;

- наличие пропусков практических занятий – 0 баллов.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Профилактическая педиатрия. Факторы риска. Группы риска формирования заболеваемости у детей.
2. Профилактическая педиатрия. Оценка состояния здоровья детей. Группы здоровья.
3. Профилактическая педиатрия. Профилактическая работа участкового педиатра.
4. Профилактическая педиатрия. Правовая база.
5. Профилактическая педиатрия. Диспансеризация здоровых детей.
6. Профилактическая педиатрия. Диспансеризация детей с хронической патологией.
7. Профилактическая педиатрия. Центр профилактики: правовая база, основные направления работы.
8. Профилактическая педиатрия. Физическое развитие, как показатель здоровья. Способы оценки.
9. Профилактическая педиатрия. Нервно-психическое развитие, как показатель здоровья. Способы оценки.
10. Профилактическая педиатрия. Виды анамнеза, значение для оценки здоровья и факторов риска формирования заболеваемости у детей.
11. Профилактическая педиатрия. Виды профилактики. Понятие о реабилитации. Правила составления индивидуальной программы реабилитации ребенка.
12. Профилактическая кардиология. Группа заболеваний. Первичная, вторичная, третичная профилактика. Реабилитация.
13. Профилактическая гастроэнтерология. Группа заболеваний детского возраста. Профилактика: первичная, вторичная, третичная. Реабилитация.
14. Фоновые состояния у детей младенческого и раннего возраста: группа, факторы риска, тактика ведения, профилактика первичная, вторичная. Реабилитация.
15. Профилактическая пульмонология. Острые бронхолегочные заболевания у детей: группы болезней. Организация профилактических мероприятий. Реабилитация.
16. Профилактическая нефрология. Группа заболеваний. Организация профилактических мероприятий. Профилактика: первичная, вторичная, третичная.
17. Профилактическая эндокринология. Заболевания детского возраста: СД I типа, заболевания щитовидной железы.
18. Профилактическая онкогематология. Группа заболеваний. Первичная, вторичная, третичная профилактика. Острые бронхолегочные заболевания у детей: группы болезней. Организация профилактических мероприятий. Реабилитация.
19. Профилактическая неонатология. Группа заболеваний. Первичная, вторичная, третичная профилактика.
20. Профилактическая аллергология. Группа заболеваний. Организация профилактических мероприятий. Профилактика: первичная, вторичная, третичная.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

Перечень неотложных состояний для студентов 4 курса медико-профилактического факультета:

1. Лихорадка: бледная, розовая
2. Дыхательная недостаточность
3. Гипокальциемические судороги
4. Анафилактический шок
5. Отек Квинке
6. Крапивница
7. Острая почечная недостаточность
8. Желудочное кровотечение
9. Кровотечения при гемофилии
10. Кровотечение при иммунной тромбоцитопенической пурпуре
11. Гипергликемическая кома
12. Гипогликемическая кома
13. Острое нарушение кровообращения у новорожденных
14. Острое нарушение дыхания у новорожденных

Перечень задач по питанию детей грудного возраста:

1. Организация и принципы смешанного вскармливания ребенку 9 мес. (м) Масса при рождении – 3300г. Объем грудного молока – 90г.
2. Организация и принципы естественного вскармливания ребенку 12 мес.(д) Масса при рождении 3200 г.
3. Организация и принципы естественного вскармливания ребенку 5 мес.(д) Масса при рождении 2900 г.
4. Организация и принципы смешанного вскармливания ребенку 7 мес.(м) Масса при рождении 3400 г. Объем грудного молока – 70 г.
5. Организация и принципы смешанного вскармливания ребенку 8 мес. (д) Масса при рождении 3000 г. Объем грудного молока – 100 г.
6. Организация и принципы естественного вскармливания ребенку 10 мес.(м) Масса при рождении 3200 г.
7. Организация и принципы естественного вскармливания ребенку 8 мес.(д) Масса при рождении 2900 г.
8. Организация и принципы естественного вскармливания ребенку 11 мес. (м)Масса при рождении 3000 г.
9. Организация и принципы естественного вскармливания ребенку 3 мес. (д)Масса при рождении 3000 г.
10. Организация и принципы естественного вскармливания ребенку 9 мес.(м) Масса при рождении 3100 г.
11. Организация и принципы естественного вскармливания ребенку 10 мес.(д) Масса при рождении 3200 г.
12. Организация и принципы естественного вскармливания ребенку 7 мес.(м) Масса при рождении 3200 г.
13. Организация и принципы естественного вскармливания ребенку 4 мес.(м) Масса при рождении 3200 г.
14. Организация и принципы естественного вскармливания ребенку 11 мес.(м) Масса при рождении 3100 г.
15. Организация и принципы искусственного вскармливания ребенку 6 мес. (д)Масса при рождении 2850 г.
16. Организация и принципы смешанного вскармливания ребенку 8 мес. (д)Масса при рождении 3000 г. Объем грудного молока - 80 г.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра факультетской педиатрии

Направление подготовки (специальность) Медико-профилактическое дело

Дисциплина «Педиатрия»

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

1. Профилактическая кардиология. Группа заболеваний. Первичная, вторичная, третичная профилактика. Реабилитация.
2. Неотложная помощь на догоспитальном этапе при гипертермии: бледная лихорадка.
3. Понятие рационального вскармливания ребенка.

Задача по питанию№1.

Организация и принципы смешанного вскармливания ребенку 9 мес. Масса при рождении – 3300г. Объем грудного молока – 90г.

Заведующий кафедрой

д.м.н. профессор А.А.Вялкова

Декан медико-профилактического факультета Е.А.Михайлова

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Перечень дидактических материалов для обучающихся на промежуточной аттестации.**

Центильные таблицы физического развития, таблицы SDS.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине, и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Проверяемая компетенция** | **Индикатор достижения компетенции** | **Дескриптор** | **Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)** |
|  | УК-7 Способен поддерживать должный уровень физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности. | Инд.УК7.2. Формирование двигательных умений и навыков | Знать | Номер вопроса 8,11,12 |
|  | УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий | Инд.УК1.1. Интерпретация общественно значимой социологической информации, использование социологических знаний в профессиональной и общественной деятельности, направленной на защиту и здоровье населения | Владеть | Номер вопроса 1-20  Номер практического задания 1-30 |
|  | ОПК-1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности. | Инд.ОПК1.1. Этичность в общении с коллегами, использование знаний истории медицины | Уметь | Номер вопроса 1-20 |
|  | ОПК-2 Способен распространять знания о здоровом образе жизни, направленные на повышение санитарной культуры и профилактику заболеваний населения. | Инд.ОПК2.1. Подготовка сообщения, брошюры о здоровом образе жизни, направленных на повышение санитарной культуры и профилактику заболеваний населения, и выступление с ним | Уметь | Номер вопроса 1-20  Номер практического задания 15-30 |
|  | ОПК-8 Способен определять приоритетные проблемы и риски здоровью населения, разрабатывать, обосновывать медико-профилактические мероприятия и принимать управленческие решения, направленные на сохранение популяционного здоровья. | Инд.ОПК8.1. Выполнение ранжирования факторов риска для здоровья населения, выбор и обоснование оптимальных мер для минимизации и устранения риска здоровью | Владеть | Номер вопроса 1-20  Номер практического задания 15-30 |
|  | ОПК-12 Способен применять информационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности. | Инд.ОПК12.2. Использование в работе принципов информационной безопасности | Знать | Номер вопроса 3-7 |
|  | ПК-8 Способен и готов к проведению мер по санитарно-эпидемиологическому обеспечению медицинских организаций, направленному на создание безопасной больничной среды, обеспечение качества и безопасности медицинской помощи и предотвращение случаев инфекционных (паразитарных) заболеваний. | Инд.ПК8.5. Выявление и мониторинг факторов риска | Уметь | Номер вопроса 1-11  Номер практического задания 1-15 |
|  | ПК-9 Способен и готов к разработке, организации и выполнению комплекса медико-профилактических мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья и снижения неинфекционной заболеваемости различных контингентов населения. | Инд.ПК9.11. Оценка правильности определения физического и психического развития детей и подростков, функционального состояния организма, заболеваемости детей различных возрастных групп | Уметь | Номер вопроса 1-20  Номер практического задания 1-30 |
|  | ПК-10 Способен и готов к организации и проведению СГМ, к выявлению причинно-следственных связей в системе "факторы среды обитания - здоровье населения", к формулировке, оценке и проверке гипотез, объясняющих причину развития заболевания, к проведению оценки риска здоровью населения, определению приоритетных проблем и разработке управленческих решений для устранения (снижения) негативного воздействия факторов среды обитания на здоровье населения. | Инд.ПК10.3. Оценка показателей состояния здоровья населения, демографических показателей | Владеть | Номер вопроса 1-20  Номер практического задания 1-30 |
|  | ПК-11 Способен и готов к проведению гигиенического воспитания  и обучения граждан, к проведению профессиональной гигиенической подготовки и аттестации должностных лиц и работников. | Инд.ПК11.3. Подготовка материала для гигиенического воспитания и обучения декретированных групп | Владеть | Номер вопроса 3-7 |
|  | ПК-14 Способен и готов к оказанию консультационных услуг по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей, к организации приема граждан, обеспечению своевременного и полного рассмотрения обращений граждан, принятию по ним решений и направлению ответов заявителям. | Инд.ПК14.3. Осуществление консультации (беседы) по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения (на заданную тему) | Владеть | Номер вопроса 1-20  Номер практического задания 1-30 |